

Nontravmatik Akut Karın Ağrılı Olgularda Laparoskopik Tanı ve Tedavi

Ziya ÇETİNKAYA¹, Refik AYTEN², Erhan AYGEN², Yavuz S. İLHAN¹, Osman DOĞRU³, Nurullah BÜLBÜLLER⁴, Ömer TOPUZ⁵

ÖZET

Amaç: Kesin tanı konamayan akut karın ağrılı olguların tanısal laparoskopik uygulamalarını irdelemek.

Yöntem: Mayıs 1997-Mart 2003 tarihleri arasında tanısal laparoskopi uygulanan 27 akut karın ağrılı olgunun özellikleri, ameliyat bulguları ve uygulanan girişimler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Tanısal laparoskopi uygulanan olguların 16'sı erkek (%59.3), 11'i kadın (%40.7) ve yaş ortalaması 51.8 (16-85) idi. Laparoskopik işlem tüm olgularda genel anestezi altında uygulandı. Hastaların tamamında laparoskopik eksplorasyon tanıyı koymak için yeterli oldu. Acil tanısal laparoskopi sonrasında olguların 4'ünde (%14.8) cerrahi tedavi gerektirecek patoloji tespit edilemedi, 23'ünde (%85.2) cerrahi tedavi gerekli oldu. Cerrahi tedavi gereken olguların 7'sinde (%30.4) tedavi laparoskopik, 18'inde (%69.6) ise açık olarak tamamlandı.

Sonuç: Tanısal laparoskopi tanı zorluğu olan akut karın ağrılı olgularda teşhis ve tedavide etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Tanısal laparoskopi, akut karın

SUMMARY

Laparoscopic Diagnosis and Treatment of Nontraumatic Acute Abdominal Pain

Objective: To evaluate the role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of patients with unexplained acute abdominal pain.

Methods: Twenty-seven patients with acute abdominal pain who attended our hospital between May 1997 - March 2003 and in whom underwent diagnostic laparoscopy were retrospectively reviewed.

Results: 16 of patients were male(59.3%) and 11 of them were female(40.7%). The median age was 51.8(range 16-85). Laparoscopic procedure was performed under general anesthesia in all patients. Laparoscopy provided a definitive diagnosis in all cases. In four of cases (14.8 %) there were no surgical pathology. Surgical pathology was encountered in 23 patients (85.2%). Laparoscopic treatment of these surgical pathologies were possible in 7 patients(30.4%). In 18 of cases (69.6 %), conversion to laparotomy was necessary.

Conclusion: Laparoscopy is an effective method for the diagnosis and treatment of patients with unexplained acute abdominal pain

Key Words: Diagnostic laparoscopy, acute abdominal pain

¹ Doç. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

² Uzm. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

³ Prof. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

⁴ Yard. Doç. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

⁵ Araş. Gör. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

GİRİŞ

Akut karın ağrısı olan her hastada, klinik, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile, karın içi patolojinin doğru teşhisi olası olmamaktadır. Bu durum bazı hastalarda tedavide gecikmeye, bazılarında ise gereksiz laparotomi uygulanmasına neden olmaktadır. Örneğin açık apendektomi uygulanan olguların %44'ünde appendiks normal bulunabilmektedir. Laparoskopinin bu hastalarda

doğru tanıyı koymada, laparotomisiz tedavi veya laparotomi için karar vermede değerli bir yöntem olduğu bildirilmektedir.¹⁻⁴

Bu çalışmada kesin tanı konamayan akut karın ağrılı hastalarda tanısal laparoskopik girişim sonuçlarımız irdelenmiştir

GEREÇ VE YÖNTEM

Mayıs 1997 - Mart 2003 tarihleri arasında kesin tanı konamayan akut karın ağrısı nedeni ile tanısal laparoskopi uygulanan 27 olgunun özellikleri, ameliyat bulguları ve uygulanan girişimler retrospektif olarak incelendi. Olguların 16'sı erkek (%59.3), 11'i kadın (%40.7) ve yaş ortalaması 51.8 (16-85) olup, 13'ü (%48.1) 60 ve üstü yaşta idi.

