

# Akut kolesistitin cerrahi tedavisinde açık ve laparoskopik kolesistektomi

Ziya ÇETİNKAYA (\*), Osman DOĞRU (\*\*), Yavuz S. İLHAN (\*\*), Nurullah BÜLBÜLLER (\*), Mehmet A. AKKUŞ(\*\*\*), Kaya GENÇ (\*\*\*\*), Feridun BAYSAL (\*\*\*\*)

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada akut kolesistitin cerrahi tedavisinde açık kolesistektomi (AK) ile laparoskopik kolesistektomi (LK) yöntemlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Ocak 1994-Kasım 1999 tarihleri arasında akut taşlı lokesistit nedeniyle ameliyat edilen 190 olgunun kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Laparoskopiden açığa geçiş oranı yanında, AK ve LK uygulaması; ameliyat süresi, dren konulması, oral beslenmeye geçiş süresi, komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi yönünden karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Olguların 95'ine açık, 81'i laparoskopik yöntem uygulandı. Hastaların 14'ünde (%14.7) ameliyatla laparoskopik başlanıp açığa dönüldü. Ortalama ameliyat süresi AK grubu için 96.68±42.17 dakika, LK grubu için ise 85.06±42.18 dakika oldu (P<0.05). Ortalama oral beslenmeye geçiş süresi AK grubu için 36.27±18.8 saat, LK grubu için ise 14.69±13.18 saat oldu (P<0.05). Ortalama hospitalizasyon süresi AK uygulananlarda 9.44±4.85 gün LK uygulananlarda ise 4.46±2.41 gün idi (p<0.05). Dren AK grubunda 67(%70.5), LK grubunda ise 37(%45.6) hastada konuldu (P<0.05). Komplikasyon AK grubunda 25(26.3%), LK grubunda ise 5(6.1%) hastada gelişti (p<0.05).

**Sonuç:** Akut kolesistitli hastaların çoğunluğunda laparoskopik girişimin güvenle yapılabileceği ve bu yöntemin açık kolesistektomiye birçok yönü ile üstün olduğu kanısındayız.

**Anahtar kelimeler:** Akut kolesistit, laparoskopik kolesistektomi, açık kolesistektomi

## SUMMARY

**Open cholecystectomy and Laparoscopic Cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis**

**Objective:** To compare the results of laparoscopic cholecystectomy (LC) with those of open cholecystectomy (OC) in treatment of acute cholecystitis.

**Methods:** Between January 1994- November 1999, 190 patients with acute cholecystitis who underwent surgery in our department were investigated retrospectively. Rate of conversion from LC to OC were noted and two group were analysed and compared for: operating time, use of drains, potoperative time for ensuing of oral feeding, complications and length of hospital stay.

**Results:** 95 of patients were operated by open method and 81 were operated laparoscopically. Conversion from LC to OC was necessary in 14 of patients (14.7 %). The mean operating time was 96.68±42.17 minutes for the OC group and 85.06±42.18 minutes for the LC group (P<0.05). Time for ensuing of oral feeding was 36.27±18.8 hours for the OC group and 14.69±13.18 hours for the LC grup (p<0.05). Complication occured in 25(26.3%) of patients in the OC group and in 5 (6.1%) of the patients in LC group (P<0.05). The length of hospital stay averaged 9.44±4.85 days for the OC group and 4.46±2.41 days for the LC group (P<0.05). Drain placement was required in 67 (70.5%) of patients OC group and in 37 (45.6 %) of patients LC group (P<0.05).

**Conclusion:** According to our results we believe that LC can be underwent in a lot of patients with acute cholecystitis, and this method is superior than OC.

**Key words:** Acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, open cholecystectomy

## GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi (LK) kolelitiasisin tedavisinde açık kolesistektominin (AK) yerini almıştır (1,2,3). Bu yöntemin açık kolesistektomiye oranla daha az insizyon, daha az ağrı, daha az hastanede kalış süresi ve işe daha erken başlama gibi üstünlükleri olduğu bildirilmektedir (4,5). Laparoskopik kolesistektominin başladığı ilk dönemlerde akut kolesistit tedavisinde laparoskopik cerrahinin uygun olmadığı düşünülmüştür. Ancak daha sonraki sonuçlar bu alanda cerrahi ekibin deneyiminin daha önemli olduğunu ve laparoskopik kolesistektominin de

(\* ) Fırat Üniv., Fırat Tıp Fak., Genel Cerrahi A.B.D. Y. Doç. Dr.

(\*\* ) Fırat Üniv., Fırat Tıp Fak., Genel Cerrahi A.B.D. Doç. Dr.

