

167 Olguluk laparoskopik kolesistektomi deneyimimiz

Yasin PEKER(*), Ali D. BOZDAĞ(*), Hayrullah DERİCİ(*), Adem SÖNMEZ(**), Okay NAZLI (*), Tuğrul TANSUĞ(*)

ÖZET

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi yaptığımız olguların değerlendirmesi

Yöntem: Kliniğimizde Eylül 1994-Aralık 1999 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan 167 olgu ameliyat endikasyonları, yaş, cinsiyet, başvuru yakınmaları, yandaş hastalıklar, eski geçirilmiş operasyonlar, açık yönteme geçiş nedenleri, dren konma oranı, komplikasyonlar, mortalite, hastanede kalış süreleri açısından değerlendirildi.

Bulgular: Olgularımızın 132'si kadın, 35'i erkek, yaş ortalaması ise 51 idi. 151 olguda kronik, 14 olguda ise akut taşlı kolesistit, 2 olguda ise safra kesesi polibi mevcuttu. 5 olguda açık ameliyata geçildi. Geçiş nedenleri ise 4 olguda anatomik diseksiyon zorluğu, 1 olguda ise kesenin ampiyemli olmasıydı. Ortalama 100 dak. süren operasyonlardan sonra, majör komplikasyon olarak tek koledok kesisi gelişti. Mortalitemizin %0 ve postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 2.23 gün olarak gerçekleşti.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi pek çok vakada kolaylıkla uygulanabilecek ve üstün özellikleri olan bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, konversiyon, komplikasyonlar.

SUMMARY

Our laparoscopic cholecystectomy experience with 167 patients

Objective: Evaluating clinical features of patients that underwent laparoscopic cholecystectomy.

Methods: Records of 167 patients that underwent laparoscopic cholecystectomy between September 1994 and December 1999 reviewed retrospectively. Indications for surgery, age, gender, complaints, accompanying diseases, previous operations, causes of conversion, drainage, complications, mortality and hospitalization were evaluated.

Results: There were 132 women and 35 men with the mean age of 51. 151 of them had chronic and 14 had acute cholecystitis with gallstones and two had polyps. Conversion was performed in five patients because of difficult anatomic dissection (four patients) and empyema of the gallbladder (one patient). Mean operation time was 100 minutes and hospitalization was 2.23 days. There was no mortality and the only one major complication was choledoch injury.

Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy is a simple procedure that has superior features and applicable to almost all the patients easily.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, conversion, complications.

GİRİŞ

Toplumda sık rastlanan koletiasisin kesin tedavisi cerrahidir. Yüzyılı aşkın süredir maparotomi ile yapılan kolesistektomi yerini laparoskopik kolesistektomiye (LK) terk etmiştir. İlk kez Fransa'da 1987 yılında uygulanan LK, ülkemiz-

de ise 1991 yılından bu yana yapılmaktadır. Cerrahide yeni ufaklar açan bu yöntem, son birkaç yılda pek çok ilçe hastanesinde bile yapılabilmektedir. Bu çalışmada 167 LK uygulanan hastamızı değerlendirdik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği'nde Eylül 1994-Aralık 1999 tarihleri arasında yapıldı. Toplam

(*) İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği, Op. Dr.

(**) Gelibolu Devlet Hastanesi, Op. Dr.

167 olgu, ameliyat endikasyonları, yaş, cinsiyet başvuru yakınmaları, yandaş hastalıklar, eski geçirilmiş operasyonlar, açık yõteme geçiş nedenleri, komplikasyonlar, dren konup konmadığı, mortalite, hastanede kalış süreleri açasından değerlendirildi. Laparoskopi girişimi için hastanın izni alındıktan sonra, hastanın genel durumu, yandaş hastalıkları ve rutin tetkikleri incelendi. Engel hali saptanmayan olgular operasyona alındı.

Hastaların kolelitiasis tanıları USG ile kondu. LK, Amerikan tekniği ile genel anestezi altında tek kullanımlık aletler kullanılarak yapıldı. Operasyonun başında nasogastrik sonda uygulandı ve operasyondan hemen sonra çıkarıldı. Rutin antibiyotik profilaksisi yapıldı. Ortalama postoperatif 12. saatte oral beslenmeye başlandı.

