

Günübirlik Laparoskopik Kolesistektomi: İlk Deneyimlerimiz

Cengiz ERENOĞLU*, A. Haldun ULUUTKU*, Sezai DEMİRBAŞ*, M. Levhi AKIN**, Yavuz KURT***, Mehmet YILDIZ**, Tuncay ÇELENK****

ÖZET

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi yaklaşık son 15 yıldır semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde altın standart olmuş ve açık kolesistektominin yerini almıştır. Ameliyatın daha az doku travmasına neden olması hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrasında geceyi hastanede geçirmeksizin eve gönderilebilmelerine olanak vermiş ve bu yöntem seçilmiş olgularda başarıyla ve güvenle uygulanabilir hale gelmiştir. Biz de bu çalışmada günübirlik laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız olgulara ait ilk sonuçlarımızı irdelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu amaçla semptomatik safra kesesi taşı, safra kesesi polibi veya taşsız kolesistit tespit edilen ASA I, II ve III'e giren 20 ardışık hasta günübirlik laparoskopik kolesistektomi amacıyla ameliyat edildiler.

Bulgular: Bir hastada koledok yaralanması nedeniyle açık yöntemle geçildi. Kalan 19 hastadan 2 si solunum ve postoperatif bulantı nedeniyle geceyi hastanede geçirdiler. Geri kalan 17 hasta ameliyat günü evlerine gönderildiler ve bu hastalardan herhangi bir nedenle tekrar hastaneye yatırılmak zorunda kalan olmadı. Günübirlik laparoskopik kolesistektomi uygulanan 17 hasta ameliyattan bir hafta sonra memnuniyetlerini değerlendirdiklerinde sadece iki hasta geceyi hastanede geçirmiş olmayı tercih edeceğini söyledi.

Sonuç: Sonuç olarak günübirlik laparoskopik kolesistektomi ülkemizde de seçilmiş olgularda güvenle ve yüksek hasta memnuniyet oranları ile uygulanabilecek bir yöntem olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, kolesistektomi, ambulatuar cerrahi

SUMMARY

Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy: Our Preliminary Results

Objective: Objective: Laparoscopic cholecystectomy has been the gold standard for the treatment of symptomatic gallbladder stones for about 15 years and replaced open cholecystectomy. Lesser tissue damage by laparoscopic approach has allowed the surgeons to perform laparoscopic cholecystectomy successfully and safe on outpatient basis in selected patients. In this study we aimed to evaluate the first results of our experience with outpatient laparoscopic cholecystectomy in 20 consecutive selected patients.

Methods: For this purpose, 20 consecutive ASA I, II and III patients with symptomatic gallbladder stones or gallbladder polyps or acalculous cholecystitis were selected as candidates for outpatient laparoscopic cholecystectomy.

Results: One patient was converted to open procedure due to the injury to the common bile duct. Of 19 patients, two of them were not allowed to spend the night at home because of respiratory problems in one and postoperative nausea which was resistant to the medications in another. The other 17 patients spent the night at home without any problem. A week after the operations only two of the 17 patients stated that they would have preferred to stay at the hospital for one day.

Conclusion: Outpatient laparoscopic cholecystectomy can be performed safe and with low readmission and high patient satisfaction rates in selected cases in our country.

Key Words: Laparoscopy, Cholecystectomy, Ambulatory surgery

(* Yrd. Doç. Dr., GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

(**) Doç. Dr., GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

(***) Genel Cerrahi Uzmanı, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

(****) Prof. Dr., GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi 15 yıla yakın bir süredir başarıyla uygulanmakta olup, bu yöntem hastalar ve cerrahlar tarafından yaygın kabul görmüş ve semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde seçkin tedavi halini almıştır. Böylece daha az ağrı, daha az skar, daha az hastanede kalış, daha çabuk normal hayata dönüş