Akut karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda teşhis hikaye, fizik muayene, kan ve idrar laboratuvar bulguları ile direkt grafiler temelinde konulmaya çalışıldı. Gereken olgulara ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, gastrointestinal endoskopi uygulandı. Kesin teşhis konulan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Hastalara, genel anestezi altında, göbek altından yerleştirilen 10 mm'lik trokardan teleskop sokularak ve gerekirse ikinci bir 5 mm'lik trokar kullanılarak, gerektiğinde hastanın pozisyonu değiştirilerek karın içi eksplere edildi. Karın içi özellikle Duoglas poşu, parakolik oluklar pü ve diğer sıvıların olup olmadığı yönünde değerlendirildi. Karın içi daha sonra sistematik şekilde eksplere edildi. Bu-

nun için karaciğer ve safra kesesi, mide ve duodenum, appendiks ve internal genital organlar, ince barsak ve kolon dikkatli şekilde gözlemlendi. Tanısı konulan vakalarda, bir veya iki trokar girişi ilavesi ile, laparoskopik olarak tedavi tamamlanmaya çalışıldı. Laparoskopik yöntemle tedavisi tamamlanamayan hastalarda ise laparotomiye geçildi.

SONUÇLAR

Hastaların tamamında laparoskopik eksplorasyon tanıyı koymak için yeterli oldu. Acil tanısal laparoskopi sonrasında olguların 4'ünde (%14.8) cerrahi tedavi gerektirecek patoloji tespit edilemedi (negatif eksplorasyon). Bu olguların birinde laparoskopi ile karın içinde patoloji gözlenemedi ancak splenik fleksurada omental yapışıklık vardı ve burası laparoskopik olarak iyi gözlenemediği için açık eksplorasyona geçildi. Ancak Laparotomi ile de karın içinde patoloji tespit edilemedi. Cerrahi tedavi gerekmeyen diğer bir olgu 72 yaşında olup, konjestif kalp yetmezliği tedavisi görmekte idi. Bu olguya akut intestinal iskemi ön tanısı ile laparoskopi uygulandı ve karın içi organlar normal olarak gözlemlendi. Diğer iki olguda ise redukte olmuş altı saati geçmiş kasık fıtığı inkarsasyonu hikayesi vardı ve her iki olguda da laparoskopi ile barsaklar normal gözlemlendi.

Cerrahi tedavi gereken 23 (%85.2) olgunun 7'sinde (%30.4) tedavi laparoskopik (Tablo 1), 18'inde (%69.6) ise açık olarak tamamlandı (Tablo 2). Pep-

Tablo 1. Akut karın ön tanısıyla ameliyata alınan ve tanısal amaçlı laparoskopi yapıldıktan sonra tedavisi laparoskopik tamamlan hastaların laparoskopik tanıları (preoperatif saptanan patoloji) ve uygulanan tedavi yöntemleri.

Olgu No	Cins	Yaş	Laparoskopik Tanı	Tedavi
1	K	60	Brid ileus (Kolelithiazis)	Kolesistektomi + Bridektomi
2	E	27	Akut Apendisit (Kolelithiazis)	Kolesistektomi + Apendektomi
3	K	37	Akut taşsız kolesistit + Brid ileus	Kolesistektomi + Bridektomi
4	K	60	Akut Apendisit + Mezosalpenkste Kitle	Apendektomi + Eksizyonel Biyopsi
5	E	20	Akut Apendisit	Apendektomi
6	E	28	Duodenal ülser perforasyonu	Graham usulü primer tamir
7	K	34	Pelvik inflamatuvar hastalık	Drenaj + antibiyoterapi

Tablo 2. Akut karın ön tanısıyla ameliyata alınıp tanısal amaçlı laparoskopi yapılan ve daha sonra tedavileri açık ameliyatla tamamlanan hastaların laparoskopik tanılarını(preoperatif saptanan patoloji) ve tedavileri.

Olgu no	Cins	Yaş	Laparoskopik Tanı	Tedavi
1	E	66	Duodenal ülser perforasyonu	Graham usulü primer tamir
2	E	57	Duodenal ülser perforasyonu	Graham usulü primer tamir
3	E	70	Duodenal Ülser Perforasyonu + İntraabdominal Apse	Modifiye Graham Usulü Primer Tamir + Drenaj
4	K	71	Ileosigmoid Band (Kolelitiazis)	Band Eksizyonu + Kolesistektomi
5	E	85	Safra kesesi perforasyonu + akut pankreatit	Kolesistektomi + T tüp uygulaması
6	E	70	Barsak nekrozu	Parsiyel jejunum, total ileum rezeksiyonu, sağ hemikolektomi
7	E	54	Parsiyel İleum Nekrozu (Redükte olmuş inkarsere kasık fıtığı)	Parsiyel İleum Rezeksiyonu + Ucuca Anastomoz + Herniyorafi
8	K	75	Konjenital Band + Jejunumun İskemik Nekrozu	Band Eksizyonu + Parsiyel Jejunum Rezeksiyonu + Uç uca Anastomoz
9	E	65	omentum nekrozu (Redükte olmuş inkarsere kasık fıtığı)	Omentektomi
10	E	47	Sigmoid Kolonda peridivertiküler apse	Parsiyel sigmoid kolon rezeksiyonu + hartman prosedürü
11	K	43	Sigmoid Kolon karsinomu + Karaciğer Metastazı	Sigmoid Rezeksiyon + Hartmann Prosedürü
12	K	37	Çekal volvulus	Sağ hemikolektomi
13	K	45	Intraabdominal Apse	Drenaj + Parsiyel İleum rezeksiyonu + Uç uca Anastomoz
14	E	45	Intraabdominal abse	Drenaj
15	E	16	Akut Apandisit*	Apendektomi
16	E	18	Akut Apandisit + konjenital brid	Apendektomi + bridektomi

* Appendiks retroçekal subseröz yerleşimli

tik ülser perforasyonu nedeniyle açık tedavi uygulanan olguların birinde perforasyon zamanı uzun ve intraabdominal apse olduğu için, diğer ikisinde ise ekipman yetersizliği nedeniyle açık tedavi uygulandı. İntraabdominal apse teşhisi konulan bir olguda apsenin nedeni nontravmatik ileum perforasyonu idi, diğerinde ise daha önceki apendektomi alanında apse vardı ve preoperatif ultrasonografi ile görüntülenememişti.

TARTIŞMA

Yirminci yüzyıl başlarından itibaren laparoskopi uzun yıllar sadece tanısal amaçlı kullanılmıştır. 1980'li yıllarda laparoskopik kolesistektominin tanımlanması ile bir çok cerrah laparoskopik girişimleri tanısal ve tedavi amaçlı kullanmaya başlamıştır.^{4,5}

Akut karın cerrahların klinikte en sık karşılaştığı durumlardandır. Bu hallerde verilmesi gereken ilk karar eksplorasyon, ikincisi de yapılacak insizyonun yeridir.^{1,6} Gereksiz laparotominin maliyeti yüksektir ve %13-17 arasında bildirilen morbidite-

ye sahiptir.⁷ Laparoskopinin akut karın ağırlı hastalarda doğru teşhis koyma oranı %81-100 aralığındadır.^{8,2,9,3,10,11} Serimizde laparoskopi hastaların tümünde teşhis koydurucu oldu.

Tanısal laparoskopik girişimler genellikle genel anestezi altında yapılmakla birlikte lokal anestezi altında da uygulanabilmektedir. Ancak lokal anestezi de ağrı toleransı iyi olmamaktadır.¹² Ağrı ince laparoskopların kullanımı ile en aza indirilebilir. Akut cerrahi infeksiyonlarda laparoskopik girişimlere bağlı ölüm oranı %0-0,6 arasında olup, %1-5 oranında komplikasyon görülebilmektedir.¹²

Çalışmamızda laparoskopik uygulamaya bağlı ölüm ve komplikasyon görülmedi.

Laparoskopinin başlıca eleştirildiği noktalar; invaziv olması ve getirdiği maliyet artışıdır. Bu nedenle seçilen hastalarda uygulanması gerekir. Ancak bu yöntemin laparotomi ile karşılaştırılması durumunda belirgin avantajları olduğu görülmüştür. Deneyimli cerrahlar tarafından yapılan girişimlerin sonuçları belirgin şekilde iyi olmaktadır.¹²

Laparoskopinin akut karın olgularında başlıca tanısal ve terapötik kullanım endikasyonları arasın-

da; apandisit, ülser perforasyonu, akut kolesistit, divertikülit perforasyonu, akut mezenterik iske-mi, yapışıklıklara bağlı perforasyon, tümör perfo-rasyonları, akut adneksit, over kist rüptürü yer al-maktadır.⁹ Sonuçlarımıza göre yukarıdakilere ilave olarak laparoskopi redükte olmuş inkarsere kasık fıtığı hikayesi olan akut karın ağrılı olgularda bar-sak iskemi ve nekrozunun tesbitinde de yararlı ol-maktadır.

Laparoskopik olarak tanı konulan akut karın ağrı-lı olguların % 64.2-80'inde tedavi laparoskopik olarak tamamlanabilmektedir.^{10,13,14} Çalışmamızda 11 olguda (%40.7) (negatif eksplorasyon olguları dahil) tedavi laparoskopik tamamlanmıştır. Sayı-mızın azlığının nedeni ekipman yetersizliği ya-nında, laparoskopik tedaviye uygun olguların az-lığı olabilir.

Sağ alt karın ağrılı premenapozal kadınlarda, jine-kolojik problemler apandisit ile kolaylıkla karıştırı-labilir. Tanısal laparoskopi bu hastalarda gereksiz laparotomi oranını üçte bir azaltabilir. Ayrıca teda-vi imkanı da sağlar.^{2,15} Çalışmamızda bu grupta yalnız bir olgumuz vardı.

Yaşlılarda senilite nedeniyle doğru hikaye almak zordur. Karın muayenesi ve laboratuvar testleri, ciddi inflamasyon ve organ perforasyonu olsa bi-le, bilgi vermeyebilir. Laparoskopi akut karın ağ-rılı bu grup hastalarda teşhiste faydalı olur. Çalış-mamızda 60 ve üstü yaşta olan 13 (%48.1) olguda tanısal laparoskopik karın içi patolojiyi teşhiste ya-rarlı oldu.

Sonuç olarak; laparoskopi, hikaye, fizik muayene ve laboratuvar temelinde kesin teşhise varılama-yan akut karın ağrılı olgularda etkili minimal in-vaziv bir teşhis aracıdır. Bu olgularda karın içi pa-tolojilerin çoğunun, deneyimin artması ve teknik yetersizliklerin giderilmesi halinde, laparoskopik olarak tedavi edilebileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Boyd WP, Nord HJ. Diagnostic laparoscopy. *Endoscopy* 2000; 32: 153-58.
2. Sozuer EM, Bedirli A, Ulusal M, Kayhan E, Yilmaz Z. Laparoscopy for diagnosis and treatment of acute abdom-inal pain. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2000; 10(4): 203-7.
3. Pekmezci S, Çarkman S, Sarıbeyoğlu K, Altın E, Şirin F. Nedeni bilinmeyen akut karın olgularında tanısal laparoskopi. *Lap ve Minimal Invaziv Cerrahi Derg* 2001; 8(1-2): 32-38.
4. Alaçayır I, Aydınur K. Diagnostik Laparoskopik. *T Klin Cerrahi* 1997; 2: 112-118.
5. Ravintharan T. Emergency laparoscopic Procedures. *Ann Acad Med Singapore* 1996; 25: 687-93.
6. MacFadyen BV, Wolfe BM, McKernan JB. Laparoscopic management of the acute abdomen, appendix and small and large bowel. *Surg Clin North Am* 1992; 72: 1169-83
7. Paterson-Brown S. Emergency laparoscopic surgery. *Br J Surg* 1993; 80: 279-283.
8. Decadt B, Sussman L, Lewis MP, et al. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. *Br J Surg* 1999; 86(11): 1383-6.
9. Ahmad TA, Shelbaya E, Razek SA, et al. Experience of laparoscopic management in 100 patients with acute abdomen. *Hepatogastroenterology* 2001; 48(39): 733-6.
10. Navez B, d'Udekem Y, Cambier E, Richir C, de Pierpont B, Guiot P. Laparoscopy for management of nontraumatic acute abdomen. *World J Surg* 1995;19(3):382-6.
11. Salky BA, Edye MB. The role of laparoscopy in the diagno-sis and treatment of abdominal pain syndromes. *Surg Endosc* 1998; 12(7): 911-4.
12. Taviloğlu K. Karın içi enfeksiyonlarda laparoskopinin rolü. *Ankem Derg* 2002; 16: 322-25.
13. Schrenk P, Woisetschlager R, Wayand WU, Rieger R, Sulzbacher H: Diagnostic laparoscopy: A survey of 92 patients. *Am J Surg* 1994; 168: 348-351.
14. Graham A, Henley C, Mobley J: Laparoscopic evaluation of acute abdominal pain. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1: 165-68.
15. Taylor EW, Kennedy CA, Dunham RH, Bloch JH: Diagnostic laparoscopy in women with acute abdominal pain. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5: 125-28.

Alındığı Tarih: 05.05.2003

Yazışma Adresi: Dr. Ziya ÇETİNKAYA

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 23200 Elazığ