SONUÇLAR:

Hastalarımızın 132 (% 79)'si kadın, 35 (%21)'i erkek olup yaş ortalaması 51 (24-81 yaşlar arası) idi. USG bulgularına göre 151 (%90.4) olguda kronik taşlı kolesistit, 14 (%8.4) olguda akut taşlı kolesistit ve 2(% 1.2) olguda ise safra kesesi polibi vardı (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların cins, yaş ve endikasyon dağılımı

Cinsiyet dağılımı	
Erkek	35 (% 21)
Kadın	132 (% 79)
Yaş ortalama (yıl)	51 (24-81)
Endikasyonlar	
Kronik taşlı kolesistit	151(% 90.4)
Akut taşlı kolesistit	14(% 8.4)
Safra kesesi polibi	2 (% 1.2)

Yandaş hastalıklar açısından incelendiğinde ise 24 (%14.4) hipertansiyon; 11 (% 6.6) diabetes mellitus; 7 (%4.2) kroner arter hastalığı; 4(%2.4) peptik ulkus, 4(% 2.4) umblikal herni, 4 (%2.4) ürolitiasis; 2(%1.2) romatizmal hastalık; 1 (%0.6) psikiyatrik bozukluk saptandı. Sağ üst kadranağırısı 68 (%40.7), dispepsi 56 (%33.5), karında şişlik 32(%19.1), sırta yayılan ağrı 18 (%10.7) olguda başvuru nedeni olarak saptandı (Tablo 2). Daha önceden opere olmuş 20 olguda jinekolojik girişime bağlı pfannenstiel, 11 olguda Mc Burney kesi, 4 olguda inguinal herni, 3 olguda göbek fıtığı kesi skara saptandı. Açık ameliyata geçtiğimiz 5 (%2.99) olguda konversiyon neden-

Tablo 2: Hastaların başvuru yakınmaları ve yandaş hastalıkları

Başvuru yakınmaları	
Sağ üst kadranağırısı	68 (% 40.7)
Dispepsi	56 (% 33.5)
Karında şişlik	32 (% 19.1)
Sırta yayılan ağrı	18 (% 10.7)
Yandaş hastalıklar	
Hipertansiyon	24
Diabet	11
Koroner arter hastalığı	7
Peptik ulkus	4
Umblikal herni	4
Ürolitiasis	4
Romatizmal hastalık	2
Psikiyatrik bozukluk	1

leri anatomik preparasyon zorluğu (4,%2.4) ve kesenin ampiyemli (1,% 0.6) olmasıydı (Tablo 3).

Tablo 3: Açık kolesistektomiye geçiş nedenleri

Anatomik zorluk	4 (% 2.4)
Kesenin ampiyemli olması	1 (% 0.6)
Toplam	5 (% 3)

Trokarların yerleştirilmesinden çıkarılmasına kadar geçen ortalama süre 100 dak. (28-800 dak. arası), ortalama postoperatif hastanede yatış süresi ise 2.23 (1-8) gündü. Komplikasyonlar incelendiğinde minör komplikasyon olarak kese perforasyonu (47 olgu), milimetrik taşların batında kalması (23 olgu), yara enfeksiyonu (3 olgu); majör olarak da koledok yaralanması (1 olgu) gelişti (Tablo 4). Koledok yaralanması olan

Tablo 4: LK sonrası görülen komplikasyonlar

Minör komplikasyonlar	
Kese perforasyonu	47
Milimetrik taşların kalması	23
Yara enfeksiyonu	3
Majör komplikasyonlar	
Koledok yaralanması	1

olgumuz ikinci gün sorunsuz taburcu edildikten sonra altıncı gün karın ağrısı ve sarılık nedeni ile tekrar yatırıldı. İlk LK olgumuz olan bu ol-

guda koledok tam kesisi saptandı ve koledoko-koledokostomi+T tüp drenaj uygulandı ve 13. günde şifa ile taburcu edildi. 27 (% 16.16) olgumuza dren konmuş olup postop 2. gün çekildi. Mortalite oranımız ise % 0 dır.

TARTIŞMA

Postoperatif ağrı ve hastanede kalış süresini azaltma, ameliyat öncesi aktivitelere daha erken kavuşma, insizyonel herni ve brid ileus gelişme riskinin az olması gibi avantajlar LK'nin çok hızlı kabul görmesini sağladı. Safra kesesi taşının sık görülmesi yöntemin daha da hızlı yayılmasına neden oldu.

