

Laparoskopik kolesistektomide güçlükler*

Mustafa ŞAHİN (**), Celalettin VATANSEV (**), Ömer KARAHAN (***), Levent ORMAN (****), Adil KARTAL (***), Metin BELVİRANLI (*****), Ersin ÇİFTÇİ (****)

ÖZET

Laparoskopik kolesistektomide karşılaşılan güçlükleri belirlemek amacıyla Ocak 1994-1997 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen 800 hasta gözden geçirildi. Hastaların 768'inde (% 96) LK başarıyla tamamlandı. 32'sinde (% 4) açığa geçildi. 7 hastada koledok yaralanması, 10 hastada postoperatif dönemde safra kaçağı, 14 hastada kanama, 2 hastada duodenum yaralanması, 1 hastada kolon yaralanması geliştiği belirlendi. Ayrıca 17 hastada yara enfeksiyonu, 6 hastada ise insizyonel herni gelişti. Hastanede kalış süresi 1.9 gün olarak hesaplandı. Sonuç olarak LK'nin çok önemli üstünlüklere sahip olması yanısıra beraberinde komplikasyonları da getirdiği kanaatine varıldı.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, güçlükler, komplikasyonlar

SUMMARY

Difficulties in laparoscopic cholecystectomy (LC)

To investigate the difficulties and morbidity rate of LC; we reviewed our experience with LC between January 1994-January 1997. LC was planned for 800 patients, and successfully completed in 768 (96 %) cases. 32 (4 %) procedures were converted to laparotomy. In 89 (11 %) patients, gallbladder was perforated and 7 (0.9 %) choledochal injury was occurred; Bile leakage was developed in 10 cases (1.3 %), hemorrhage occurred during and after LC in 14 cases (1.8 %). Wound infection occurred in 17 cases (2.0 %) and postoperative hernia in 6 cases. In conclusion, LC had many advantages but, it is carrying very important complications.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, difficulties, complications

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi (LK) kolelitiazis ve akut kolesistitli hastaların tedavisinde ilk seçenek durumuna gelmiştir. LK çok kısa bir geçmişe sahip olmasına rağmen hızla kabul görmüş ve yaygınlık kazanmıştır ^(1,2). Bu hızlı gelişmeye paralel olarak LK beraberinde bir takım komplikasyonları ve teknik güçlükleri de getirmiştir ^(3,4).

Laparoskopik cerrahide karşılaşılan güçlükleri belirlemek ve komplikasyon sıklığını tayin et-

mek amacıyla klinik materyalimiz gözden geçirildi ve bulgular literatür eşliğinde tartışıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak 1994-Ocak 1997 tarihleri arasında kliniğimizde benign safra kesesi hastalığı olan ve LK planlanan 800 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ameliyat kayıtları ve dosyaları gözden geçirilerek gerekli bilgiler elde edildi.

Safra kesesi hastalığı yanısıra koledokolitiazis olan hastalarda ERCP eşliğinde endoskopik sfinkterotomi (EST) yapılarak taşlar düşürüldü. Gerekli vakalarda ESWL yardımıyla taşlar parçalandı.

Hastalara genel anestezi altında klasik tekniklerle LK yapıldı. Pnömoperiton CO₂ ile yapıldı ve LK işleminde disposable malzemeler sterilize edilerek birden fazla hastada kullanıldılar.

(*) Birleşik Avrupa-Asya Endoskopik Cerrahi Kongresi, 17-21 Haziran 1997, İstanbul'da sunuldu.

(**) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Y. Doç. Dr.

(***) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Prof. Dr.

(****) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Dr.

(*****) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Doç. Dr.

Hastalar operasyondan sonra genel cerrahi servisine alındılar. Problemsiz seyreden vakalar ertesi gün taburcu edildiler. Taburcu edilen hastalar bir hafta ve 3 ay sonra kontrole çağrıldılar. Komplikasyon gelişen vakalarda klinikte tutuldular ve gerekli tedavileri yapıldıktan sonra taburcu edildiler.

BULGULAR

Hastaların 622'si (% 78) kadın, 178'i (% 22) erkek idi. Genel yaş ortalaması (YO) 45 bulundu. Kadınların yaş ortalaması 13, erkeklerin yaş ortalaması 52 olarak hesaplandı. Hastaların tanıları Tablo 1'de verilmiştir.

