

Ölümle Sonuçlanan 5 Laparoskopik Kolesistektomi Olgusu

Abdi ÖZASLAN(*,**), İnci ÖZASLAN(**), Nesime YAYCI(***), Hüseyin KALYONCU(**)

ÖZET

Amaç: Ölümle sonuçlanmış ve dava konusu olmuş laparoskopik kolesistektomi olgularında ölüm nedenini ve hekim hatalarını tartışmak amaçlanmıştır.

Olguların Sunumu: Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'na 1997-2001 yılları içerisinde bu nedenle gelen 5 olgu, klinik öyküleri ve otopsi bulguları ile verilmiştir.

Bulgular: Beş olgudan ikisinde klips yetersizliğine bağlı safra sızması, birinde abdominal aort yaralanması, birinde a. hepatica propria yaralanması, birinde ise arter sütür yetersizliği ile birlikte duodenum yaralanması komplikasyonları meydana gelmiştir. İki olguda ölüm nedeni peritonit, iki olguda kanama ve bir olguda ise kanama ve peritonitin ortak etkisiyle olmuştur.

Sonuç: Bu olgularda cerrahi girişim sonrası seyir ve ölüm nedenleri dikkate alındığında, tanı ve tedavi sırasında yapılan genel hatalara, komplikasyonların tanısında ve revizyonda gecikmemeye daha fazla dikkat göstererek, hemen tüm olgularda ölümün önlenileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, Ölüm, Komplikasyon, Adli tıp

SUMMARY

The purpose of the study is to analysis autopsy findings of laparoscopic cholecystectomy and questions concerning forensic aspect of surgical procedure.

Objective: Objective: To evaluate the laparoscopic cholecystectomy cases resulting in death and leading to litigation with respect to the death causes and malpractice.

Cases: Five cases that came to Ministry of Justice, Council of Forensic Medicine for this reason between 1997-2001, were given with the medical records and the autopsy reports.

Results: There were two bile leaks from clip impingements, two major vascular injury and one both arterial bleeding and duodenal injury as complications. The causes of deaths were septic peritonitis (two cases), bleeding (two cases) and both bleeding and peritonitis (one case).

Conclusion: According to the causes of deaths, it's clearly seen that the death prevention can be improved by increased awareness of common mistakes like diagnosis and treatment failures, delay to recognise complications and to revision, for almost all cases.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, death, complication, forensic medicine

GİRİŞ

18. yüzyılın son çeyreğinden itibaren taşlı kolesistit olgularında Langenbuch tarafından başlatılan açık kolesistektomi tedavisinin, bir asırdır uygulandığı bilinmektedir. Açık kolesistektomi sırasında cilt, cilt altı, fasya ve adale dokusu 10-15 cm'den daha fazla açılmakta, dolayısıyla iyileşme süresi uzamakta ve ameliyat sonrası özellikle karın içi yapışıklıklar gibi komplikasyonların olasılığı artmaktadır (1).

Tıbbi teknolojik gelişim hastalıkların tanı ve tedavisinde daha kısa sürede olumlu sonuçlar alınmasında etkili olmuştur. Bu anlamdaki önemli gelişmelerden biri de konvansiyonel açık kolesistektomiye alternatif olarak geliştirilen laparoskopik kolesistektomidir. Laparoskopik ko-

lesistektomi 1987 yılında ilk kez Fransız cerrah Phippe Mauret tarafından uygulanmış ve yöntem hızla tüm dünyada yaygınlaşmıştır (2-4). 1991 yılından itibaren ise Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır (5,6).

Birçok cerrahi girişimde olduğu gibi laparoskopik kolesistektomi uygulamasının da diğer tedavi yöntemlerine göre hastaya sağlayacağı üstünlükler yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Hastalarda ağrı duyusunun az olması, hastanede kalış ve ameliyat öncesi eski aktiviteye dönüş süresinin kısalığı, kozmetik sonuçlarının daha iyi olması (4,7,8), immün fonksiyonlarda bozulmalara neden olmaması gibi faktörler, laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye üstünlüğü olarak gösterilmektedir (9).

