

240 laparoskopik kolesistektomi olgusunun değerlendirilmesi



Haldun SUNAR (*), Muzaffer AKINCI (*) Onat ARINÇ (**), Sefa TÜZÜN (***), Saim ZORALIOĞLU (*), Mehmet GÜLEN (*)

ÖZET

Bu çalışmada Haseki Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği'nde Ekim 1992 ile Aralık 1994 tarihleri arasında, toplam 26 aylık süre içerisinde yapılan 240 laparoskopik kolesistektomi olgusu değerlendirilmiştir. Olguların yaşları 24-73 arasında değişmekte idi (ortalama 45). 198'i kadın, 42'si erkek olarak dağılım göstermişlerdir. 34 hasta çeşitli nedenlerle bir veya daha fazla batin ameliyatı geçirmişlerdi. Kolesistektomi endikasyonları 215 hastada kolelitiazis, 23 hastada akut kolesistit, 2 hastada safra kesesi polipi tanısı ile ameliyat edildi. Hastaların hastanede kalış süreleri 1-13 gün (ortalama 2.4 gün) olarak tespit edildi. Ameliyat süresi 30-180 dakika arasında değişti (ortalama 65 dakika). 24 hastada açık kolesistektomiye geçildi (% 10). Açık kolesistektomiye geçiş nedenleri olarak 3 hastada koledok yaralanması, 2 hastada sistik arter civarından kanama, 6 hastada anatomik varyasyonlar nedeniyle anatominin tam ortaya konulamaması, 8 hastada akut inflamasyon nedeni ile Calot üçgeninin prepare edilememesi, 6 hastada batin içi yaygın yapışıklık idi. 1 hastada safra peritonitine bağlı mortalite görüldü.

Hastanemizde yapılan laparoskopik kolesistektomilerde vaka seçimi yapılmadığı için açığa dönme oranı literatüre göre yüksek olmakla beraber deneyimle birlikte açığa dönme oranı, ameliyat süresi, komplikasyon oranı azalmaktadır. Sonuç olarak laparoskopik kolesistektomi taşlı kolesistitte ilk tercih edilecek metod olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kolelitiazis, laparoskopik kolesistektomi

SUMMARY

Clinical evaluation of 240 laparoscopic cholecystectomies

In this study we evaluated 240 laparoscopic cholecystectomy cases in a period of 26 months between October 1992 and December 1994. The ages of the cases were between 24-73 with a mean of 45, sex distribution was 42 males and 198 females. 34 patients had one more different previous abdominal operations. The cholecystectomy indications were distributed as 215 cholelithiasis 23 acute cholecystitis, 2 gallbladder polyp cases. The hospital stay of patients were between 1-13 days with a mean of 2.4 days. The operation durations were between 30-180 minutes (mean 65 min). We changed the operation to conventional way in 24 patients (10 %). The reasons for the change into conventional cholecystectomy were: Choledocholithiasis in 3 patients, anatomical variations in 6 patients, hemorrhage around cystic artery in 2 patients, inability to dissect cystic duct because of inflammation in 8 patients. We had 1 mortality due to bile peritonitis.

In our clinic because of the lack of patient selection passage ratio of laparoscopic to conventional cholecystectomy was higher than the other studies. We also concluded that there is a tendency to decrease in complication rates and operation durations. As a result laparoscopic cholecystectomy must be operation of choice in gallstone cholecystitis.

Key words: Cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy

GİRİŞ

İlk defa 1987 yılında Fransa'da Mauret tarafından yapılan laparoskopik kolesistektomi hızlı bir şekilde yaygın olarak kullanılmaya baş-

lanmıştır. Bu şekilde ilk defa 1882'de Langenbuch tarafından yapılan ve 100 yıldır kullanılan açık standart cerrahi yerini komplikasyonlu taşlı kolesistitlere bırakmıştır. Hastanın hastanede kalış süresinin azalması, ameliyat sonrasında daha rahat geçmesi, yara probleminin olmaması gibi avantajları ile bu metod taraftar bulmuştur. En büyük seriler 1988'de Fransa'da Dubois tarafından bildirilmiştir ⁽¹⁾.

(*) Haseki Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, Uz. Dr.
(**) Haseki Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, Prof. Dr.
(***) Haseki Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, Doç. Dr.