(\*\*\* ) Fırat Üniv., Fırat Tıp Fak., Genel Cerrahi A.B.D. Prof. Dr.

(\*\*\*\* ) Fırat Üniv., Fırat Tıp Fak., Genel Cerrahi A.B.D. Arş. Gör. Dr.

rahatlıkla akut kolesistit tedavisinde kullanılabileceğini göstermiştir (6,7).

Kliniğimizde de akut kolesistitin cerrahi tedavisinde zamanla deneyimimizin artmasıyla laparoskopik cerrahi oranının giderek arttığını gözlemledik. Bu çalışmada akut kolesistitin tedavisinde laparoskopik yöntemle, açık yöntemin sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 1994-Kasım 1999 tarihleri arasında akut taşlı kolesistit nedeniyle ameliyat edilen 190 olgu çalışmaya alındı. Bilgiler bu tür hastalar için özel olarak geliştirilmiş formlardan elde edildi. Açığa geçiş oranı yanında, AK ve LK yöntem ameliyat süresi, dren konulması, oral beslenmeye geçiş süresi, komplikasyonların oranı, hastanede kalış süresi yönünden karşılaştırıldı. Laparoskopik başlanıp, açığa geçilen vakalar karşılaştırma dışında bırakıldı. Akut kolesistit tanısı tüm hastalarda fizik muayene ve laboratuvar yöntemleriyle değerlendirmeyi takiben ultrasonografi ile konuldu ve ameliyat esnasında da tanı desteklendi. Bütün vakalara preoperatif olarak antibiyotik başlanıp postoperatif üç gün süresince devam edildi. Cerrahi tedavi, semptomların başlangıcından itibaren 72 saat içinde uygulandı. AK grubunda 8 hastaya intraoperatif kolanjiyografi yapıldı. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalara ise intraoperatif kolanjiyografi yapılmadı.

Sonuçların istatistiksel analizinde bilgisayarda SPSS programında parametrik değerler için Mann Whitney U ve non parametrik değerler

için Ki kare testleri kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

## SONUÇLAR

Her iki grupta hastalarda kolesistektomi tamamlanmış olup, yaş cinsiyet ve hastaların diğer özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Olguların 95'i açık (49'u kliniğimizde laparoskopik uygulamaya girmeden önce ameliyat edildi), 81'i laparoskopik yöntemle ameliyat edildiler (Şekil 1). Ondört hastada (%14.7) ameliyat laparoskopik başlanıp açığa çevrildi. Açığa dönüş nedeni, vakaların 11'inde yapışıklık, 2'sinde Callot üçgeninin değerlendirilememesi, birinde de kanama idi. Operasyon, oral başlama ve hastanede kalış süresi LK grubunda anlamlı olarak daha kısa idi (hepsi için  $p < 0.05$ ) (Tablo 2.) Dren LK grubundaki hastalara anlamlı oranda daha az kullanılmıştır ( $p < 0.005$ ) (Tablo 2). Postoperatif komplikasyonlar Tablo 3'de gösterilmiş olup, komplikasyon oranı LK grubunda anlamlı oranda daha azdı ( $p < 0.005$ ) (Tablo 2). Açık kolesistektomi grubunda safra fistülü gelişen bir hasta da fistül kendiliğinden kapandı. AK grubunda intraoperatif kolanjiyografi uygulanan hastaların ikisinin koledoklarında taş saptanıp taşın çıkarılmasından sonra birine T tüp, birine de koledokoduodenostomi uygulandı. Laparoskopik kolesistektomi grubunda ise, koledoklarında taş kalan üç hastaya ERCP uygulanarak taşlar düşürüldü.

## TARTIŞMA

Akut kolesistit'in cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntemin kullanılması cerrahların deneyim

Tablo 1. Hasta verileri

	AK uygulananlar	LK uygulananlar	p
yaş (yıl)	n= 95 55.19±15.17	n=81 51.43±15.69	0.981
Cinsiyet (erkek/kadın) 34/61	21/60	0.159	
<b>Operatif bulgu</b>			
İflamasyon	77	81	0.000
Gangren	16	-	...
Ampiyen	1	-	...
<b>Biyokimyasal özellikler</b>			
AST (yüksek)	27	14	0.081
Alkalen fosfataz (yüksek)	6	-	
Amilaz (yüksek)	7	9	0.389
Bilirübin (yüksek)	4	-	
Lökositöz	60	50	0.928

AK: Açık kolesistektomi, LK: Laparoskopik kolesistektomi, AST: Aspartat Aminotransferaz

Tablo 2. Akut kolesistit tedavisinde açık ve laparoskopik kolesistektomi sonuçlarının karşılaştırılması.