Safra kesesi taşı; orta yaşlı, doğum yapmış, şişman kadınlarda daha sık görülür(1). Bizim seride ortalama 51.05 yaş ve %79 kadın hasta oranı genel bilgilerle uyumluydu. Safra kesesinin patolojilerinde dispepsi, karında şişkinlik en sık rastlanan yakınmalardır. Taş oluştuğunda ise, sağ hipokondriumda daha sık hissedilen ağrı yakınmalara eklenir. Ultrasonografinin yaygın kullanılması ile asemptomatik safra kesesi taşlarının da teşhisi kolaylaşmıştır. LK ilk uygulanmaya başladığında, geçirilmiş eski batin operasyonlarının varlığı, akut kolesistit halinin olması yönteminin kontrendikasyonları arasında sayılıyordu. günümüzde tecrübenin artması ile bu tip olgulara da LK çok rahatlıkla uygulanabilmektedir(2). İleri yaştaki hastalara da güvenle yapılabilmektedir (3,4).

Ameliyatın süresi 75-138 dak. gibi değişkenlik gösterebilir (5,6). Bizdeki süre ise 100 dak. dır. Laparoskopi seti ve aletlerde olabilecek teknik aksaklıklar bu sürenin gereksiz olarak uzamasına neden olmaktadır. Cerraha bağlı olan süre, ekibin tecrübesi arttıkça kısılacaktır (7).

Operasyonu kapalı olarak sürdürmenin hasta için riskli ve zor olmaya başladığı anda açık yönetime dönülmesi şarttır. Bu karar hiçbir zaman komplikasyon değildir ve cerrahın yeterliliğini göstermez. Oluşabilecek yaralanmanın fark edilmemesi ve ek ameliyatlara gerek duyulmasının getireceği risk çok daha fazladır.

Açık kolesistektomiye dönmede en sık neden iyi belirlenemeyen anatomi ve akut kolesistit halinin olmasıdır (8,9). Konversiyon oranı % 2.8-28 arasında değişmektedir (2,5,10). Bizim % 2.99 olan oranımız yayınlardaki sınırlar içinde

değerlendirilebilir. Aşırı şişmanlık ise % 1.8-2.8 oranında açık ameliyata dönmeye neden olabilir (11,12,13). Tecrübe arttıkça disseksiyondaki zorlukla daha kolay başedebileceği de kesindir.

Laparoskopik cerrahide olabilecek komplikasyonlar açık cerrahidekilere benzerdir (5,14). İlyatrojenik safra yolu yaralanmaları açık yönetime oranla 2-4 kat fazla görülür (14). Ancak her cerrahi uğraşta olduğu gibi tekniğe özgü komplikasyonlar da vardır. Veres iğnesi, trokar ve koter uygulamalarına bağlı komplikasyonlarda bildirilmiştir. Penetran retroperitoneal majör damar yaralanmasına bağlı mortalite % 15'i bulmaktadır. LK sonrası görülen ölümlerin en sık sebebi intestinal perforasyonlardır (15). Bunun nedeni ise koterin yanlış ve aşırı kullanılmasıdır. Bu tip komplikasyon olgularımızda görülmedi.

En sık rastlanan intraoperatif komplikasyon, koter akım şiddetinin uygun ayarlanmamasına ve cerrahi tekniğe bağlı oluşan kese perforasyonudur. Büyük risk oluşturmaya da gerekli özen gösterilerek kese perfore olmadan dışarı alınması idealdir. Batına düşen taşların toplanması gereklidir. Olgularımızda düşen taşların toplanmasına özen gösterildi. Ancak toplanamayan milimetrik taşlara bağlı bir komplikasyona rastlamadık.

Perfore olan akut keselerde ve hemostoz takib gereken olgulara dren konabilir. Dren koyma oranımız % 16.16 (27/167) olarak saptandı. Batın içi kolleksiyon ve abse oluşumunu önleyeceği için gerekli vakalarda dren konması hastayı ve cerrahı yeni girişimlerden korur.

LK sırasında gereksiz safra yolu ve damar koterizasyonu ya da gözden kaçan koter ucu yanığı sonucu oluşacak nekroza balı postoperatif dönemde komplikasyon çıkabilir. O nedenle LK yapacak olan kişinin daha önceden yeteri kadar LK yapmış ve oluşabilecek komplikasyonları düzeltebilecek beceriye sahip olması gereklidir.