LK planlanan 800 hastanın 768'inde (% 96) LK başarıyla tamamlanırken 32 vakada (% 4) ise açığa geçilmiştir. Açığa geçiş nedenleri Tablo 2'de gösterilmektedir. Operasyon esnasında en çok karşılaşılan komplikasyon safra kesesi perforasyonudur. İkinci sıklıkta 17 hastada 44 trokar giriş yeri enfeksiyonu gözlemlendi. Komplikasyon ve sıklığı Tablo 3'de verilmiştir.

Koledok yaralanması olan 7 vakanın 5'i operasyon esnasında tanındı ve hemen açığa geçildi.

Tablo 1. Hastaların tanıları

	n	%
Kolelitiazis	226	90.75
Akut kolesistit	54	6.75
Kolelitiazis+koledokolitiazis	14	1.75
Polip	5	0.63
Kanser	1	0.12
Toplam	500	100

Tablo 2. Açık cerrahiye geçişin sebepleri

	n	%
Yapışıklıklar	16	1.9
Diseksiyon güçlüğü	8	1
Anatomik karışıklık	4	0.15
Duodenum perforasyonu	2	0.3
Kolon perforasyonu	1	0.15
Akut kolesistit	8	1.1
Koledok yaralanması	5	0.6
Kanama	3	0.4
Toplam		4

Tablo 3. Komplikasyonların dağılımı

	n	%
Majör komplikasyonlar	16	2.15
Koledok yaralanması	2	0.9
Postoperatif herni	6	0.8
Duodenum perforasyonu	2	0.3
Kolon perforasyonu	1	0.15
Minör komplikasyonlar	130	16.1
Safra kesesi perforasyonu	89	11
Yara enfeksiyonu	17	20
Kanama	14	1.8
Safra kaçağı	10	1.3
Toplam	146	18.25

Tam kat kesi gelişen bir hastada T tüp üzerinden primer anastomoz yapıldı. Diğer 2 vakada T tüp konuldu. 2 vakada ise primer tamir yeterli oldu. İki vakada postop dönemde, yaralanma olduğu anlaşıldı. Tam kat kesi olan bir hasta başka bir merkezde tedavi edildi.

Diğer vakada ise EST yeterli oldu. 10 vakada postoperatif safra kaçağı gözlemlendi, bunların 7'si kendiliğinden kesilirken, 2'sinde ERCP yapıldı, bu vakalardan birisinde koledok yaralanması gözlemlendi ve her iki vakaya da EST yapılarak tedavileri tamamlandı.

14 hastada kanama gelişti, 7'sinde klip uygulanarak kanama kontrol edildi. 3 vakada açığa geçildi. Dört vakada ise kanama postoperatif dönemde gelişti. 3 vakada kan transfüzyonu ile kanama kontrol edildi. Bir vakada ise tekrar laparoskopi yapıldı. Kese yatağı koterize edilerek kanama kontrol edildi. 6 hastada trokar giriş yerinden herni geliştiği gözlemlendi. Bu vakaların birisinde kesi yerinde ince barsağın strangüle olması nedeniyle ince barsak rezeksiyonu yapıldı.

Koledok taşı bulunan 14 hastada ERCP eşliğinde EST ile taşlar düşürüldü. Hastaların 9'unda operasyondan 1 ile 5 gün önce EST yapılarak taşlar çıkartıldı. 6 hastada ise LK sonrası EST uygulandı. Bir hastada EST yeterli olmadı, ESWL ile taşlar parçalandı ve ERCP eşliğinde basket kullanılarak temizlendiler. Hastaların hastanede kalış süresi 1.9 gün olarak belirlendi.

TARTIŞMA

LK benign safra kesesi patolojilerinin tedavisinde ilk seçenektir. Açık kolesistektomiden daha kolay ve kısa bir sürede yapılabilmesi, hastaya daha az travma yüklenmesi, hastanede kalış süresinin daha kısa olması ve hastanın iş hayatına daha kısa sürede dönmesi gibi önemli avantajlara sahiptir ^(1,2,5). Ayrıca disposable aletlerin steril edilerek, tekrar kullanılmasıyla maliyetinin iyice düşürülmesi de LK'yi cazip hale getirmiştir. Sayılan bu avantajların yanısıra LK'nin kendine özgü bazı güçlükleri de zaman içinde ortaya çıkmaktadır.

Bazı çalışmalarda LK'de safra yolları yaralanmalarının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bu oranlar LK'de % 0.6-1.5 olarak bildirilirken açık kolesistektomilerde % 0.1-0.2 olarak bildirilmektedir ^(3,6). Çalışmamızda açık ve kapalı teknikler arasında bir karşılaşma yapılmadı ancak 7 (% 0.9) vakada koledok kesisi geliştiği belirlendi. Bu oran literatürde uygunluk göstermektedir ^(3,4), ancak literatürde bildirilen açık kolesistektomideki safra yolları yaralanmalarından yüksektir.

Akut kolesistit, hidropik kese ve yoğun yapışıklıkların olduğu durumlarda safra kesesi perforasyonunun arttığı bildirilmektedir ⁽²⁻⁴⁾. Hastalarımızın 89'unda safra kesesi perfore oldu. Bu oran diğer bazı serilerden daha düşüktür ⁽⁴⁾. Bölgenin irrigasyonu ve batin içine düşen taşların temizlenmesi ile perforasyona bağlı gelişebilecek sorunlar önlenmektedir ⁽³⁾.

LK'de intestinal yaralanmaların Veress iğnesi, trokar girişi, koterizasyon ve diseksiyona bağlı gelişebileceği bildirilmektedir ^(3,7,8). Vakalarımızın 3'ünde intestinal yaralanma gelişti. Bunun sebebi ise yoğun yapışıklığa rağmen diseksiyona devam edilmesidir.

Kanama LK'de ortaya çıkabilecek önemli bir problemdir. Trokarların yerleştirilmesi, Veress iğnesinin batırılması ve diseksiyon aşamasında kanamalar olabilmektedir ^(3,4). Postoperatif dönemde kese yatağından kanamanın olması da mümkündür ⁽³⁾. Kliniğimizde 14 hastada ciddi

kanama gelişti. Bunların 7'sinde klip konularak kanama kontrol edildi. Ancak 3 vakada açığa geçmek zorunda kalındı. Postoperatif dönemde 4 hastada kanama gelişti. 3'ünde kan transfüzyonu yeterli oldu. Ancak bir vakada tekrar laparoskopi yapıldı ve kese yatağındaki kanamalar koterize edildi.

Laparotomiden sonra yara enfeksiyonu gelişebileceği bildirilmektedir ⁽⁹⁾. LK sonrası yara enfeksiyonu sıklığı bazı çalışmalarda % 0.11-3.2 arasında bildirilmektedir ^(10,11). Serimizde bu oran % 2 olarak bulundu. Enfeksiyonun sıklıkla ksifoid altındaki port giriş yerinde gelişmesi, safra kesesinin çıkartılması aşamasında perforasyonu sonucu safranın yarayı kontamine etmesine bağlanmaktadır. Bu tür komplikasyonları önlemek için profilaktik amaçla antibiyotik kullanılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Trokarların giriş yerlerinden herni geliştiği bildirilmiştir. Fahlke ve ark. 700 vakalık serilerinde 4 hastada postoperatif herni geliştiğini bildirmektedirler ⁽¹²⁾. Bizim de hastalarımızın 6'sında göbek altındaki kesiden herni gelişti. Vakaların birinde defektin büyümesi sonucu intestinal strangülasyon gelişti ve barsak rezeksiyonu yapıldı. Herni riskini azaltmak amacıyla kamera girişi için yapılan kesiyi göbeğin sağ alt tarafında, kısmen rektus adalesinin içinden yapmaktayız. Operasyon sonrası rektus adalesinin defektin kapatılmasında katkısı olduğu düşünülmektedir. Ancak en önemlisi fasia defektinin sütüre edilmesidir.

Postoperatif dönemde LK sonrası kese yatağından, klip dislokasyonu sonucu D. sistükustan ya da gözden kaçan safra yolları yaralanmalarına bağlı olarak safra kaçağı gelişebilmektedir ^(3,4,6). Safra kaçağı gelişen vakalarda günlük drenaj miktarı, US takibi ve ERCP patolojilerinin tayini açısından yararlıdır ^(2,3,6). Bu vakaların önemli bir kısmında safra drenajı spontan olarak kesilecektir. Bizim de safra kaçağı olan 10 vakanın 7'sinde bir hafta içinde drenajı kesildi. Drenajın devam ettiği vakalarda ise ERCP patolojilerinin ne olduğunun anlaşılmasında ve uygun vakalarda EST yapılarak tedavi edilmesinde büyük yarar sağlayacaktır ^(3,6,13).