MATERYEL ve METOD

Haseki Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği'nde Ekim 1992-Aralık 1994 tarihleri arasında, 26 aylık dönemde 240 laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Hastaların yaş, cins, ameliyat endikasyonu, ameliyat süresi, erken ve geç dönem komplikasyonları, postoperatif dönem, hastanede kalış süresi retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalara iki yöntem de sunulmuş, hastanın tercihinine göre karar verildi. Mutlak kontrendikasyon olarak koledok taşı, koledokta tm. şüphesi, siroz, portal hipertansiyon, pankreatit bulgularının olması, hastanın hamile olması gibi kriterleri değerlendirildi.

Relatif kontrendikasyonlardan olan hidropik kese, akut kolesistik, geçirilmiş laparotomilere bağlı abdominal yapışıklıkları olan hastalarda önce kamera ile göbek çevresinden girilerek eksplorasyonla vakanın laparoskopik yapılabileceğine karar verildi. Laparoskopik kolesistektomi genel anestezi altında Amerikan tekniği ve Storz enstrümantasyonu ile gerçekleştirildi. Bütün hastalara nazogastrik sonda takıldı. Tek doz antibiyotik profilaksisi 1 gr sulbaktam/sefaperazon ile yapıldı. Hastalarda bir gün önceden göbek temizliği yapılarak göbek çevresi betadin emdirilmiş petlerle kapatıldı.

Ameliyat klasik Amerikan tekniği ile operatör hastanın solunda, 1. asistan hastanın sağında, 2. asistan operatörün solunda durması şeklinde gerçekleştirildi. Göbeğin hemen altından 1 cm'lik cilt kesisinden Verres iğnesi ile girilerek CO₂ ile batın içi basıncı 15 mmHg olarak ameliyat boyunca sabit tutuldu. Daha sonra bu kesiden 10 mm'lik teleskop sokuldu. 2. 10 mm'lik trokar ksifoid-göbek çizgisinin 3-4 cm solundan girildi. 3. ve 4. 5 mm'lik trokarlar sağ üst kaddandan safra kesesinin ve karaciğerin pozisyonuna göre değişik yerlerden girildi. Bütün vakalarda disseksiyon, dissektör ve makas yardımıyla yapılmış, Hook-kanca kullanılmamıştır. Her vakada duktus sistikusun koledok tarafı 2 klip ile kapatılmıştır. Kese retrograd olarak disseke edildikten sonra her vakada kese loju ve subdiyafragmatik bölge 1 lt serum fizyolojikle yıkandı daha sonra subhepatik böl-

geye bir adet lastik dren yerleştirildi ve dren 1. günde alındı.

BULGULAR

En genç hasta 24, en yaşlı hasta 73 yaşlarında (ortalama 45), 240 hastanın 198'i kadın, 42'si erkek idi. Olguların yaş ve cinsine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Preoperatif değerlendirilmede 39 hastada yandaş hastalıklar tespit edildi. Bunlar 13 olguda (% 5.41) koroner kalp hastalığı, 10 olguda (% 4.16) hipertansiyon, 10 olguda (% 4.16) diabetes mellitus, 4 olguda (% 1.66) astım bronşiale, 2 olguda (% 0.83) duodenal ülserdir. Hastaların 31 tanesi çeşitli abdominal girişimler geçirmişlerdi. Bunlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların yaşa ve cinsine göre dağılımı

Cins	Olgu sayısı	Ortalama yaş
Kadın	198	48
Erkek	42	54

Tablo 2. Olgularda birlikte görülen hastalıklar

Koroner kalp yetersizliği	13 (% 5.41)
Hipertansiyon	10 (% 4.16)
Diabetes mellitus	10 (% 4.16)
Astım bronşiale	4 (% 1.66)
Duodenal ülser	2 (% 0.83)
Toplam	39 (% 12) olgu

Tablo 3. Hastalarda geçirilmiş abdominal müdahaleler

Appendektomi	12 (% 5)
Histektomi	4 (% 1.66)
Mide rezeksiyonu	3 (% 1.25)
Kolon operasyonu	1 (% 0.25)
Herniorafi	8 (% 3.33)
Bridektomi	4 (% 1.66)
Toplam	32 (% 13.3) olgu

Tablo 4. Açık kolesistektomiye geçiş nedenleri

Koledok yaralanması	3
Sistik arter kanaması	2
Anatominin ortaya konamaması	6
Calot üçgeninin preparasyonunda zorluk	8
Batın içi yaygın yapışıklıklar	6
Toplam	25 (% 10.4) olgu