ve daha düşük maliyet gerçekleşmiştir. Özellikle Kuzey Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde geceyi hastanede geçirmeksizin gününbirlik laparoskopik kolesistektomi (GLK) ameliyatları uygulanmaya başlanmış ve hastaların güvenli olarak ameliyat gecesini evlerinde geçirmeleri yaygın kabul görmüştür (1,2,3). Ancak bu yöntem Türkiye ve Asya gibi kültürel farklılıkların olduğu coğrafyalarda daha zor kabul görmüş ve bu konu henüz yaygınlık kazanmamıştır (4). Bu çalışmada ameliyat günü evine göndermeyi planlayarak gününbirlik laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız olgularda yöntemin uygulanabilirlik ve hasta memnuniyeti açısından sonuçlarını irdelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Bu amaçla Ocak 2002 ve Haziran 2002 tarihleri arasında aynı gün eve gönderilmek üzere gününbirlik laparoskopik kolesistektomi planlanan semptomatik safra kesesi taşı, safra kesesi polibi veya akalkülöz kolesistit tanısı konmuş olan 20 ardışık hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar aşağıdaki kriterler gözönünde bulundurularak gününbirlik laparoskopik kolesistektomi için aday olarak seçildiler;

1. American Society of Anesthesiology (ASA) sınıflamasında I, II ve III'e giren hastalar
2. Üst batin ameliyatı, akut kolesistit, kolanjit ve pankreatit atağı geçirmemiş olmak
3. Ultrasonografide safra kesesi duvar kalınlığı ile koledok çapının normal sınırlarda olması ve koledok içinde taş tespit edilmemiş olması
4. Karaciğer fonksiyon testleri, amilaz ve bilirubin seviyeleri normal sınırlarda olmak.

Hastalar İstanbul'un Anadolu yakasında (hastane ile aynı yakada) ikamet eden ve ayrıca en azından ameliyat gecesi yanlarında refakat edebilecek ve olası bir komplikasyonda ameliyat ekibine haber verebilecek akraba veya yakınları olanlardan seçildiler.

Bu amaçla operasyona hazırlanan hastalara bu çalışmanın özellikleri anlatılarak gerekli izinleri alındı. Gününbirlik laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalar ameliyat sabahı önceki gece 22:00 den beri oral gıda ve 24:00 den beri de oral sıvı almamış olarak hastaneye geldiler ve bu hastalar ilk ameliyat vakası olarak planlanıp ameliyata 08:30 ta başlandı.

Anestezi induksiyonu esnasında 1 gr sefazolin sodyum ve 4 mg ondansetron uygulandı. Operasyon 4 trokar yöntemiyle gerçekleştirildi ve

trokar girişlerinden önce %0.5'lik bupivacaine ile torakor giriş yerlerine infiltrasyon anestezisi uygulandı. Operasyon esnasında intraabdominal basıncın 12 mmHg'nın üzerine çıkmaması sağlandı. Ameliyat sonunda 10 mm lik trokar giriş deliklerine ait fasya defekti 0 numara erimeyen sütür ile kapatılırken cilt inzisyonları 4-0 subkutan eriyebilen sütür materyali ile kapatıldı.

Uyandıktan sonra hastalar odalarına alındılar ve 1 litre i.v. sıvı almaları sağlandı. İhtiyaç halinde parenteral yoldan analjezik ve antiemetik uygulandı. Hastalar ameliyattan sonraki 4. saatte sonra mobilize edildiler ve oral sıvı almaları sağlandı. Hastalar en az 6 saat serviste gözledikten sonra ameliyat ekibindeki genel cerrahi uzmanı tarafından son kez görülüp değerlendirildiler ve hastalardan evlerine gitmesinde sakınca görülmeyenler refakatçileri eşliğinde evlerine gönderildiler. Hastalara ve yanlarında refakat edecek olacak olan yakınlarına ameliyat ekibindeki genel cerrahi uzmanının ev ve cep telefon numaraları verilerek telefonların her koşulda ulaşılabilir olması sağlandı.