Ancak her cerrahi tedavide olduğu gibi laparoskopik kolesistektomi tedavisinin de komplikasyonları vardır ve oranı değişik kaynaklarda % 0,8 - 11,5 olarak bildirilmektedir (8,10). Bunlardan damar yaralanmaları, iç organ yaralanmaları ve koledok yaralanmaları majör komplikasyonları (5,11-14) oluştururken; safra kesesi de-

(*) Uz. Dr. İ Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

(**) Uz. Dr. Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, İstanbul

(***) Uz. Dr. M Ü. Marmara Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

linmesi, enfeksiyon, kanama ve klemp yetersizliği ise minör komplikasyonları oluşturmaktadır (8,12,14).

Laparoskopik kolesistektomi girişimlerinin % 0 - 0,4 arasında mortalite taşıdıkları belirtilmiştir (12,14-17). Majör damar yaralanmasına bağlı mortalitenin % 0 - 4,3 arasında olduğu ileri sürülmüştür (12). İatrojenik safra yolları yaralanmalarının ise açık kolesistektominin 2-4 katı fazla olduğu ortaya konmuştur (9,18). 1994 yılında yapılan bir çalışmada ise açık kolesistektomide ölümle; rin çoğu kardiyovasküler nedenlerden meydana gelirken, laparoskopik kolesistektomide teknik yöntemler ve ekstrahepatik safra yolları yaralanması nedeni ile ölüm meydana geldiği ortaya konmuştur. Her iki yöntemde de yaşla birlikte ölüm oranlarının ve hastanede kalış süreleri değişiklik göstermektedir. 60 yaş altındaki olgular da %0,15 oranında ölüm meydana gelirken 60 yaş üzerinde % 1,3 oranında ölüm meydana geldiği tespit edilmiştir (12).

Adli tıp uygulamalarında son birkaç yıldır laparoskopik kolesistektomi ile tedavi sonrası gelişen komplikasyonlara bağlı ölüm olguları dikkat çekici olmuştur. Bu çalışma, olguların otopsi bulguları ve cerrahi yöntemle ilgili sorunlarını adli tıp yönünden değerlendirerek, bu yöntemi uygulayan uzmanları bilgilendirme ve uyarmayı amaçlamaktadır.

OLGULARIN SUNUMU

Çalışmamızda, TC. Adalet Bakanlığına resmi bilirkişilik görevi yapan Adli Tıp Kurumunun ölümle sonuçlanan olgularla ilgili 1. ihtisas kuruluna mahkeme ve savcılardan gönderilen olgular değerlendirilmiştir. Bunlar arasından 1997-2001 yıllarında, laparoskopik kolesistektomi uygulanmış, ölümle sonuçlanmış ve hekim hatası sorgulanan 5 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

Olgu 1- 1957 Doğumlu Kadın Hasta:

22.1.1997 tarihinde taşlı kolesistit tanısı ile yatırıldığı hastanede, önceden yapılan rutin tetkiklerde laboratuvar bulguları normal değerlerde olduğu, aynı gün ameliyatta alındığı, laparoskopik kolesistektomi için batına trokarla girildiği sırada ani tansiyon düştüğü için laparotomi yapıldığında, abdominal aortun ön yüzünde 1 cm'lik delik tespit edilerek hemostaza çalışıldığı, kalp-damar cerrahi uzmanının yardımı ile kanamanın durdurulduğu, dren konup karın kapatıldığı, ancak aynı gün saat 23.00 de hastanın öldüğü,

Otopsi yapılmadığı,

Yüksek Sağlık Şurası'nın Mayıs 1998 tarihli kararında: Trokar ile aort yırtılmasının çok zor olduğu, buna bağlı ölümün doğrudan hekim uygulamasından ileri geldiği için hekimin 6/8 oranında kusurlu olduğu,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 28.1.2000 tarihli kararında;

1-Laparoskopik kolesistektomi girişimi sırasında trokarla abdominal aort yaralanmasına bağlı fazla kan kaybı sonucu kısa sürede beyin fonksiyonlarının bozulmasından ölüm meydana geldiğine göre; ölümün iatrojenik (hekim hatasına bağlı) aort yaralanmasından gelişen kanamadan ileri geldiği,

2- Laparoskopik kolesistektomi tatbikinde trokar ile abdominal aortun yaralanmasının beklenir akıbet olmadığı için gerekli özen ve dikkat gösterilmediğinden heki-

min 6/8 oranında kusurlu olduğu mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 2- 1938 Doğumlu Kadın Hasta:

14.5.1998 de USG tetkikinde kronik taşlı kolesistit, safra yollarında belirginleşme tanısı konup 10.6.1998 de endoskopik sfinkterektomi uygulandığı, kronik taşlı kolesistit hastalığı nedeniyle 11.9.1998 de yatırıldığı hastanede rutin tetkiklerinin yapıldığı, idrarda (++) bilirubin bulunduğu 14.9.1998 de endoskopik metotla kolesistektomi uygulanıp porselen kese halini almış safra kesesi çıkarıldığına kese içinde multipl taş bulunduğu,

15.9.1998 de nöbetçi hekim kontrolünde akut batın teşhisi konularak 16.9.1998 de yapılan ameliyatında batında 1 lt safralı mayi ve koledoka konan klipsin yetersizliği tespit edilip gerekli onarıma rağmen, solunum yetmezliği geliştiği için yoğun bakıma alındığı ve 21.9.1998 tarihinde öldüğü,

Adli Tıp Kurumu'nda yapılan otopsisinde akciğerlerde pnömoni, kalpte lokal fibrin alanları, karaciğerde fibrinli irinli iltihap, barsakta akut peritonit, sistik arterde klemp, sistik kanalın ipek iplikle bağlanmış olduğu ve sorulan hususlar hakkında Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'ndan görüş alınmasının uygun olduğu,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 22.11.2000 tarihli kararında;

1- Ölümün ameliyat esnasında konan klips yetersizliğine bağlı karın boşluğuna akan safranın neden olduğu peritonitten ileri geldiği,

2- Ameliyatta çıkarılan safra kesesi porselen manzarasında görüldüğüne göre safra yollarında da benzer değişimler beklenip klipsin takviye edilmesi veya daha dikkatli takip ile klips yetersizliği erken teşhis edilip onarılması halinde yaşaması ihtimali bulunduğundan uygulama ve tedavinin yetersiz olduğu mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 3- 1943 Doğumlu Erkek Hasta:

Hastane müşahade evrakları bulunmayan ancak hekimlerin yazıları ve ifadelerinden daha önceden ürolojik şikayetleri ve geçirilmiş fıtık ameliyatı olduğu, bir yıldır karın ağrısı nedeniyle hastaneye başvurduğu 25.10.2000'de yapılan tetkiklerde kan şekeri 226 mg/dl, idrarda ++ şeker saptandığı, USG incelemesinde safra kesesi boynunda 10 mm'lik, sistik kanalda 4 ve 8 mm'lik kalküller teşhis edildiğinden 26.10.2000 günü laparoskopik kolesistektomi uygulandığı, dren konup kapatıldığı, postoperatif ikinci gün oral beslenmeye geçildiği, dren 1500 cc mayi gelmesi üzerine oral beslenmenin kesildiği, 29.10.2000 günü dren 200-300 cc kan geldiği için laparotomi uygulandığı, duodenum 1. kıta ön yüzünde 2-2,5 cm'lik perforasyon ve bu bölgede 100 cc safralı hemorajik mayi görüldüğü, sistik arterde kanama olup olmadığının kontrolü sırasında sağ hepatic arterden abondan kanama olduğu, suture edilerek, tüp duodenostomi uygulandığı 6.11.2000 de safra drenajı arttığından, acil ameliyata alındığı sağ hepatic arterdeki lezyonun suture edildiği, ARDS geliştiği, 9.11.2000 de insizyon yerinden barsak içeriği geldiğinden yeniden ameliyata alındığı, 15.11.2000 de öldüğü belirlenmiştir.

Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan otopsisinde göğüs boşluğunda mayi, sağ akciğer kollabe,

apekte iğne izine ait ekimoz ve plevrada perforasyon, karında tüm organ yüzeyleri iktirik, birbirine yapışık, yer yer nekrotik alanlar bulunduğu, Treitz ligamentinin 35 cm aşağısından gastrotomi, duodenum 2. kıtada suture enfeksiyöz doku yer yer suture açık alanlar olup duodenum mukozasında ve midede infiltrasyon dışında özellik görülmediği, Karaciğerde hemorajik nekroz, pankim hasarı, barsakta peritonit, omentumda akut iltihap saptanmıştır.

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 4.4.2001 tarihli kararında;

Ölümün safra kesesi ameliyatı sonucu gelişen arter suture yetersizliği ile duodenum perforasyonuna bağlı kanama ve peritonitten ileri geldiği, duodenum perforasyonunu gerektirir kendinde mevcut bir hastalık bulunmadığı mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 4- 1972 Doğumlu Kadın Hasta:

Karın ağrısı şikayeti ile müracaat eden hastaya, 15.1.2001 tarihinde yatırıldığı hastanede, taşlı kolesistit teşhisi ile 17.1.2001 tarihinde laparoskopik kolesistektomi uygulanarak 18.1.2001 de taburcu edildiği, ancak ağrıları devam ettiğinden tekrar hastaneye yatırıldığı, yapılan tetkiklerde sistik güdük yerinde kaçak tespit edildiğinden 25.1.2001 tarihinde tekrar ameliyata alınarak laparotomi yapıldığı, safra mayı ile dolu batının temizlendiği, ameliyat sonrası yoğun bakıma alındığı, ancak gelişen ARDS sonucu 8.2.2001 tarihinde öldüğü belirlenmiştir.

Adli Tıp Kurumu'nda yapılan otopsisinde batından 700 cc yeşil kahverengi sıvı boşaltıldı, diafraqma altında, mide ve karaciğer üzerinde fibrinli iltihabi eksuda olduğu, yapışıklıklar nedeniyle koledok ve duodenumun tam incelenemediği, histopatolojik tetkikte akciğerde ek-südatif tarzda iltihap, peritonit izlendiği, sorulan hususlarda 1. İhtisas Kurulu'ndan görüş alınması gerektiği ifade edilmiştir.

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 29.8.2001 tarihli kararında;

1- Ölümün laparoskopik kolesistektomideki suture yetersizliğine bağlı batın boşluğuna safra sızması ve gelişen komplikasyonlardan ileri geldiği, arızanın kısa sürede teşhis edilmesi ve onarılması halinde kurtarılması ihtimali bulunduğu,

2- Ölümde ilk ameliyattaki yetersizliğin teşhisi ve ikinci ameliyatın gecikerek uygulanmasının müstakil ve müşterek etkisi bulunduğu mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 5- 1942 Doğumlu Erkek Hasta:

1961 yılında Banti sendromu teşhisi ile splenektomi uygulandığı karın şişliği, sırta vuran ağrı şikayetleri olduğu, yapılan tetkikte kontrakte çamurla dolu safra kesesi teşhisi ile 23.5.2001 tarihinde yatırıldığı, 25.5.2001 de laparoskopik kolesistektomi uygulandığı, göbek çevresi ve safra kesesinde omentum yapışıklıkları olduğu, yapışıklıkların ayrıldığı sırada abondan kanama meydana geldiği için açık ameliyata geçildiği, kanamanın durdurulduğu ancak pankreas ve karaciğer çevresinde başlayan yoğun kanamanın yol açtığı hipovolemiye bağlı kardiyak arrest sonucu öldüğü,

Adli Tıp Kurumu'nda yapılan otopsisinde, batından 500 cc kan boşaltıldığı omentumun 2 yerinde laserasyon ve a. hepatica propria 0,5 cm'lik üzeri sutureli laserasyon ve safra kesesinin yarısının alınmış olduğu tespit edildiği,

Akciğerde fokal ödem, safra kesesi lojunda kanama, arter duvarında kalsifikasyon gözlemlendiği,

Sorulan hususlarda Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'ndan görüş alınmasının uygun olduğu,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 8.8.2001 tarihli kararında;

Ölümün laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sırasında oluşan arter yaralanmasına bağlı kanamadan ileri geldiği,

Ameliyat sırasında a. hepatica proprianın yaralanmasının her zaman beklenir komplikasyonlardan olmadığı, bu yaralanmanın dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu meydana geldiği mütalaasına varıldığı bildirilmektedir.

BULGULAR

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'na mahkemeler ve savcılıklar tarafından gönderilen laparoskopik kolesistektomiye bağlı 5 ölüm olgusundan, 2 tanesi erkek, 3 tanesi kadındır. Laparoskopik kolesistektomi girişimi esnasında olguların yaşı 29 ile 60 arasında olup ortalama 49 yaşındadırlar. (Tablo 1)

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan olguların özgeçmişlerinde; 3 nolu olguda ürolojik şikayetler ve daha önceden geçirilmiş fıtık ameliyatı olduğu yapılan tetkiklerden kan şekerinin 226 mg/dl, idrarda ise (++) şeker bulunduğu 5 nolu olguda ise Banti sendromu nedeniyle splenektomi ameliyatı geçirdiği ayrıca kalça protez ameliyatı olduğu kayıtlıdır. Diğer olguların özgeçmişlerinde herhangi bir özellik tanımlanmamaktadır.

Tablo 1: Karın ameliyatı öyküsü olan hastalarda insizyon yerleri ve dağılımı

	Cins	Yaş	Özgeçmiş	2. Ameliyat	Komplikasyon	Ölüm Nedeni
Olgu 1	K	40	-	+	Abdominal Aort Yaralan.	Kanama
Olgu 2	K	60	-	-	Safra Kaçağı	Peritonit
Olgu 3	E	57	Ürolojik Şikayetler, Fıtık Ameliyatı, DM	+	Arter Suture Yetersiz. Duodenom Perforasyonu	Kanama ve Peritonit
Olgu 4	K	29	-	+	Safra Kaçağı	Peritonit
Olgu 5	E	59	Banti send. Kalça Protezi	-	A. Hep. Propria Yaralan.	Kanama

4 nolu olgu laparoskopik kolesistektomi ameliyatından sonra şikayetleri olduğu için birinci ameliyat sonrası 8. günde tekrar ameliyata alınmıştır. 2 nolu olgu da aynı şekilde safra kaçağı tespit edilerek birinci ameliyattan 2 gün sonra tekrar ameliyata alınmıştır. 3 nolu olgu ise arter sütür yetersizliği ve duodenum perforasyonu nedeni ile birinci ameliyattan 3 gün sonra tekrar ameliyata alınmıştır.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan olguların 2'sinde klips yetersizliğine bağlı safra kaçağı, 1'inde torakal abdominal aort yaralanması, 1'inde a. hepatica propria yaralanması, 1'inde ise arter sütür yetersizliği ve duodenum yaralanması komplikasyonları meydana gelmiştir.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 2 olguda ölüm nedeni peritonit, 2 olguda kanama 1 olguda ise kanama ve peritonitin ortak etkisiyle olmuştur.

TARTIŞMA

Tanı ve tedavi amacıyla laparoskopik cerrahi yöntemi dünyada yaygın olarak uygulanmaktadır. Bu yöntem kullanılmadan önce yeterli inceleme yapıp olgular doğru seçildiğinde, tanı ve ameliyatlarda çok iyi sonuçlar alınmakta ve hasta en az şekilde travmatize edilmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi taşlı kolesistit olgularında yaygın bir tedavi yöntemi olarak son 10 yıldır ülkemizde de ön plana çıkmıştır. Bu tedaviye bağlı olarak meydana gelen komplikasyonlar da gerek bilimsel gerekse hukuki platformda tartışılmaktadır. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi girişimi sonucu gelişen komplikasyonlara bağlı ölüm olgularında mahkemeler ve savcılıklar tarafından gönderilerek, ölüm nedeninin tespiti ve tıbbi uygulama hatası olup olmadığı hakkında Adli Tıp Kurumu I. İhtisas Kurulu'ndan görüş istenen 5 olgunun adli tıbbi boyutu tartışılacaktır.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında 60 yaş üzeri olgular yüksek riskli kabul edilmektedir (12). Adli Tıp Kurumu'ndan görüş istenen olguların 29-60 yaş arasında (ortalama 49 yaşında) olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde olguların hiç birinin yüksek risk grubunda olmadığı ortaya çıkmaktadır.

Laparoskopik kolesistektomi tedavisi açısından siroz, ve portal hipertansiyon, pıhtılaşma bozuklukları, gebelik ve geçirilmiş üst batin ameliyatı kontrendikasyon kabul edilmektedir (5). Adli Tıp Kurumu I. İhtisas Kurulu'ndan görüş istenen 3 nolu olgunun ürolojik şikayetleri, geçirilmiş fıtık ameliyatı ve diabetes mellitus hastalığı mevcut olduğu, 5 nolu olgunun ise Banti sendromu ve kalça protez ameliyatı geçirmiş olduğu özgeçmişlerinden saptanmıştır. Diğer 3 olgunun özgeçmişinde herhangi bir hastalık bildirilmemiştir. Bu açıdan değerlendirecek olursa, olguların biri dışında diğerlerinin karın içi ameliyat geçirmediği görülmektedir. 2 olguda var olan diğer rahatsızlıkların ise laparoskopik kolesistektomi açısından risk grubunda olduğunu gösteren herhangi bir literatür bilgisi rastlanmamıştır.

Laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşan barsak yaralanmaları oranı literatürde % 0-0,4 arasında verilmekte, bu yaralanmaların Veress iğnesi ve torakal batına girişi esnasında ya da elektrokoter kullanımına bağlı meydana geldiği bildirilmektedir (11,13,15). Geç tespit edilen barsak yaralanmalarının % 5 civarında ölümlere neden olduğu saptanmıştır (11). Kern'in 1997 yılında

yaptığı çalışmada barsak yaralanmalarına bağlı septik peritonit sonucu ölüm % 57 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur (19). 3 nolu olguda arter sütür yetersizliği ile birlikte barsak (duodenum) yaralanması saptanmıştır. Bu olgunun kanama nedeni ile birinci ameliyattan 3 gün sonra 2. kez ameliyata alındığı hastane evraklarından anlaşılmaktadır.

Laparoskopik kolesistektomi tedavisinde en sık karşılaşılan postoperatif teknik komplikasyon, safra kaçağıdır. Safra kaçakları; minör safra kanalı ya da aksesuar sistik kanallardan veya safra yolu yaralanmalarından meydana gelmektedir. Safra kaçağı oranı açık kolesistektomilerde % 0,1 - 0,5 iken, laparoskopik kolesistektomide % 0,2 - 1,9 arasında değişim göstermektedir (2,9,17,20). Olguların yarısından çoğunda postoperatif safra sızıntısının kaynağı sistik kanal güdügüdür. Bu safra sızıntıları sistik kanal güdügüne yerleştirilen klips yetersizliğinden, termal yaralanmaya bağlı geç perforasyondan ya da devaskularizasyondan meydana gelmektedir. Bunun dışında safra kesesi çukurundan ve safra kanalı yaralanmalarından da safra kaçağı olabilmektedir. Ancak bu gibi durumlara karşı hastada cerrahi girişimin dikkatli bir şekilde yapılması ve ameliyat sonrası iyi bir izlem yapılarak, gerektiğinde geç kalınmadan müdahale yapılması gerektiği ileri sürülmektedir (13). Olgu 2 ve 4'te sistik kanala konulan klipslerdeki yetersizliğe bağlı olarak safra kaçağı meydana geldiği anlaşılmaktadır. Klips yetersizliğine bağlı ölüm olgularından birisinde ilk ameliyattan 2 gün sonra, ikincisinde ise 8 gün sonra 2. girişim yapıldığı, ancak her ikisinde de safra kaçağına bağlı gelişen peritonit sonucu ölüm meydana geldiği saptanmıştır. Bu durum dikkate alınarak uygulama yetersizliği ve buna bağlı gelişen komplikasyonun teşhis ve tedavisinde gecikmeden dolayı kusur tespit edilmiştir. Literatürde safra yolu yaralanmaları en sık (% 61) görülen hasar olmakla birlikte safra peritonitine bağlı ölümlerin 2. sıradada olduğu görülmektedir (19).

Laparoskopik kolesistektomi sırasında hızla ölüme götüren komplikasyonlardan biri de damar yaralanmalarıdır. Damar yaralanmaları oranı % 0 - 4,3 arasında değişmektedir (9,11,12,17). Damar yaralanmaları Veress iğnesi ve torakal batına sokulması sırasında ya da elektrokotere bağlı olarak ameliyat sırasında veya daha sonra geç komplikasyon olarak meydana gelmektedir. Veress iğnesi ya da torakal batına gelen damar yaralanmaları bu konuda deneyim ve teknik yetersizlikten kaynaklandığı ileri sürülmektedir (13). Kern'in serisinde 4 major damar yaralanmasının hiçbirisi ölümle sonuçlanmamıştır (19). 1 nolu olguda torakal girişi sırasında abdominal aortada yaralanma, 5 nolu olguda ise a. hepatica propriada ameliyat sırasında yaralanma meydana geldiği tespit edilmiştir. Her iki olguda da bu damar yaralanmalarının ameliyatın beklenir komplikasyonları olmadığı kabul edilmiştir. Girişim sırasında yeterli özen ve dikkat gösterilmediği düşüncesi ile kusur saptanmıştır.

