

İstanbul Polis Hastanesi laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarının analizi: ilk 50 vaka*

Lütfi DEĞİRMENCİOĞLU (**), Ömer GÜNAL (**), Uğur ÇAŞKURLU (**)

ÖZET

Laparoskopik kolesistektomi (LK) son yıllarda hızla gelişerek açık kolesistektominin yerini alan bir ameliyat olmuştur. Bu çalışmamızda Haziran 1992-Temmuz 1995 tarihleri arasında İstanbul Polis Hastanesi'nde LK ameliyatı yapılan 50 hasta retrospektif olarak semptomatoloji, eşlik eden hastalıklar, demografik özellikleri ve ameliyat özellikleri açısından incelenmiştir. Hastalar en sık sağ üst karın ağrısı (% 46) ya da dispeptik (% 38) yakınmalar ile gelmişlerdir. En sık konulan ameliyat endikasyonu semptomatik safra kesesi taşı olmuştur (% 88). Açık kolesistektomiye geçme oranı % 8 olmuştur. % 4 oranında peroperatif major komplikasyon, % 12 postoperatif komplikasyon izlenmiştir. Ortalama ameliyat ve hastanede kalma süresi 128.55±41.29 dk ve 2.82±1.64 gün olmuştur. Sonuçlarımız literatürdeki oranlar ile uyumlu olup komplikasyon oranları öğrenme dönemindeki rakamları yansıtmaktadır. Sonuç olarak; LK hasta açısından güvenli ve yararlı bir operasyondur.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, eşlik eden hastalıklar, komplikasyonlar, açığa geçme

SUMMARY

An analysis of laparoscopic cholecystectomies performed at Istanbul Police Hospital: first 50 cases

Laparoscopic cholecystectomy (LC) has gained such a great consideration and improvement that it has almost replaced the open cholecystectomy. In this study, we evaluated the 50 patients retrospectively, which underwent LC at Istanbul Police Hospital Department of General Surgery, between June 1992-July 1995. All patients have been reviewed according to their symptoms, comorbid diseases, demographic and operational factors. Most frequently encountered symptoms were right upper quadrant pain (46 %) and dyspepsia (38 %). Main operation indication was symptomatic gallstone (88 %). Conversion rate to open cholecystectomy was 8 %. Major preoperative complications and postoperative complications were seen as 4 % and 12 %, respectively. Mean operation time was 128.55±41.29 min, and duration of hospital stay was 2.82±1.64 days. We found that, our results were in accordance with the literature. The complication rate and operation time were reflecting as these cases are in the learning period. As a result; in part of patient, LC is a secure and beneficial operation for the gallstone disease.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, comorbid diseases, complications, conversion to open cholecystectomy

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi (LK) son yıllarda giderek açık kolesistektomiye (AK) daha çok tercih edilen bir yöntem olmuştur. Hastanede kalma süresinin kısa oluşu, daha az ağrıya

neden olması, kısa sürede işe dönmeyi sağlama ve kozmetik açıdan avantaj sağlama LK'yi semptomatik safra taşlarının tedavisinde altın standart yapmıştır (1,3,17). Bu gelişmede değişik merkezlerden gelen çalışmalarda LK'nin minimal risk taşıdığı bildirilmesi önemli rol oynamıştır (2,3). Çeşitli serilerde yayınlanan endikasyonlar, komplikasyon türleri ve açığa geçme sebepleri gibi faktörler diğer merkezlerin çalışmalarına ışık tutmaktadır. Bu nedenle biz de üç yıllık LK deneyimlerimize ait bul-

(*) Bu çalışma II. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi'nde (14-16 Eylül 1995, İstanbul) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

(**) İstanbul Polis Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Uz. Dr.

gularımızı diğer merkezlere ışık tutacağını düşünerek retrospektif olarak inceledik. Sonuçlarımızı literatür bilgileri ışığında irdeledik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda Haziran 1992-Temmuz 1995 tarihleri arasında LK ameliyatı yapılan 50 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Tüm operasyonlar laparoskopik cerrahiye yeni başlayan, genel cerrahide deneyimli bir uzman hekim tarafından yapılmıştır. Hasta kayıtları başlıca ameliyat endikasyonları, laparoskopik muayenede safra kesesinin görünümü, ultrasonografi bulguları, daha önce geçirilmiş operasyonlar gözönüne alınarak değerlendirilmiştir. Per ve postoperatif komplikasyonlar, açık kolesistektomiye geçiş sebepleri, ortalama ameliyat ve hastanede kalma süreleri literatür ile karşılaştırılmıştır.

Ameliyat tekniği: Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı Olsen (16)'in tanımladığı gibi gerçekleştirildi. Bütün hastalar genel anestezi altında, sırtüstü yatarak 15° trendelenburg ve 15° sol lateral dekübit pozisyonda ameliyat edildiler. Hastalar operasyon sırasında nazogastrik tüp ile dekomprese edildiler. Ksifoid ve göbekaltına iki adet 10 mm'lik; midklaviküler subkostal ve göbek hizası ön aksiller çizgiye iki adet 5 mm'lik trokarlar ile karına girildi. Safra kesesi göbek trokarından dışarı alındı. Ameliyat sırasında 1000 cc serum fizyolojik içine 5000 İÜ heparin katılarak hızırlanmış mayı yıkama suyu olarak kullanıldı. Hastalara üçüncü kuşak sefalosporinler ile preoperatif profilaksi uygulandı. Ameliyat sonrası hastaların insizyonlarına citanest injeksiyonu yapılarak operasyona son verildi.

SONUÇLAR

LK ameliyatı yapılan hastaların sekizi erkek (% 16) 42'si (% 84) kadın olup hastaların yaş ortalaması 47.06±13.45 (15-75) idi. Hastalarda en sık izlenen yakınmalar % 46 (23) sağ üst kadranda ağrısı ve dispeptik şikayetler % 38 idi (19) (Tablo 1). En sık görülen yandaş hastalık hipertansiyon olmuştur (19) (Tablo 2). Hastaların %

Tablo 1. Hastalara ait klinik yakınmalar

Klinik yakınmalar	n (%)
Sağ üst kadranda ağrı	23 (46)
Dispepsi	19 (38)
Karında şişlik	12 (24)
Bulantı	9 (18)
Sırtta yayılan ağrı	5 (10)
Kabızlık	5 (10)

Tablo 2. Esas hastalığa eşlik eden hastalıklar

Eşlik eden hastalıklar	n
Hipertansiyon	11
Ürolithiazis	4
Diabetes mellitus	4
Goitre	3
Anemi	3
Koroner arter hastalığı	2
Kalp yetersizliği	1
Geçirilmiş MI	1
Peptik ülser	1
Behçet hastalığı	1
Romatooid artrit	1
Göbek fıtığı	1
Bronşektazi	1
Nörolojik hastalık	1
Morbid obesite	1

96'sına ultrasonografi yapılırken % 4'üne preoperatif ERCP (endoskopik retrograd kolanjyopankreatografi) ve % 2'sine oral kolesistografi yapıldı. ERCP, preoperatif olarak karaciğer enzimleri yüksekliği sebebi ile yapıldı. 22 hastada kesede (5-50 mm) tek taş tesbit edilirken 26 hastada çok sayıda taş tesbit edildi. Peroperatif veya postoperatif komplikasyon izlenen hastaların hepsinin safra keselerinde çok sayıda taş bulunmakta idi. Bütün hastalara preoperatif rutin kan tetkikleri yapıldı. İzlenen anormal laboratuvar bulgularının hastalara dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Laparoskopik kolesistektomi endikasyonları arasında ilk sırayı % 88 (44) semptomatik safra taşları almıştır (Tablo 4). Laparoskopik muayenede en sık izlenen anormal görünüm "safra kesesine yapışık omentum" olmuştur (Tablo 5). Sadece dört vakada (% 8) açık kolesistektomiye (AK) geçilmiştir (Tablo 6). İki hastada (% 4) preoperatif major komplikasyon izlenmiştir (Tablo 7). Safra kesesi perforasyonu ise en çok oluşan minör komplikasyon olmuştur. Postopera-

Tablo 3. Laboratuvar bulguları

Laboratuvar bulguları	n
Sedimentasyon yüksekliği	4
Hb<10 g/dl	2
Lökosit >10000	6
Alkalem fosfataz yüksekliği	4
SGOT yüksekliği	3
SGPT yüksekliği	4
LDH yüksekliği	2
Amilaz yüksekliği	1
Akciğer fonksiyon bozukluğu	1

Tablo 4. Laparoskopik kolesistektomi endikasyonları

LK endikasyonları	n (%)
Semptomatik safra kesesi taşı	44 (88)
Akut kolesistit	4 (8)
Safra kesesi polibi	1 (2)
Kolesistolitiazis+polibi	1 (2)

Tablo 5. Laparoskopik muayenede safra kesesinin görünümü

Safra kesesinin görünümü	n (%)
Yapışıklık görülmeyen safra kesesi	22 (44)
Safra kesesine yapışık omentum	14 (28)
Kalın duvarlı kese	11 (22)
Hidrops kese	9 (18)
Ödemli kese&Hartmann'da yapışıklık	3 (6)
Sklerotrofik kese	2 (4)
Safra kesesi duodenuma yapışık	1 (2)
Safra kesesi transvers kolona yapışık	1 (2)
Hartmann poşuna oturmuş taş	1 (2)

Tablo 6. Açık kolesistektomiye geçme nedenleri

Olgu	Yaş	Cins	Açık kolesistektomiye geçiş nedeni
1	43	E	Yaygın ciltaltı amfizemi
9	55	E	Perop. Mİ, kardiyak arrest
37	62	E	Karmaşık anatomi
43	47	K	Kontrol edilemeyen kanama

tif komplikasyonlar (% 12) arasında en sık; göbük insizyonunda yara enfeksiyonu izlenmiştir (Tablo 8). Hiçbir hasta kaybedilmemiştir. İntraoperatif olarak konulan en sık patolojik anatomik tanı kronik taşlı kolesistit (% 62) iken bunu hidropik kese (% 18) izlemiştir (Tablo 9). Yalnızca üç vakada dren kullanılmıştır. 15 hasta, daha önce karın duvarına ait cerrahi girişim geçirmişlerdir (Tablo 9). Ortalama ameliyat süresi 128.55±41.29 dk (30-205 dk), or-

Tablo 7. Peroperatif olarak izlenen majör ve minör komplikasyonlar

Peroperatif komplikasyonlar	n
MİNÖR (% 36)	18
Safra kesesinde perforasyon	11*
Karın içerisine taş düşmesi	6*
Trokar yerinde kanama	3*
Karın duvarına gaz insuflasyonu	3
Kese yatağından safra sızıntısı	2*
MAJÖR (% 4)	2
Sistik arterden kanama	1
Sistik kanal diseksiyonu sırasında yırtılma	1

* Rakamlar 18 hastada izlenen farklı komplikasyon sayılarını göstermektedir.

Tablo 8. Postoperatif görülen komplikasyonlar

Postoperatif komplikasyonlar (% 12)	n
Umbilikal insizyonda enfeksiyon	3
Karın duvarında yaygın ekimoz	1
Şiddetli omuz ağrısı	1
Haifi pankreatit	1
MORTALİTE	0

Tablo 9. Safra kesesi patolojisine bağlı intraoperatif bulgular

Safra kesesi patolojileri	n
Kronik taşlı kolesistit	31
Hidropik kese	9
Akut taşlı kolesistit	4
Ampiyem	2
Periveziküler abse	1
Gangren	1
Akalkülöz kolesistit	1
Safra kesesi polibi	1

Tablo 10. Karın ön duvarına ait geçirilmiş ameliyatlar

Geçirilmiş cerrahi girişimler	n
Apendektomi	5
Histerektomi	4
Göbük fıtığı	2
Inguinal herni onarımı	2
Sezaryen ile doğum	2

talama hastanede kalma süresi 2.82±1.64 gün olmuştur. Hastalar 7±2 gün içerisinde günlük işlerine dönmüşlerdir.

TARTIŞMA

LK ameliyatı birçok merkez tarafından emniyetli ve güvenilir bir yöntem olarak bil-

dirilmektedir (4,5,6). Ress ve ark. (7) safra yolu yaralanmalarının cerrahın tecrübesizliği, aletlerin yetersizliği ve anormal safra yolları anatomisi gibi sebeplerden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Bizim serimizde görülen bir sistik kanal yaralanması, cerrahi aletlerin yetersizliği nedeni ile olmuş olup öğrenme periyodu içerisinde meydana gelmiştir. Herne kadar literatürde ilk 50 vaka öğrenme dönemi olarak kabul ediliyor (8) ise de biz bu dönemi ilk 10 vaka için geçen süre olarak değerlendirdik. Hastalarımızın kadın/erkek oranı ve yaş ortalaması Türk literatürü ile uyumludur (9-12). Batum (12)'un serisinde en sık izlenen yandaş hastalık diabetes mellitus (DM) iken bizim serimizde hipertansiyon olmuştur. Literatürde en sık kullanılan tanı yöntemi (3,10,12,16) USG, bizim serimizde % 96 sıklıkla kullanılmıştır.

Hastaların % 4'üne preoperatif ERCP yapılmıştır. Bu oran literatürde preoperatif ERCP kullanım oranları ile (% 3.1-10.6) benzerlik göstermektedir (13). Literatürde bildirilen en büyük taş 30 mm (12) olup bizim serimizde en büyük taş boyutu 50 mm ölçülmüştür. Postoperatif komplikasyon izlenen hastaların hepsinin safra keselerinde boyutları 1-5 mm arasında değişen çok sayıda taş tesbit edilmiştir. Preoperatif olarak hastaların tamamına rutin kan tetkikleri yapılmış ve en sık rastlanan anormal bulgu (6 hastada) lökosit yüksekliği (lökosit >10000/mm) olmuştur. Hiçbir hastada bilirubin yüksekliği izlenmez iken dört (% 8) hastada alkalen fosfataz yüksekliği saptanmıştır.

Peters (18) ise serisinde % 13 hastada alkalen fosfataz yüksekliği bildirirken % 4 hastasında bilirubin yüksekliği rapor etmiştir. Bu hastalardan hiçbirisinde postoperatif dönemde koledokta kalmış safra taşına rastlanmamıştır. İki hasta sağ üst kadranda ağrısı ile geri gelmelerine rağmen yapılan ERCP'lerinde taş görülmemiştir. İki hasta sağ üst kadranda ağrısı ile geri gelmelerine rağmen yapılan ERCP'lerinde taş görülmemiştir. Bizim serimizde ise bu gruptaki hastalarda postoperatif dönemde herhangi bir sorun tesbit edilmemiştir. Cuschieri'nin (3) serisinde oral kolesistografi % 20 kullanım oranı bulunurken biz hastalarımızın % 2'sinde bu yön-

temi kullandık. Bailey (4) sepsis, peritonit ve ciddi kanama bozukluklarını kesin kontrendikasyonlar olarak ileri sürmektedir. Daha önce geçirilmiş üst karın cerrahisi, akut kolesistit/kolanjit, koledokolitiazis, akut safra taşı pankreatiti, siroz, karsinom, divertikül, inflamatuvar barsak hastalığı, genel anesteziyi tolere edememe, hamilelik, safra kesesi duvar kalınlaşması (>4 mm), ampiyem ve morbid obezite gibi faktörleri ise rölatif endikasyonlar olarak kabul etmektedir (3,4).