Cerrahinin görünümünü değiştiren bu teknolojik gelişme beraberinde yüksek maliyet artışını getirmiştir. Demoulin ve arkadaşlarının çalışmasında tek kullanımlık alet kullanımının maliyeti, tekrar kullanılabilen aletlerin kullanımına göre 7.4-27.7 kat fazla olduğu vurgulanmaktadır (16). Hastanede kısa yatma, tekrar işe dönebilme süresinin kısalığı, ameliyat öncesi hastanede yatış süresinin kısa tutulması, gereksiz

etkik yapılmaması, tekrar kullanılabilen aletlerin tercih edilmesi maliyeti düşürücü etkenlerdendir.

Sonuçların daha iyi olması için donanım, iyi görüntü ve deneyimli cerrahın şart olduğu LK, genel anestezi ve alamayacak kadar genel durumu bozuk hastalar dışında semptomatik safra kesesi taşı olan hastaların hepsine güvenle yapılabilir. maktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Ress Am, Sarr MG, Nagorney DM, Farnel MB, et all. Spectrum and management of major complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165: 655-662
- 2- Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Matter I. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: propective trial. World J Surg 1997 Jun; 21 (5): 540-5
- 3- Mayol J, Martinez-Sarmiento J, Tamayo FJ, Fernandez Reprasa JA, Coplications o laparoscopic cohecystectomy in the ageing patient. Age Ageing 1997 Mar; 26(2): 77-81
- 4- Zilberstein B, Eshkenazy R, Ribeiro Junior MA, Sallet JA, Ramos AC. Laparoscopic cholecystectomy in children and adolescents. Rev Paul Med 1996 Nov-Dec, 114 (6): 1293-7
- 5- Lujan JA, Sanchez-Bueno F, Parrilla P, Robles R, Torralba JA, Gonzalez-Costea R. Laparoscopic vs. open cholecystectomy in patients aged 65 and older. Surg Laparosc Endosc 1998 Junp 8(3): 208-10.
- 6- Schirmer BD, Edge SB, Dix J, Hyser MJ, Hanks JB, Jones RS. Laparoscopic cholecystectomy. Treatment of choice for symptomatic cholelithiasis.

Ann Surg 1991 Jun; 214 (6): 665-76; discussion 667.

- 7- Schol FP, GO PM, Gouma DJ, Kootstra G. Laparoscopic cholecystectomy in a surgical training programme. Eur J Surg 1996 Mar; 162 (3): 193-7
- 8- Jatzko GR, Lisborg PH, Prtl AM, et all. Multivariate comparison of complications after laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. Ann Surg 1995; 4: 381-6
9. Traverso LW, Hargrave K. PA prospective cost analysis of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1995; 169: 503-6
10. Collet D. Laparoscopic cholecystectomy in 1994. Results of a prospective survey conducted by SFCERO on 4624 cases. Societe Francaise de Chirurgie Endoscopique et Radiologie Operatoire. Surg Endosc 1997 Jan; 11(1) : 56-63
11. Champault, G, Colon A, Rizk N, Benoit J, et all. Laparoscopic cholecystectomy in obese patients: 119 cases Chirurgie 1996; 121(1): 15-8
12. Hutchinson CH, Traverso LW, Lee FT. Laparoscopic cholecystectomy. Do preoperative factors predict the need to convert to open? Surg Endosc 1994 Aug; 8 (8): 875-8; discussion 879-80
13. Colt D, Edye M, Magne E, et all. Laparoscopic cholecystectomy in the obese patient. Surg Endosc 1992 Jul-Aug; 6(4): 186-8
14. Peters JH, Gibbons GD, Onnes JT, et all. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Surgery 1991 Oct; 110(4): 769-77; discussion 777-8
15. Deziel DJ, Millikian KW, Economou SG, et all. Complications of laparoscopic cholecystectomy: Results of a national survey of 4292 hospitals and analysis of 77604 cases. Am J Surg 1993; 165: 9-14
16. Demoulin L, Kesteloot K, Penninck F. A cost comparison of disposables reusable instruments in laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1996; 10:520-5

Alındığı Tarih: 25 Ocak 2000

Yazışma adresi: Yasin Peker, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği