

Laparoskopik kolesistektomi: 1270 olgunun analizi

Ayhan KESKİN (*), Settar BOSTANOĞLU (*), Fuat ATALAY (**), Musa AKOĞLU (***), Orhan ELBİR (****), Canbek SEVEN (*****)

ÖZET

Laparoskopik kolesistektominin artık birçok merkezde rutin bir uygulama şekline dönüştüğü günümüzde, biz de kliniğimizde uyguladığımız ilk 1270 olgunun analizini yaparak literatürle karşılaştırıp, tecrübelerimizi aktarmak istedik. Hastaların 276'sı (% 21.7) erkek, 994'ü (% 78.3) kadındır. Ortalama yaş 50.8 (17-82)'dir. 33 olgu (% 2.5) daha önceden üst batin, 91 olgu (% 7.1) ise alt batin operasyonu geçirmişti. Tanı tüm hastalarda ultrasonografi ile konulmuştur. 35 hastaya (% 2.7) preoperatif, 4 hastaya ise (% 0.3) postoperatif dönemde endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi (ERCP) uygulanmıştır. Tüm hastalara preoperatif profilaktik antibiyotik uygulanmıştır. Olguların 150'si (% 11.8) French, 1120'si (% 88.2) ise Dundee tekniği ile opere edilmiştir. Operasyon süresi ortalama 46 dk'dır (11-120). Laparotomiye konversiyon oranı % 6.3'dür (n=81). Majör komplikasyon 23 olguda (% 1.8), minör komplikasyon ise 159 olguda (% 12.5) görülmüştür. Mortalite oranı % 0.1 (n=2)'dir. Ortalama postoperatif hastanede yatış süresi 2, normal aktiviteye dönüş süresi ise 7 gündür. Bu bulgular ışığında elde edilen bulguların dünya literatürü ile uyumlu olmasının yanısıra laparoskopik kolesistektominin, semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde, artık giderek artan oranda kabul gören ve uygulanan bir yöntem haline gelmesinin haklılığını bir kez daha vurgulayabildiğimizi düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi

SUMMARY

Laparoscopic cholecystectomy: analysis of 1270 cases

Today laparoscopic cholecystectomy has finally been made a routine practice at many centers and by making an analysis of the first 1270 cases applied at our clinic and comparing them with the literature, we wanted to convey our experience as well. A total of 276 (21.7 %) of the patients are male and 994 (78.3 %) are female. The average age is 50.8 years (17-82). Thirty-three (2.5 %) of the patients previously underwent an upper abdominal operation and 91 (7.1 %) a lower abdominal operation. The diagnosis in all the patients was made with ultrasonography. Endoscopic retrograd cholangiopancreatography (ERCP) was applied to 35 patients (2.7 %) preoperatively and to 4 patients (0.3 %) in the postoperative period. A preoperative prophylactic antibiotic was given to all the patients. A total of 150 (11.8 %) of the cases were operated on with the French technique and 1120 (88.2 %) with the Dundee technique. The average duration of the operation was 46 minutes (11-120). The rate of conversion to laparotomy is 6.3 % (n=81). Major complications were observed in 23 cases (1.8 %) and minor complications in 159 cases (12.5 %). The rate of mortality is 0.1 % (n=2). The average period of postoperative hospitalization is 2 days and the period of returning to normal activity is 7 days. Besides the diagnoses obtained in the light of these findings being in accord with the world literature, we think that the appropriateness of laparoscopic cholecystectomy becoming a method applied and accepted at a gradually increasing rate in the treatment of symptomatic gallbladder stones should be stressed once more.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi, artık semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinin yanısıra,

akut kolesistitin tedavisinde de standart işlem olarak kabul edilmektedir. Bu konuda çok geniş ve çeşitli seriler yayınlanmış, morbidite ve mortalitesi hakkında detaylı sonuçlar bildirilmiştir (1-7).

Azalmış postoperatif ağrı, hastanede kalış süresinin ve normal aktiviteye dönüşün kısalığı gibi artık çok iyi bilinen avantajları ile bu uygulama, giderek yurdumuzda da çok geniş bir uygulama alanına yayılmaktadır.

(*) T.Y.H Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Op. Dr.

(**) T.Y.H Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Şef Muav. Doç. Dr.

(***) T.Y.H Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Şef Doç. Dr.

(****) T.Y.H Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Başasistanı Op. Dr.

(*****) T.Y.H Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Şef Muav. Op. Dr.