Günümüzde ise genel anestezi alamayacak kadar genel durumu bozuk olan hastalar dışında semptomatik safra kesesi taşı olan bütün hastalara laparoskopik kolesistektomi yapılabileceği bildirilmektedir (14). Biz genel anestezi riski dışında bir kontrendikasyon gözetmeden bütün kolesistolithiazisli hastalara LK girişimi uyguladık. Literatürde en sık bildirilen endikasyon olan semptomatik safra kesesi taşı bizim serimizin de önde gelen endikasyonu olmuştur (10-16). LK ameliyatında en sık karşılaşılan zor durum omentumun safra kesesi üzerine yapışarak bir gato yapması hali olmuştur.

Literatürde bildirilen açığa geçme oranları % 1.5-14 arasında değişmektedir (13-15). Bizim serimizde ise % 8 oranında açık kolesistektomiye geçilmiştir. Literatürde en sık açığa geçme sebepleri yapışıklıklar veya kronik inflamasyon olarak bildirilirken bizim serimizde daha farklı sebeplere bağlı olarak açığa geçilmiştir (3,4,14,15) (Tablo 6). Bailey (4) majör ve minör intraoperatif komplikasyon oranını sırasıyla % 0.6 ve % 2.9 olarak bildirmektedir. Bizim ise bu oranlarımız % 4 ve % 36 olmuştur (Tablo 7). Majör komplikasyon olarak bir hastada sistik kanalda longitudinal yırtılma meydana gelirken diğer hastada sistik arter kanaması olmuştur. Her iki yaralanma da arter ve sistik kanal dallanma yerlerine yakın kliplenerek onarılmışlardır.

Literatürde % 4.3-1.6 arasında postoperatif komplikasyon bildirilmektedir (4,15). Serimizde postoperatif komplikasyon % 12 oranında izlenirken; en sık izlenen komplikasyon yine literatürle uyumlu olarak (15) yara enfeksiyonu

olmuştur (Tablo 8). Umbilikal delik yerinde cildde gelişen bu enfeksiyonlar lokal pansuman ile tedavi edilmişlerdir. Peters⁽¹⁸⁾ en sık postop. komplikasyon olarak sağ omuz (14/100) ağrısını bildirmiştir. Bizim serimizde ise sadece bir vakada bu komplikasyon izlenmiştir. Yapılan incelemelerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmayan bu hasta 10. günde kendiliğinden iyileşerek taburcu edilmiştir.

Serimizde intraoperatif olarak en sık konulan tanı kronik taşlı kolesistit ve hidropik kese olmuştur (Tablo 9). Önceleri kontrendikasyon olarak görülen geçirilmiş karın cerrahisi serimizde 15 (% 30) hastada varken; bir kontrendikasyon olarak görülmemiştir. Çeşitli serilerde bu oran % 20-43 arasında bildirilmektedir (4,15). Hiçbir hastada perioperatif mortalite izlenmemiştir. Literatürde de % 0-0.8 arasında mortalite rakamları bildirilmektedir (14). Bunların çoğu ise ameliyat veya esas patoloji dışındaki yandaş hastalıklar sebebi ile oluşmuş ölümlerdir. Açık kolesistektomide ise bu oran % 1.6'lara kadar çıkmaktadır (19). ABD'de güney cerrahları kulübü ortalama ameliyat süresini 90 (19-345) dk olarak bildirmektedirler. Bu rakam akademik cerrahi gruplarda 107 (25-345) dk'ya çıkmaktadır. Peters⁽¹⁸⁾ ilk 10 vakasında 122 dk olan ameliyat süresini son vakalarında 78.5 dk'ya indirmiştir.