Minimal invazif olmakla birlikte, laparoskopik kolesistektomi açık cerrahi ile karşılaştırıldığında, şüphesiz daha yüksek morbidite oranları taşır (21,22). Laparoskopik kolesistektomi yaygınlaştıkça konuyla ilgili adli sorunlar da artmaktadır (23,24). 1989'dan beri laparoskopik kolesistektomi uygulanan Almanya'da bu metodun komplikasyonları ile ilgili olarak dava konusu olan 40 vakadan 16 tanesi tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmiştir. Olgunun tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmesinde ana faktörler; açık kolesistektomiyeye

geçişte gecikme, revizyonda gecikme, şüpheli durumlar-
da açık kolesistektomiye dönmeme ve laparoskopik re-
vizyonlar olarak sayılmıştır (23). Yine başka bir çalış-
mada en çok dava konusu olan faktörler arasında ameliyat
sırasında saptanan hasarlarda tedavi kusurları, tanı ge-
cikmesinden sonuçlanan komplikasyonlar, anormal pe-
roperatuar kolanjiogramların yanlış yorumlanması sa-
yılmaktadır (25).

Bu çalışma konusu olan ve ölümlü sonuçlanan 5 laparos-
kopik kolesistektomi olgusu da tıbbi uygulama hatası
olarak değerlendirilmiş, safra yolu yaralanması olan iki
vakada müdahalede gecikme tıbbi uygulama hatası
olurken, majör damar yaralanması saptanan iki olguda
ameliyat sırasında gerekli dikkat ve özenin gösterilme-
diği kararına varılmıştır. Majör damar yaralanması olan
bu iki olguda cerrahların uzmanlığı ve ne zamandır la-
paroskopik kolesistektomi uygulaması içinde oldukları
bilinmemektedir. Ancak yabancı literatürde primer cer-
rahların konsültan cerrahlara oranla daha yüksek komp-
likasyon riski olduğu ortaya konmuştur (sırasıyla % 79,
% 27) (25,26).

Sonuç olarak, 1997 ile 2001 yılları arasında laparoskopik
kolesistektomi uygulanıp ölümlü sonuçlanmış mahke-
meye yansıyarak Adli Tıp Kurumu'ndan görüş istenen
ve özeti verilmiş bu olgularda, cerrahi girişim sonrası
seyir ve ölüm nedenleri dikkate alındığında, bu yöntem
kullanılırken gerekli ön araştırma, özenli bir uygulama,
sıkı izlem ve zamanında tekrar müdahale ile hemen tüm
olgularda ölümün önlenebileceği görülmektedir.

Not: Adli Tıp Kurumu Başkanlığının izni ile yapılan bu
çalışmanın kapsamı; Adli Tıp Kurumu İ. İhtisas Kuru-
lu'na müracaat ettirilen olgulardır.

KAYNAKLAR

1. Travarso LW. Carl Langenbuch and the first cholecys-
tectomy. Am J Surg, 1976; 132: 81-82.
2. Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J, et al. The European
experience with Laparoscopic cholecystectomy. Am J
Surg, 1991; 161:355-387.
3. Olsen DO. Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg,
1991 ; 161: 339-344.
4. Zucker KA, Flowers JL, Bailey RW, Graham SM, Buell
J, Imbembo A. Laparoscopic Management of Acute Cho-
lecystitis. Am J Surg, 1993; 165:508-514.
5. Buğra D, Akyüz A, Büyükcü Y, Bulut T, Gençosma-
noğlu R, Sökücü N, Gökşen Y, Yamaner S. Laparoskopik
Kolesistektomi 137 Olguluk Çalışma Sonuçları. End.-
Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi, 1994; 1:39-45.
6. Avcı C, Avtan L. "Video-Laparoskopi" Genel Cerrahi-
ye Kazandırdığı Yeni Olanaklar. Ulusal Cerrahi Dergisi,
1991; 7:71-73.
7. Hoşçoşkun Z, Hatipoğlu AR, Ahsen M. Laparoskopik
Kolesistektomide İlk Deneyimlerimiz: (55 Vakanın de-
ğerlendirilmesi). End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi,
1995; 2:175-179.
8. Alabaz Ö, Sönmez H, Erkoçak EU, Camcı C, Dalyan
O. Laparoskopik Kolesistektomi: 192 olgunun sunumu.
End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi, 1996; 3:94-99.
9. Ağalar F, Özdemir A, Sayek İ, Öner Z, Çakmakçı M,
Kaynaroglu V, Aran Ö, Hamaloğlu E, Özenç A, Hersek
E, Sanaç Y, Onat D. Laparoskopik Kolesistektomi: 500
Olgunun İncelenmesi - Hacettepe Deneyimi . End.-Lap.