Tablo 5. Postoperatif komplikasyonlar

Safra drenajı	3
Umbilikal yağ nekrozu	6
Umbilikal enfeksiyonu	12
Sırtta vuran ağrı	8
Toplam	29 (% 12)

Hastaların hepsinde teknik olarak Amerikan tekniği kullanıldı. Disseksiyon makas ve disektör ile yapıldı. Hook-kanca kullanılmadı. Hastaların hepsinde anestezi indüksiyonu sırasında profilaktik antibiyotik uygulandı. Ameliyat süresi 30-180 dakika arasında değişiyordu. Ortalama süre 65 dakikadır. Deneyimle bu sürenin kısalacağı görüldü. Ameliyat sırasında konulan nazogastrik sonda ameliyat sonrası alındı.

Laparoskopik yönetime karar verilirken genel kontrendikasyon kurallarına uyuldu, relatif kontrendikasyon kabul edilen akut taşlı kolesistitlerde, göbek çevresinden girilen kamera ile eksplorasyon yapıldıktan sonra yöntem hakkında karar verildi. Ameliyat sırasında iatrojenik kese perforasyonu olan 16 olgunun 12'sinde keseyi içine alacak özel torbalarla kese çıkarıldı. Hastanede kalış süreleri 1-13 (ortalama 2.4) gün olarak saptandı. Koledok yaralanması olan 3 hastanın, 1'inde T tüp drenaj ve primer onarım, diğer 2 hastada ise bilier rekonstrüksiyon hepatikojejunostomi ile sağlandı. 2. günde safra peritoniti nedeni ile açılan bir hastada mortalite görüldü.

TARTIŞMA

1987 yılında ilk defa Fransa'da uygulanan daha sonra Dubois tarafından popularize edilen laparoskopik kolesistektomi, ülkemizde de 1991 yılından itibaren yaygın olarak yapılmaya başlanmıştır ^(1,2). Biz de bu çalışmada ilk 240 olgudaki sonuçlarımızı değerlendirdik.

Laparoskopik kolesistektominin kronik kolesistitli olgularda başarı ile uygulanmasına karşılık akut kolesistitli vakalarda açığa dönme oranının ve komplikasyon riskinin daha çok olacağı akılda tutulmalıdır. Bütün literatürde fikir birliği olan konuda, akut kolesistitlerde

komplikasyondan korunmanın en akılcı yolu eksplorasyonun iyi yapıp açığa dönme kararının erken verilmesidir. Cerrah açık kolesistektomiye dönmeyi bir komplikasyon olarak görmemeli ve bunda ısrarcı olmamalıdır ^(3,4).

Laparoskopik kolesistektomide en sık rastlanan komplikasyon ekstrahepatik safra yollarının yaralanmasıdır. Bu değişik çalışmalarda % 0.8-% 1.5 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda da bu oran % 1.2'dir. Yaralanmanın en büyük nedeni olarak da anatomik varyasyonlar gösterilmiştir ^(5,6). Majör komplikasyonların ilk 100 olguda daha sık rastlandığı, tecrübe ile komplikasyon oranının azaldığı belirtilmiştir ^(3,7,8).

Laparoskopik kolesistektomide en çok açığa geçme nedenleri arasında kanama, safra yolları ve intraperitoneal organ yaralanmaları, perikolesistik adhezyonlar, Hartman poşunun koledoka yapışık olması gösterilmiştir. Açık kolesistektomiye geçme oranları çeşitli serilerde % 1.8-10 arasında değişmektedir. Bizim serimizde bu oran % 10.4 kadardır ^(9,10). Açığa geçme oranı çok cerrahli eğitim kurumlarında ve öğrenme dönemi sayılan ilk 100 vakada fazla olmasına rağmen daha sonra deneyimle bu oran azalmaktadır. Nazogastrik sonda ile mide içeriğinin ve mide gazlarının boşaltılması, ameliyat sahasının daha iyi bir görüş sağlaması açısından tüm yazarlar tarafından benimsenmesine karşılık üriner kateterizasyon gerekliliği tartışma konusudur ⁽¹¹⁾.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası drenaj endikasyonları tartışmalı olmasına rağmen, karın boşluğuna safra sızması özellikle karaciğer yatağından safra ve kan sızması olgularında drenaj gereklidir ⁽¹²⁾. Biz olgularımızın hepsine 24 saat sonra çekilmek kaydıyla lastik dren koyduk. Biz drenajı kanamanın ve safra sızıntısının erken uyarıcı olması açısından olumlu bulmaktayız. Dren uygulamasının hastanede kalış süresini etkilemediğini gördük.

Optik sistemin sokulduğu göbek çevresindeki insizyonlarda enfeksiyon diğer trokar yerindeki insizyonlardaki enfeksiyondan daha fazla gö-

rülmektedir. Biz birgün evvelden göbek temizliği yaparak betadin emdirilmiş gazla kapatıldığında ve buradaki fasya için absorbl dikiş materyeli kullanıldığında enfeksiyonun azaldığı müşahade ettik. Laparoskopik kolesistektomi sırasında CO2 insuflasyonunun ekstremitelerde ve batin içinde venöz staza yol açarak, tromboz riskini artırdığı bildirilmiştir (13). Biz hastalarımızda bununla ilgili bir komplikasyon görmemize rağmen risk grubu hastalarda low-dose heparin ve antiemboli çorapları profilakside yardımcı olur fikrindeyiz.

Sonuç olarak laparoskopik kolesistektomi gerekli eğitimi almış cerrahlar tarafından kolay uygulanabilir, hasta açısından hastanede kalış süresini ve analjezik ihtiyacını azaltan, işe dönme süresini kısaltan, düşük morbidite ve mortalite oranları ile açık kolesistektominin yerini almış bir metoddur.

KAYNAKLAR

1. Avcı C, Avtan L. Video-laparoskopik kolesistektomi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1991; 4:231-235.
2. Duobis F, Icard P, Berthelot G. Coelioscopic cholecystectomy. Preliminary report of 36 cases. *Ann Surg* 1990; 70:1249-1262.
3. Schirmer BD, Edge SB, Dix J, Hyser MJ, Hanks JB, Jones RS. Laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for symptomatic cholelithiasis. *Ann Surg* 1991; 213:665-676.
4. Sözüer E, Yılmaz Z, Şakrak Ö, Akyürek N, Bengisu N, Yeşilkaya Y. Laparoskopik kolesistektomi. *End.-Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahi* 1994; 1:103-106.
5. Buğra D, Akyüz A, Büyükcü Y, Bulut T, Sökücü N, Yamaner S. Laparoskopik kolesistektomi 137 olguluk çalışma sonuçları. *End.-Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahi* 1994; 1:39-45.
6. Wolfe BM, Gardiner BN, Leary BF, Frey CF. An analysis of complications. *Arch Surg* 1991; 1192-1198.
7. Sayek İ, Öner Z, Özdemir A, Kaynarçioğlu V, Çakmakçı M, Özenç A, Aran Ö, Hersek E, Tırnaksız, Ağalar F, Sanaç Y. İlk 200 laparoskopik kolesistektomi olgusunun değerlendirilmesi. *Klinik ve Deneysel Cerrahi Derg* 1993; 1:209-212.
8. Litwin DEM, Girotti MJ, Poulin EC, Mamazza J, Nagy AG. Laparoscopic cholecystectomy: Trans-Canada experience with 2201 cases. *Can J Surg* 1992; 35:291-296.
9. Bora S, Saydam S, Özman İ, Füzün M, Gülay H, Soylu M. Laparoskopik kolesistektominin ilk 6 aylık sonuçları. *Klinik ve Deneysel Cerrahi Derg* 1993; 1:215-220.
10. Gürel M, Şare M, Gürer S, Orakçı V, Demirkıran A. 61 laparoskopik kolesistektomi sonuçlarımız. 1993; 1:217-219.
11. Avcı C, Avtan L. Video-laparoskopik kolesistektomi. *Ulusal Cerrahi Derg* 1992; 3:215-220.
12. Graffs R. Laparoscopic cholecystectomy. The Methodist Hospital experience. *Surg Lap Endosc* 1992; 2:69-73.
13. Barnett RB, Clement GS, Drizin GS, Josselson AS, Prince DS. Pulmonary changes after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Lap Endosc* 1997; 2:125-127.

Alındığı tarih: 15 Mart 1995

Yazışma adresi: Dr. Haldun Sunar, Yeşil ada Sok. No:8/4 Florya-İstanbul