Hastaların yanlarına naproksen 500 mg analjezik olarak verildi ve ihtiyaç oldukça günde maksimum 3 taneye kadar olacak şekilde almalarına izin verildi. Geceyi evlerinde geçiren hastalar ameliyat akşamı saat 21:00 ve ameliyattan sonraki sabah saat 09:00 da olmak üzere 2 kez ameliyatı gerçekleştiren genel cerrahi uzmanı tarafından telefon ile arandı ve durumları hakkında bilgi edinildi. Hastalara ameliyat akşamında sulu gıdalar ve postoperatif birinci günden itibaren yarı katı ve katı gıdalara izin verildi. Hastalar postoperatif 7. günde kontrol için çağrıldılar, inzizyon yerleri kontrol edildi ve kendilerine uygulanan bu yöntemden memnun olup olmadıkları evet veya hayır olarak derecelendirildi.

SONUÇLAR

GLK planlanan 20 hastanın operasyon endikasyonları tablo 1'de görüldüğü şekildedir. Hastaların yaş ortalaması 54.5 (24-72) idi. Hastaların 16'sı kadın, 4'ü erkek idi. Hastalara ait demografik özellikler tablo 2'de özetlenmiştir.

Yirmi hastadan sadece birinde koledok yaralanmasından şüphe edilerek açık yönetime geçildi (%5). Bu hastada parsiyel koledok yaralanması tespit edildi ve koledok T-tüp üzerinden tamir edildi. Kalan 19 hastadan biri solunum sıkıntısı diğeri de tedaviye dirençli bulantı nedeniyle eve gönderilmeyip geceyi hastanede geçirmele-

Tablo 1. Laparoskopik kolesistektomi endikasyonları

Ameliyat Endikasyonu	Sayı (%)
Semptomatik safra kesesi taşı	18 (%90)
Safra kesesi polibi	1 (%5)
Taşsız kolesistit	1 (%5)

ri sağlandı. Solunum sıkıntısı olan ve konjenital intraabdominal yapışıklıklar tespit edilip bu yapışıklıkların da laparoskopik olarak giderildiği hasta postoperatif ikinci günde eve gönderilirken, diğer hasta postoperatif birinci günde taburcu edildiler. Geri kalan 17 hasta 6 saatlik müşahadeyi takiben evlerine gönderildiler. Günöbirlik laparoskopik kolesistektomi uygulanan ve geceyi evlerinde geçiren 17 hastanın hiçbirisinde herhangi bir komplikasyon nedeniyle tekrar hastaneye yatırılmaları gerekmemiştir. Ayrıca GLK uygulanan 17 hastadan acil medikal problem için arayan veya tıbbi yardım isteyen olmamıştır. GLK uygulanan sadece bir (%5.8) hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Serimizde mortalite gözlenmedi. Postoperatif birinci haftanın sonunda yapılan memnuniyet değerlendirmesinde hastaların 15'i (%88.23) bu yöntemden memnun kaldıklarını ifade ederken, sadece iki hasta geceyi hastanede geçirmiş olmayı tercih edeceklerini ifade ettiler.

TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahide gözlenen hızlı gelişmeler ve sağladığı hızlı iyileşme ve daha az ağrı, laparoskopik kolesistektomi başta olmak üzere bazı laparoskopik ameliyatlardan sonra hastaların geceyi hastanede geçirmeksizin aynı gün evlerine gönderilmelerine olanak sağlamıştır (1-5). Kuzey Amerika ve Avrupa ölkelerinde yaygın olarak uygulanan GLK diğer ölkelerde yeni yeni kabul görmeğe başlamıştır (4). Bunda ölkemizdeki hastaların büyük bir çoğunluğunun sosyal güvenlik kapsamında olmasının yanında toplumumuzun kültürel yapısının da rolü vardır. Ölkemizdeki hastalar genellikle ameliyat gecesini hastanede geçirme eğilimindedirler. Ameliyat öncesi seçilmiş hastalara yöntemle ilgili detaylı bilgi verilmesi toplumumuzda da bu yöntemin kabul edilebilmesi için önemlidir. Bizim çalışmamızdaki olgularda ameliyat öncesi yaptığımız görüşmelerde hiçbir hastamızın geceyi evde geçireceklerine tepki göstermemiş olması bunun göstergesi olabilir.