Süremizin uzun olması henüz öğrenme dönemi içerisinde olmamızdan ileri gelmektedir. Hastanede kalma süresi (2.82 gün) yine literatürde bildirilenin üst sınırına yakın (0.98-3 gün) olmakla birlikte hasta sayımızın artması ile bu sürenin azalacağını düşünmekteyiz. Ortalama işe dönme süresi 5.2-12.8 gün arasında bildirilmekte; bu sayı, grubumuzda 7 gün olmaktadır. Bu sayılar LK'li hastaların hastaneden geç çıkışları dahi, aslında işlerine daha erken döndüklerini ortaya koymaktadır. Bu süre AK için ise 6-8 hafta olmaktadır (13). Görüldüğü gibi İstanbul Polis Hastanesi'nde yapılan ilk 50 laparoskopik kolesistektomi vakasının analizi literatür bilgileri ile uyum içerisindedir.

Intraoperatif minör komplikasyon oranındaki yükseklik ise diğer serilerdekenden daha fazla parametrenin değerlendirmeye alınmasından ileri gelmektedir. İlk 50 vaka olmasına rağmen elde ettiğimiz bu rakamlar cesaret vericidir. Bu nedenle laparoskopik kolesistektominin güvenilir bir yöntem olduğu ve giderek artan sıklıkta kullanılacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Soper NJ, Barteau JA, Clayman RV, Ashley SW, Dunnegan DL. Comparison of early postoperative results for laparoscopic vs. standart open cholecystectomy. Surg Gynecol Obstet 1992; 174:114-118.
2. Cushieri A, Dubois F, Mouiel J. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:385-387.
3. Olsen OD. Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:339-344.
4. Donohue JH, Farnel MB, Grant CS, et al. Laparoscopic cholecystectomy: the early Mayo clinic experience. Mayo Clin Proc 1992; 67:449-455.
5. Southern Surgeon Group. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. N Engl J Med 1991; 324:1073-1078.
6. Bailey RV, Zucker KA, Flower JL, Scovill WA, Graham SM, Imbembo AL. Laparoscopic cholecystectomy; experience with 375 consecutive patients. Ann Surg 1991; 214:531-541.
7. Peters JH, Gibbons GD, Innes JT, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Surgery 1991; 110:769-778.
8. Larson GM, Vitale GC, Casey J, et al. Multipractice analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1983 patients. Am J Surg 1992; 163:221-226.
9. Ress AM, Sarr MG, Nagorney DM, Farnell MB, et al. Spectrum and management of major complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:655-662.
10. Soper NJ, Flye MW, Brunt M, et al. Diagnosis and management of biliary complications. Am J Surg 1993; 165:663-669.
11. Özman I, Füzün M, Bora S, Saydam S. Laparoskopik kolesistektomide bir yıllık deneyimlerimiz. End Lap ve Min Inv Cer 1994; 1:192-195.
12. Buğra D, Akyüz A, Büyükcüncü Y, et al. Laparoskopik kolesistektomi 137 olguluk çalışma sonuçları. End Lap ve Min Inv Cer 1994; 1:39-45.
13. Us A, Uybaydın OH, Ulusoy AY, Karamanoğlu C, Solak HF. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 46 olgudaki deneyimimiz. End Lap ve Min Inv Cer 1994; 1:46-48.
14. Batum S. Kütahya Devlet Hastanesinden ilk sonuçlar. End Lap ve Min Inv Cer 1994; 1:111-114.
15. Macintyre IMC, Wilson RG. Laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1993; 80:552-559.
16. Peters JH, Ellison EC, Innes JT, et al. Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy: A prospective analysis of 100 initial patients. Ann Surg 1991; 213:3-12.
17. Martin JG, Holdsworth PJ, Asker J, et al. Laparoscopic cholecystectomy as a routine procedure for gallstones: results of an "all-comers" policy. Br J Surg 1992; 79:802-810.
18. Laparoscopic cholecystectomy in the Netherlands. Br J Surg 1993; 80:1180-1183.
19. Morgenstern L, Wong L, Berci G. Twelve hundred open cholecystectomies in the pre-laparoscopic era: a standart for comparison. Arch Surg 1992; 127:400-403.

Alındığı tarih: 15 Aralık 1995

Yazışma adresi: Dr. Ömer Günel, Barbaros Bulvarı No:71/3
80690 Beşiktaş-İstanbul