ve Minimal İnvaziv Cerrahi, 1996; 3: 100-106.

10. Sunar H, Akıncı M, Arıncı O, Tüzün S, Zoralioğlu
S, Gülen M. 240 laparoskopik kolesistektomi olgusunun
değerlendirilmesi. End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerra-
hi, 1995; 2:33-36.
11. Saydam S, Özman İ, Bakır H, Bora S, Aydın C, Füzün
M. laparoskopik kolesistektomi komplikasyonları. End.-
Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi, 1995; 2:171-174.
12. Lee VS, et al. Complications of Laparoscopic Cho-
lecystectomy Am J Surg, 1993; 165 (4): 527-532.
13. Deziel DJ, et al. Complications of Laparoscopic Cho-
lecystectomy; A national survey of 4.292 hospitals and
analysis of 77.604 cases. Am J Surg, 1993; 165 (1):9-14.
14. Keskin A, Bostanoğlu, Atalay F, Akoğlu M, Elbir O,
Seven C. Laparoskopik kolesistektomi: 1270 olgunun
analizi. End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi, 1996;
3:168-171.15.
15. Neşşar M. Laparoskopik kolesistektomi komplikas-
yonları ve korunma yöntemleri. End.-Lap. ve Minimal
İnvaziv Cerrahi, 1994; 1:55-60.
16. Çalık A, Bilgin Y, Küçüktülü U, Cinel A, Pişkin B, Al-
han E. Laparoskopik Kolesistektomi: Komplikasyonlar
ve bunların hukuki durumu, asistan eğitimi ve maliyet.
End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi, 1995, 2:37-44.
17. Ezberci F, Taşçı T, Kargı H, Kurtul A, Yüzbaşı M,
Gök Y. Laparoskopik Kolesistektomi: 250 olgunun ince-
lenmesi-Kahramanmaraş Devlet Hastanesi deneyimi.
End.-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi, 1999; 6 (4):203-
208.
18. Hunter JG. Avoidance of bile duct injury laparosco-
pic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 162:71-76.
19. Kern KA. Malpractice litigation involving laparosco-
pic cholecystectomy cost, cause and consequences. Arch
Surg, 1997; 132(4):392-397; discussion 397-398.
20. Yücel O. Yabancı Yayınlardan Seçmeler: Laparosko-
pik Kolesistektomi Komplikasyonları. End.-Lap. ve Mi-
nimal İnvaziv Cerrahi, 1994; 1:61-62.
21. Azagra JS, De Simone P, Goergen M. Is there a place
for laparoscopy in management of postcholecystectomy
biliary injuries?. World J Surg, 2001; 25(10):1331-1334.
22. Kern KA. Medicolegal analysis of bile duct injury du-
ring open cholecystectomy and abdominal surgery. Am
J Surg, 1994; 168(3):217-222.
23. Low A, Decker D, Kania U, Hirner A. Forensic as-
pects of complicated laparoscopic cholecystectomy. Chi-
rurg, 1997; 68(4):395-402.
24. Kern KA. Risk management goals involving injury
to the common bile duct during laparoscopic cholecys-
tectomy Am J Surg, 1992; 163(6):551-552.
25. Carroll BT, Birtch M, Phillips EH. Common bile duct
injuries. Surg Endosc, 1998; 12(4):310-313; discussion
314.
26. Laum HD. Legal questions with regard to laparosco-
pic cholecystectomy. Zentralbl Chir, 1999; 124(6):542-548.

Alındığı Tarih: 23.01.2002

Yazışma adresi: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim
Dalı, İstanbul, Türkiye Tlf: 535-305-3751 Faks: 212-588-0011
E-Mail: abdiz@istanbul.edu.tr