	AK uygulananlar		LK uygulananlar	p
	n= 95	n=81		
Ameliyat süresi (dakika)	96.68±42.17	85.06±42.18	0.001	
Oral beslenmeye geçiş süresi (saat)	36.27±18.8	14.69±13.18	0.000	
Hospitalizasyon süresi (gün)	9.44±4.85	4.46±2.41	0.000	
Dren kullanılan hasta sayısı (%)	67 (70.5)	37 (45.6)	0.001	
Komplikasyon gelişen hasta sayısı (%)	25 (26.3)	5 (6.1)	0.000	

kazanması ile daha da artmıştır. Laparoskopik ve AK'nin karşılaştırıldığı çalışmalarda genellikle LK daha üstün bulunmuştur (7,8). Sonuçlarımıza göre de LK'nin ameliyat, oral başlama ve hospitalizasyon süresi ve morbidite açısından AK'ye göre daha avantajlı olduğunu söyleyebiliriz.

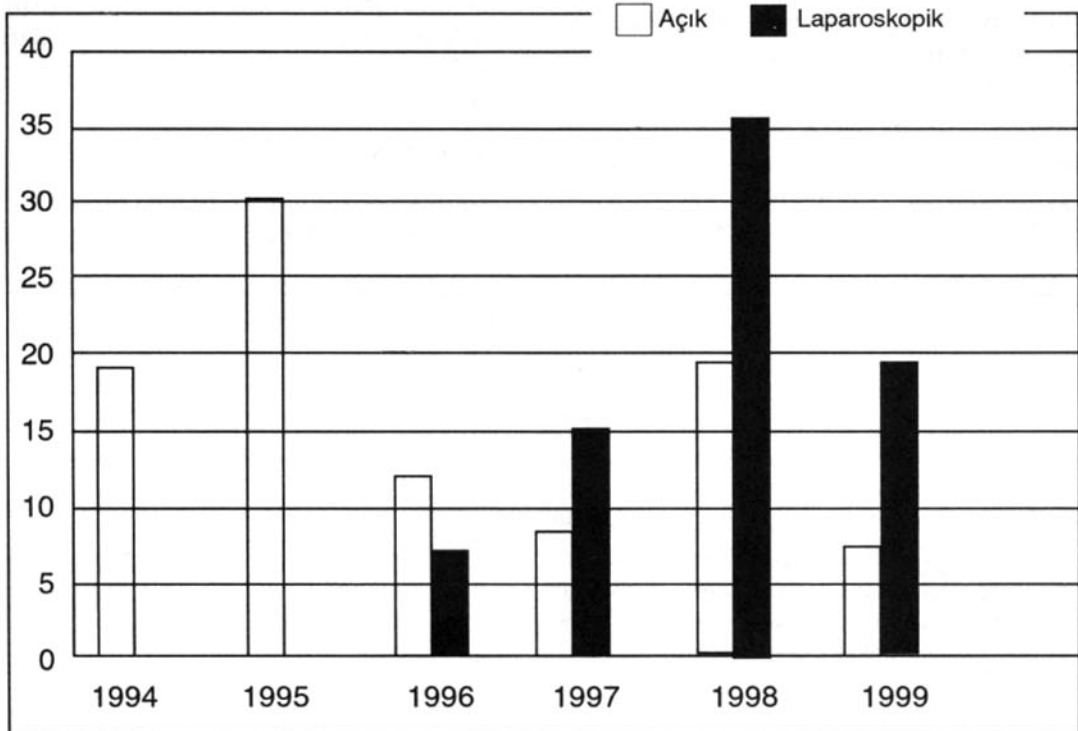
Akut kolesistit tedavisinde her iki yöntemde hasta seçiminde kliniğimizde standart kriterler kullanılmamaktadır. Ancak Tablo 1'den de anlaşılacağı üzere serum alkalin fosfataz ve bilirubin değerleri yüksek olan hastalar AK grubunda anlamlı oranda fazla bulunmaktadır. Bunun yanında hastanın klinik durumu da yöntem seçiminde cerrahın kararını etkilemiştir diyebiliriz.