Bu çalışmanın amacı, önemli sayılabilecek bir sayıya ulaşılması nedeniyle birikimlerin irdelenip, literatürle karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde 11 Mart 1992 ile 8 Aralık 1995 tarihleri arasında uygulanan 1270 laparoskopik kolesistektomi olgusu retrospektif olarak incelenmiş ve sonuçlar literatür ile karşılaştırılmıştır.

Hastalar yaş, cins, semptomların şekli ve süresi, daha önce geçirilmiş operasyon olup olmaması yönünden incelenmiştir. Hastalara preoperatif kullanılan teşhis yöntemleri ve girişimler irdelenmiştir. Uygulanan operasyonların tekniği, kullanılan enstrümanlar, operasyon süresi incelenirken, intraoperatif bulgular skorlandırılmıştır. Postoperatif morbidite ve mortalite, hastanede yatış süresi ve normal aktiviteye dönüş süreleri gözlenmiş ve literatürle karşılaştırılmıştır.

SONUÇLAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların 276'sı (% 21.8) erkek, 994'ü (% 78.3) kadındır. Ortalama yaş 50.8 (17-82) olarak bulunmuştur. Hastalarda mevcut olan semptomların sürelerine bakıldığında, 129'unda (% 10.2) beş yıldan uzun süredir, 420'sinde (% 33.1) bir ile beş yıldır, 721'inde (% 56.7) ise bir yıldan az süredir semptomların varolduğu görülmektedir. Hastaların 33'ü (% 2.5) daha önce üst batin operasyonu, 91'i (% 7.1) ise alt batin operasyonu geçirmişti.

Tüm olgularda teşhis aracı olarak ultrasonografi kullanılmıştır. Ultrasonografide koledokta da taş veya genişleme tesbit edilen, rutin laboratuvar bulgularıyla safra yolu tıkanmasından şüphelenilen 35 (% 2.7) hastaya preoperatif, 4 (% 0.3) hastaya ise postoperatif dönemde ERCP uygulanmıştır.

Hastaların tümü preoperatif antibiyotik profilaksisine alınmıştır. 150 olgu (% 11.8) French pozisyonunda, 1120 olgu (% 88.2) ise Dundee

tekniki ile opere edilmiştir. 59 olguda tekrar kullanılan trokarlar, 50 olguda tek kullanımlık rokarlarla tekrar kullanılabilenler kombine edilerek, bunun dışındaki olguların tamamında ise tek kullanımlık trokarlar kullanılmıştır. Kullanılan trokar çeşidi ile, morbidite, operasyon süresi ve diğer faktörler arasında bir korelasyon saptanmamıştır, ancak kullanım pratikliği ve kolaylığı tek kullanımlık olanlarda fazladır.

Laparoskopik incelemede batin içi yapışıklıklar, hiç yapışıklık olmaması ile, dens yapışıklık arasında 1 ile 4 arası skorlandırılmıştır. Bu skora Tablo 1'de görülmektedir. Ortalama operasyon süresi 46 dk'dır ⁽¹¹⁾. Bu süre teleskobun batin içerisinde olduğu, "light time" gözönüne alınarak belirlenmiştir. 466 (% 36.6) hastaya

Tablo 1. İntraabdominal adezyonlar

Grade	Olgu	%
1	538	42.3
2	411	32.4
3	183	14.4
4	138	10.9

Tablo 2. Açık kolesistektomiye konversiyon nedenleri

Sebebi	Olgu	%
Kolon yaralanması	1	1.2
Safra yolu yaralanması	5	6.1
Kanama	6	7.4
Abdominal malignite	4	4.9
Aşırı inflamasyon ve anatomik güçlük	50	61.7
Obezite	1	1.2
Sklerotrofik safra kesesi	10	12.3
Batin içi adezyonlar	1	1.2
Beklenmeyen durum	3	3.7

Tablo 3. Majör komplikasyonlar

İntraoperatif	Olgu	%
Sistik arter yaralanması	6	0.47
Koledok hasarı	5	0.39
Kolon hasarı	1	0.07
Omentum yaralanması	1	0.07
Postoperatif		
Safra peritoniti	3	0.23
Hemoraji	2	0.15
Unutulmuş koledok taşı	3	0.23
Portta hematoma	2	0.15
Toplam	23	1.76

dren konmuş, bunlar genellikle postoperatif 8-24 saat sonra çekilmiştir. Dren koyma alışkanlığı serinin sonuna doğru azalmış, zira son 270 olguda sadece 16 adet dren konmuştur.

Serimizde 81 olguda (% 6.3) çeşitli nedenlerle laparotomiye konversiyon gerekmiştir. Konversiyon nedenleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Majör komplikasyon oranımız % 1.8 (23 olgu) olarak saptanmıştır. Bu komplikasyonlar Tablo 3'de görülmektedir. Minör komplikasyon oranı % 12.5'dir (159 olgu). Bunların çoğunu minör kanamalar ve safra kesesi delinmeleri oluşturmaktadır ve konversiyona neden olmamışlardır. Postoperatif görülen pulmoner infeksiyon, subhepatik bilioma gibi minör komplikasyonlar ise medikal tedaviye cevap vermiştir.

Mortalite iki olguda (% 0.1) görülmüştür. Biri akciğer problemleri olan 60 yaşında kadın hasta, taburcu olduktan 30 gün sonra acilen ameliyata alındı ve safra peritoniti saptandı. Muhtemelen kotere bağlı koledok yaralanması olan ve T-tüp üzerinden drenaj uygulanan hasta laparotomiden iki gün sonra akciğer problemleri nedeniyle exitus oldu. Diğeri ise postoperatif 2. gün reopere edilen ve sistik güdük açılması tesbit edilen hasta, kardiyak yetersizlikle laparotomi akşamı kaybedildi. Hastalarda postoperatif hastanede kalış süresi ortalama iki gün olarak saptandı. Normal aktiviteye dönüş süresi ise ortalama 7 gün olarak bulundu.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi ilk uygulandığı 1987 yılından bu yana dünyada ve yurtdışında cerrahlar tarafından çok büyük bir ilgiyle kabul görmüştür. Postoperatif konforun ve kozmetik sonuçların iyi olması yanısıra, düşük maliyetin de bunda etkisi çoktur (8).

Bu konuda tecrübeler arttıkça kontrendikasyonların sınırları da daralmaktadır. Örneğin daha önceleri kontrendikasyon olarak görülen geçirilmiş üst batin operasyonu (9), serimizde bir konversiyon riski olarak bile saptanmamıştır. Olguların % 2.5'i daha önce üst batin, %

7.1'i ise daha önce alt batin operasyonu geçirmişti. Aynı şekilde obezite de relatif kontrindikasyon kabul edilirken bugün geliştirilen yeni enstrümanlarla problem olmaktan çıkmıştır (10). Bizim olgularımızdan sadece birinde obezite konversiyon sebebi olmuştur.

Laparoskopik kolesistektomide laparotomiye konversiyon çeşitli serilerde % 0-20 arasında bildirilmektedir (7,8,11). Bizim serimizde bu oran % 6.3'dür ve vaka sayısının artışına ters orantılı olarak, komplikasyonlara bağlı konversiyon oranında düşüş saptanmıştır. En fazla gördüğümüz konversiyon nedeni aşırı inflamasyon ve belirlenemeyen anatomidir ve bu da literatürdeki serilerin sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (7,8,11). Tablo 1'de görülen skorlama metodumuza göre ileri derecede yapışıklık daha fazla konversiyon nedeni oluşturmaktadır. Akut kolesistit olgularında konversiyon oranımız % 26.7'dir, ancak bu hastalara ek bir morbidite ve mortalite getirmemektedir. Artık günümüzde laparoskopik kolesistektomi akut kolesistit tedavisinde de standart metod olarak kabul edilmektedir (2,3,4,8). Önemli olan akut kolesistitli olgularda daha dikkatli davranarak konversiyondan kaçınmaktır.

Laparoskopik kolesistektomide komplikasyon oranı % 3'lere kadar bildirilmektedir (7,13). Bizim majör komplikasyon oranımız % 1.8'dir. İlk 50 olgumuzda bu oranın % 8 olduğu gözönüne alınırsa, tecrübenin artışıyla birlikte komplikasyon oranlarının da düşeceği anlaşılmaktadır. Mortalitemiz ise % 0.1 olarak saptanmış ve literatürde bildirilen serilerle uyum içerisinde olduğu gözlenmiştir (1,13). Komplikasyonlar en fazla safra yolu yaralanmaları ve kanama şeklinde görülmektedir. Ancak başlangıç döneminde yapılan operasyonlarda oluşan kanamalar, henüz alışmamış bir göz tarafından daha büyük algılanmakta ve hemen konversiyona başvurulmaktadır. Zaman içerisinde artan tecrübe ile bu kanamaların birçoğuna müdahale edilerek, konversiyona gerek kalmamaktadır. Öte yandan bir kanama kontrolünde hiçbir zaman rastgele klip konulmamalıdır.

En fazla görülen safra yolu yaralanmalarını önlemek için rutin intraoperatif kolanjiyografi önerilmekteyse de ⁽¹⁴⁾, bunun aksini savunanlar da mevcuttur ⁽¹⁵⁾. Bizim intraoperatif kolanjiyografi imkanımız olmamasına rağmen, bunun selektif olarak kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz. Öte yandan biz, ultrasonografide koledok taşı veya koledokta genişlik saptanan, anamnezinde ve laboratuvar değerlerinde tıkanma şüphesi olan hastalarda ERCP uygulamaktayız. Preoperatif dönemde 35, postoperatif dönemde 4 hastamıza ERCP uygulanmıştır. Aynı prensiple ERCP uygulanan merkezlerde intraoperatif kolanjiyografiyi gereksiz görenler de mevcuttur ⁽¹⁵⁾.

Operasyonlarımızda ortalama süre 46 dk olarak saptanmıştır. İlk olgumuz yaklaşık 210 dk sürmüştü. Artan tecrübe ile bu süre minimum 11 dk'ya kadar inmiştir. Birçok yazıda ortalama süreler benzer şekilde bildirilmektedir ^(13,16,17,18). Operasyonlarımız 13 cerrah tarafından gerçekleştirilmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen birçok cerraha birer aylık kurs sonrası sertifika verilmiştir. Operasyonların bir kısmı French pozisyonunda (% 11.8), geriye kalanı ise Dundee tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Diseksiyon için cerrahın tercihinine göre hug koter veya endomakas kullanılmıştır ve sonuçlarda enstrümana ve tekniğe bağlı farklılık saptanmamıştır. Bize göre cerrah en rahat uygulayabildiği tekniği kullanmalıdır. Serimizde postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 2 gün, normal aktiviteye dönüş süresi ise ortalama 7 gündür ve diğer serilerde de bu süreler benzerlik göstermektedir ^(8,11).

Sonuç olarak elde ettiğimiz analiz verilerimizin literatürle uyum içerisinde olmasının yanısıra, kendi elde ettiğimiz tecrübeyle, artık semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde, laparoskopik kolesistektominin standart prosedür haline gelmesinin haklılığını vurgulayabildiğimizi düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Cuschieri A, Dubois F, Moniel J. The european experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161:385-7.
2. Lujan JA, Parilla P, Robles R, et al. Laparoscopic cholecystectomy un the treatment of acute cholecystitis. *J Am Coll Surg* 1995; 1:75-7.
3. Singer JA, McKeen RV. Laparoscopic cholecystectomy for acute or gangrenous cholecystitis. *Am Surg* 1994; 5:326-8.
4. Go PM, Schol F, Gouma DJ. Laparoscopic cholecystectomy in the Netherlands. *Br J Surg* 1993; 9:1180-3.
5. Cox MR, Wilson TG, Luck AJ, Jeans PL, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute inflammation of the gallbladder. *Ann Surg* 1993; 5:630-4.
6. Richardson AJ, Brancatisano R, Avramovic J, et al. Injuries to the bile duct resulting from laparoscopic cholecystectomy. *Aust NZ J Surg* 1993; 63:684-9.
7. Crist DW, Gadacz TR. Complications of laparoscopic surgery. *Surg Clin North Am* 1993; 2:265-89.
8. Traverso LW, Hargrave K. A prospective cost analysis of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1995; 169:503-6.
9. Dubois F, Icard P. Coelioscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1990; 1:60-2.
10. Fried GM, Barkun CS, Sigman HH, et al. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1994; 167:35-41.
11. Jatzko GR, Lisborg PH, Prtl AM, Stettner HM. Multivariate comparison o complications after laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. *Ann Surg* 1995; 4:381-6.
12. Zucker KA, Flowers JL, Bailey RW, Graham SM, et al. Laparoscopic management of acute cholecystitis. *Am J Surg* 1993; 4:508-14.
13. Bailey RW, Zucker KA, Flowers JL, Scowill WA, et al. Laparoscopic cholecystectomy: experience with 375 consecutive patients. *Ann Surg* 214:531-41.
14. Roush TS, Traverso LW. Management and long-term follow-up of patients with positive cholangiograms during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1995; 169:484-7.
15. Lorimer JW, Smith RJF. Intraoperative cholangiography is not essential to avoid duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993; 166:344-7.
16. Schiermer BD, Edge SB, Dix J, et al. Laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1992; 213:665-78.
17. McKernan JB. Laparoscopic cholecystectomy. *Am Surg* 1991; 57:309-12.
18. Larson GM, Vitale GC, Casey J, et al. Multipractice analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1983 patients. *Am J Surg* 1992; 163:221-6.