İki vakamızda ERCP yapıldı ve birisinde koledokta minimal bir yaralanma olduğu belirlendi. EST yapılarak her iki vakanın tedavisi sağlandı. Bir vakada ise perkütan drenaj yapıldı.

Diseksiyon güçlüğü veya anatomik karışıklık olan vakalarda açığa geçiş kararını vermek önemlidir. Yoğun yapışıklığı olan hastalarda ısrarla diseksiyona devam edilmesi ciddi komplikasyonlara yol açabilecektir. Bizim vakalarımızda da bu şekilde ciddi komplikasyonlar oluşmuştur. Başlanan operasyonu laparoskopik olarak bitirebilmek başarıdır ancak önemli bir komplikasyona yol açmamak ise daha büyük bir başarıdır. Bu nedenle şartları fazla zorlamamak gerektiği kanaatindeyiz. Açığa geçiş kararı verilen hastaların 15'inde yoğun yapışıklık ve buna bağlı olarak meydana gelen organ yaralanmaları, 9'unda ise akut kolesistit gibi nedenlere bağlı diseksiyon güçlüğü mevcuttu. Diğer 8 vakada ise kanama ve koledok yaralanması nedeniyle açığa geçildi.

Bazı teknik güçlükler ve az da olsa komplikasyonlarının sıklığına rağmen, sağladığı önemli avantajlar nedeniyle LK safra kesesinin benign patolojilerinin tedavisinde ilk seçilecek yöntemdir. Deneyimli ellerde ve modern teknolojinin eşliğinde komplikasyon oranlarının daha da düşürülebileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Taşkın M, Zengin K. Laparoskopik cerrahinin tarihçesi. Kemal A, Mustafa T, Beral A (eds). Laparoskopik cerrahi. İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul 1995; p.4.

2. Taşkın M, Çubukçu A. Laparoskopik kolesistektomi ve operatif kolanjiyografi. Kemal A, Mustafa T, Beral A (eds). Laparoskopik cerrahi. İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul 1995; p.45-62.
3. Collery MP, Stanberg SM, Soper NJ. Complications of laparoscopic general surgery. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America 1996; 6:423-42.
4. Şahin M, Eyüpoğlu B, Gözalan, Özkırlı M, Mahanoğlu R, Kama NA. Laparoskopik kolesistektomide komplikasyonlar "357 hasta". Ulusal Cerrahi Kongresi Özet Kitabı 15-19 Mayıs 1996; p.31.
5. Schwesinger WH, Diehl AK. Changing in indications for laparoscopic cholecystectomy: Stones without symptoms and symptoms without stones. The Surgical Clinics of North America 1996; 76:493-505.
6. Ponsky JL. Endoscopic approaches to common bile duct injuries. The Surgical Clinics of North America 1996; 76:505-15.
7. Halpern NB. The difficult laparoscopy. The Surgical Clinics of North America 1996; 76:603-15.
8. Sunar H, Akıncı M, Eker T, Gür Ü, Arıncı O, Zoralioğlu S. Laparoskopik kolesistektomi teknik güçlüklerinin preoperatif dönemde yapılan USG ile tahmini. Ulusal Cerrahi Kongresi Özet Kitabı 15-19 Mayıs 1996; p.31.
9. Geroulanos S. Ameliyat sonrası infeksiyonlar. İskender S (ed). Temel Cerrahi. 2. baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996; p.240-44.
10. Fingerhut A, Doussel B, Boudet MJ, Fagniez PJ, Hay JM. Multicenter french audit of laparoscopic cholecystectomy: 6435 cases. Surg Endosc 1997; 5:512.
11. Anh LQQ, Chuc HV, Hai DV, Hoi PX, Hung NV, Hung DB, Nghia LQ, Hghia LV, Quanh NT, Tam DQ. Complications of the laparoscopic cholecystectomy at Binh Dan Hospital. Surg Endosc 1997; 5:516.
12. Fahlke T, Manger TH, Lippert H. Late results after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1997; 5:521.
13. Bıyıkoglu A, Hamamcı O, Karayalçın K, Özcan B, Korkmaz A. ERCP+laparoskopik kolesistektomi. Ulusal Cerrahi Kongresi Özet Kitabı 15-19 Mayıs 1996; p.30.

Alındığı tarih: 15 Ağustos 1997

Yazışma adresi: Dr. Mustafa Şahin, Melikşah Mah. Güler Sokak, 9/8 42090 Meram-Konya