Günöbirlik laparoskopik kolesistektomi uygulanacak olan hastaların güvenle eve gitmelerini

Tablo 2. Hastalara ait demografik özellikler

Faktör	Deđer
Yaş	54.5
Kadın	16 (%80)
Erkek	4 (%20)
ASA I	3 (%15)
ASA II	16 (%80)
ASA III	1 (%5)
Hipertansiyon	14 (%70)
Diabetes Mellitus	3 (%15)
Akciđer ile ilgili sorunlar	2 (%10)

sağlayan önemli bir konu da hastanenin olası bir komplikasyon durumunda kısa süre içinde ulaşılabilir olmasıdır. Bu nedenle bir çok araştırmacı günöbirlik laparoskopik kolesistektomi ile yapılan çalışmalarda hastaneye 20 ile 50 mil gibi mesafelerde yaşayan hastaları çalışmalarına dahil etmişlerdir (6). Biz de çalışmamızda İstanbul'un kendine özgü trafik ve coğrafik özelliklerini göz önünde bulundurarak olası bir komplikasyonda hastaların daha kolay ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla hastanemiz ile aynı yakada yaşayan hastaları çalışmamıza dahil ettik.

Aynı gün evine gönderilerek uygulanan laparoskopik kolesistektomi ile geceyi hastanede geçiren uygulanan laparoskopik kolesistektomi operasyonlarının maliyet açısından karşılaştırıldıklarında GLK ile anlamlı bir ekonomik kaybın önlenemediği gösterilmiştir. ABD'den Fleisher ve ark. her iki yöntemi maliyet ve güvenlik açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında günöbirlik laparoskopik kolesistektomi ile geceyi evde geçiren grup arasında her bir hasta için ortalama 742 \$'lık bir maliyet farkı olduğunu saptamışlardır (7). Ölkemizde GLK'nin geceyi hastanede geçirerek uygulanan laparoskopik kolesistektomi ile maliyet açısından karşılaştırıldığı klinik çalışmaya rastlayamadık. Her ne kadar ölkemizdeki hastanede gecelik yatış ücretlerinin çok yüksek olmaması aradaki maliyet farkının çok fazla olmayabileceğini düşündürse de, indirekt maliyetler de göz önünde bulundurulduğunda GLK ile önemli bir ekonomik kaybın önlenebileceği söylenebilir.

Günöbirlik yapılan ameliyatlarda önemli konulardan biri de oluşan postoperatif ağrının kontrolüdür. Laparoskopik ameliyatlardan sonra oluşan ağrının kontrolü için ameliyat esnasında intrapritoneal lokal anestezi maddelerinin uygulaması halen tartışmalıdır (8,9). Ağrının kont-

rolünde intraabdominal basıncın düşük tutulması ve trokar yerlerine trokar girişinden önce infiltrasyon anestezisinin etkisi yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (10,11). Biz de çalışmamızda intraabdominal basıncı 12 mmHg'nın altında tutarak ve trokar girişlerinden önce infiltrasyon anestezisi uygulayarak postoperatif ağrıyı kontrol etmeye çalıştık.

Laparoskopik ameliyatlardan sonra açık ameliyatlara göre postoperatif bulantı ve kusma insidansında artış olduğu belirtilmiştir (12). Postoperatif bulantı ve kusma gününbirlik laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla laparoskopik ameliyatlarda profilaktik antiemetik kullanımı önem kazanmıştır. Ondansetron ve analogları laparoskopik kolesistektomilerden sonra oluşan postoperatif bulantı-kusmayı önlemede en etkili ilaç olarak bulunmuştur (13). Naguib ve ark. da laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda profilaktik olarak verilen 4mg ondansetron ile tropisetron, grainsetron, metoclopramide ve plaseboyu postoperatif bulantı-kusmayı önleme açısından karşılaştırdıklarında, 4mg ondansetron ile en etkili sonucu aldıklarını bildirmişlerdir (14). Bizim serimizde de 4 mg ondansetron ile sadece bir hastamız postoperatif bulantı-kusma nedeniyle geceyi hastanede geçirmek zorunda kalmıştır. Bu konuda induksiyon esnasında uygulanan ondansetron ile ameliyat öncesi hastaların bu konuda bilgilendirilmelerinin önemli katkı sağladığı kanaatindeyiz.