Tablo 3. Postoperatif komplikasyonlar

Postoperatif	AK uygulananlar	LK uygulananlar
Komplikasyon	n= 95	n=81
Yara yeri enfeksiyonu	19	-
Atektazi	3	-
Safra fistülü	1	-
Paralitik ileus	-	1
Yara ayrılması	3	-
Koledokta taş kalması	-	3

Laparoskopik kolesistektomiden açığa dönüş oranı, genellikle cerrahın deneyimine ve becerisine bağlı olduğu gibi, eksplorasyon bulguları da önemlidir. Cerrahi tedavi semptomların başlamasını takip eden ilk 72 saat içinde uygulanırsa yapışıklıkların daha az olduğu buna bağlı olarak da disseksiyonun daha kolay olduğu kabul edilen bir durumdur (8,9). Açığa geçişte etkili olan faktörler yoğun yapışıklıklar, callot üçgeninin değerlendirilememesi, perikolesistik abse, safra kesesinde nekrozun varlığı ve Mirrizi sendromudur (7,8,10,11,12). Çalışmamızda bu oran % 14.7 olmuştur.

Dren, kolesistektomiden sonra oluşabilecek biliyer fistül, kanama gibi komplikasyonları erken dönemde gözlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Kavuklu ve ark. (7) sonuçlarına benzer şe-



Şekil-1: Akut kolesistitli hastalarda açık ve laparoskopik yöntemlerin uygulandığı hasta sayılarının yıllara göre dağılımı

kilde çalışmamızda da dren LK'de daha az kullanılmıştır. Bunu laparoskopik yöntemin cerrahlarda daha fazla güven duygusu oluşturduğu yönünde yorumlayabiliriz. Ayrıca bu çalışmadaki hastalardan AK grubunda olanlarda gangren ve ampiyem oranı LK grubundan daha yüksek idi.

Çalışmamızda ameliyat süresi laparoskopik yöntemde açık yöntemle göre daha kısadır. Bunda en önemli faktör cerrahın deneyimi olmakla birlikte, ampiyem, gangren gibi akut kolesistit komplikasyonlarının açık ameliyat edilen hastalarda fazla olmasındandır. Oral başlama süresi ve hospitalizasyon süresi yapılan çalışmalarda laparoskopik yöntemde anlamlı oranda daha az olarak bildirilmektedir (7,8). Çalışmamızda da komplikasyon oranı AK grubunda fazla olmuştur.

Çalışmamızda laparoskopik yöntemle ameliyat edilen hastaların üçünde daha sonraki dönemde koledoklarında taş kaldığı tesbit edildi ve ERCP ile endoskopik sfinkterotomi ve taş ekst-raksiyonu uygulandı. Bunlarda preoperatif kan biyokimya değerleri normaldi. İntraoperatif kolanjyografi yapılamayan hastaların yakın takip edilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Sonuç olarak akut kolesistitli hastaların büyük çoğunluğunda laparoskopik girişimin güvenle yapılabileceğine ve bu yöntemin birçok yönü ile açık kolesistektomiye üstün olduğu kanısındayız.

#### KAYNAK:

1. Akkuş MA, Doğru O, Çifter Ç, İlhan YS, Çetinkaya Z. İlk 210 laparoskopik kolesistektominin retrospektif değerlendirilmesi. End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi 1998; 5(1): 47-50.

2. Cushieri A, Dubois FM, Mouiel J, et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 385-88.

3. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW. Laparoscopic cholecystectomy. The new 'gold standart'. Arch Surg 1992; 1270 91-93.

4. Larson GM, Vitale GC, Casey J, et al. Multipractice analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1983 patients. Am J Surg 1992; 163:221-26.

5. Reddick EJ, Olsen DO. Out patient laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1990; 160: 485-89.

6. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. J Laparoendosc Surg 1991; 1: 175-77.

7. Kavuklu B, Baykal A., Özdoğan M. Kaynaroğlu V, Aran Ö, Sayek İ. Akut kolesistitte laparoskopik yöntemin üstünlükleri. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1997; 11: 203-7.

8. Lujan JA, Parilla P, Robles R, Martin P, Torralba JA, Garcia-Aylon J. Laparoscopic cholecystectomy vs open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. A prospective study. Arch Surg 1998; 133: 173-75.

9. Rattner DW, Ferguson C., Warsahaw AL. Factors associated with succesful laparoscopic cholecystectomy of acute cholecystitis. Ann Surg 1993; 217: 233-36.

10. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. J Laparoendosc Surg 1991; 1: 175-77.

11. Absil B, Mendes da Costa P. Cholecystectomies: from laparotomy to laparoscopy. Acta Chir Belg 1994; 94: 180-84.

12. Flowers JA, Bailey RW, Graham SM, Scovil WA-Zuckr KA. Laparoscopic management of acute cholecystitis. The Baltimore experience. Am J Surg 1991; 161: 175-77.

Alındığı Tarih: 14.4. 2000

Yazışma Adresi: Ziya Çetinkaya, Fırat Üniversitesi, Fırat Tıp Merkezi, Genel Cerrahi Servisi, 23100, Elazığ