Gününbirlik laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastalarımızda ki memnuniyet oranı da (%88) literatürdeki hasta memnuniyet oranlarıyla yakın bir korelasyon göstermektedir (6). Sonuç olarak gününbirlik laparoskopik kolesistektominin seçilmiş olgularda güvenle ve yüksek hasta memnuniyet oranları ile ülkemizde de uygulanabilecek bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Arregui ME, Davis CJ, Arkush A, Nagan RF. In selected patients outpatient laparoscopic cholecystectomy is safe and significantly reduces hospitalization charges. Surg Laparosc Endosc. 1991 Dec;1(4):240-5.
2. Keulemans Y, Eshuis J, Haes H, Wit L, Gouma DJ. Laparoscopic cholecystectomy: day care versus clinal observation. Ann Surg 1998; 228(6): 734-40.
3. Mjaland O, Raeder J, Aasboe V, Trondsen E, Buanes T. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Br J

Surg. 1997 Jul;84(7):958-61.

4. Siu WT, Leong HT, Law BK et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy in Hong Kong: patient acceptance. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2001 Apr;11(2):92-6.
5. Trondsen E, Mjaland O, Raeder J, Buanes T. Day-case laparoscopic fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease. Br J Surg. 2000 Dec;87(12):1708-11.
6. Curet MJ, Contreras M, Weber DM, Albrecht R. Laparoscopic cholecystectomy: Outpatient versus inpatient management. Surg Endosc 2002; 16: 453-7.
7. Fleisher LA, Yee K, Lillemoe KD et al. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy safe and cost-effective?: A model to study transition of care. Anesthesiology 1999; 90(6): 1746-55.
8. Weber A, Munoz J, Garteiz D, Cueto J. Use of subdiaphragmatic bupivacaine instillation to control postoperative pain after laparoscopic surgery. Surg Laparosc Endosc 1997; 7 (1):6-8.
9. Joris J, Thiry E, Paris P, Weerts J, Lamy M. Pain after laparoscopic cholecystectomy: characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. Anesth Analg 1995; 81(2):379-84.
10. Mouton WG, Bessell JR, Otten KT, Maddern GJ. Pain after laparoscopy. Surg Endosc 1999; 13 (5): 445-48.
11. Hasaniya NW, Zayed FF, Faiz H, Severino R. Preinsertion local anesthesia at the trocar site improves perioperative pain and decreases costs of laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2001 Sep;15(9):962-4.
12. Chui PT, Gin T, Oh TE. Anesthesia for laparoscopic general surgery. Anesth Intensive Care 1993; 21(2): 160-2.
13. Fujii Y, Yanaka H, Kawasaki T. Randomized clinical trial of granisetron, droperidol and metoclopramide for the treatment of nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 2000; 87;285-8.
14. Naguib M, Bakry AKE, Khoshim M. Prophylactic antiemetic therapy with ondansetron, tropisetron, and metoclopramide in patients with laparoscopic cholecystectomy: a randomized double blind comparison with placebo. Can J Anesth 1996; 43:226-31.

Alındığı Tarih: 09.10.2002

Yazışma adresi: Dr. Cengiz ERENOĞLU
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Genel Cerrahi Servisi
Kadıköy 81327 İstanbul
Tel: 0216 3462600 (dahili: 2619)
Faks: 0216 348 78 80
e-mail: cengizerenoglu@hotmail.com