

AKUT KOLESİSTİT LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM İÇİN BİR ENGELMİDİR?

IS ACUTE CHOLECYSTITIS A CONTRAINDICATION TO LAPAROSCOPIC APPROACH?

Dr. Fikret EZBERCİ*, Dr. İ. Taner KALE,* Dr. Tufan TAŞÇI**, Dr. Hürkan KARGI**,
Dr. Hasan EKERBİÇER*, Dr. Ahmet KURTUL**

ÖZET: Laparoskopik cerrahinin ilk yıllarında akut kolesistit laparoskopik yaklaşım için kontrendikasyon kabul edilirdi. Zamanla tecrübeler arttıkça akut kolesistit içinde başarılı sonuçların yayınlanması, akut kolesistitte de laparoskopik yaklaşımın birinci tercih olabileceğini göstermektedir. Kahramanmaraş Devlet Hastanesinde Aralık 1997 - Haziran 1999 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan 250 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgular akut taşlı kolesistit (AK) ve kronik taşlı kolesistit (KK) olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup ameliyat süreleri, komplikasyon, dren kullanımı ve açık kolesistektomiye geçme oranları açısından karşılaştırıldılar. Laparoskopik kolesistektomi (LK) uygulanan 250 olgudan, 46 (%18.4) olgu AK, 204 (%81.6) olgu da KK nedeniyle ameliyatedildiler. Her iki grupta da tam anamnez, fizik muayene ve ultrasonografi ile konuldu. Ortalama yaş AK grubunda 51.3 ± 13.9 SD, KK grubunda ise 49.2 ± 1.0 SD idi. Ortalama ameliyat süreleri AK grubunda 65.7 ± 22.3 SD dakika iken, KK grubunda 53.7 ± 18.7 SD dakika idi ve aradaki fark anlamlı idi ($p < 0.001$). AK grubunda 2(%4) olguda komplikasyon izlenirken, KK grubunda 6 (%3) olguda komplikasyon izlendi ve aradaki fark anlamlı değildi ($p > 0.05$). AK grubunda 18 (%39.1) olguda dren kullanılırken, KK grubunda 26(%12.7) olguda dren kullanıldı ve aradaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Açık kolesistektomiye AK grubunda 1 (%2) olguda geçilirken, KK grubunda 3 (%1.5) olguda geçildi ($p > 0.05$). Sonuç olarak, AK için yapılan laparoskopik cerrahi daha uzun sürmekte ve daha fazla dren kullanılmaktadır. LK'nin genel avantajları göz önüne alındığında, akut ve kronik kolesistit nedeniyle uygulanan LK'ler arasında morbiditeyi arttırıcı bir fark olmaması, AK içinde LK, tecrübeli ellerde güvenli ve efektif bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, Akut kolesistit, Kontrendikasyon

SUMMARY: The purpose of this retrospective study was to investigate which is acute cholecystitis contraindication for laparoscopic surgery or not? Most of early articles described laparoscopic cholecystectomy for chronic cholecystitis. Acute cholecystitis was considered a contraindication to this approach. As more experience was obtained, acute cholecystitis became not a contraindication for laparoscopic cholecystectomy. The laparoscopic cholecystectomy operations that were performed in Kahramanmaraş State Hospital, between December 1997-June 1999 were analyzed retrospectively. The patients were divided into two groups. The patients of first group had acute cholecystitis. The cases of second group had chronic cholecystitis. Both group compared to operation times, complications, conversion rate, and drain uses. Between December 1997-June 1999, 250 patients underwent laparoscopic cholecystectomy. Of the patients, 46 (18.4%) had acute cholecystitis and 204 (81.6%) had chronic cholecystitis. When we compared two groups, we found significant differences between operation times and drain uses ($p < 0.05$). Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis takes longer and surgeons use more drain for acute cholecystitis. There were no differences between complications and conversion rates. In conclusion, we decided that in experienced hands, laparoscopic surgery could safely be performed in patients with acute cholecystitis. It does not increase the morbidity rate.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, Acute cholecystitis, Complication

1980'li yılların sonunda uygulanmaya başlanan Laparoskopik Kolesistektomi (LK), kanser hariç safra kesesi hastalıklarının tedavisinde giderek açık kolesistektominin

yerini almıştır. Laparoskopik cerrahi safra kesesinin taş hastalığının cerrahi tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. (1)

Postoperatif ağrıda azalma, hastanede kalış süresinin kısalığı ve normal aktivitelere dönüş süresinin kısalığı en önemli avantajlarıdır ve kabul edilebilirliğini hızlandırmıştır. Anlaşılabacağı gibi laparoskopik cerrahinin ilk dönemlerinde, efektif ve güvenli bir cerrahi için sadece

* Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D.
ve Halk Sağlığı A.B.D.

** Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi A.B.D.

Yazışma Adresi: Dr. Fikret EZBERCİ
P.K. 155 46050 KAHRAMANMARAŞ

semptomatik hastada sınırlı kalınmıştır.

Bazen rölatif veya absolut kontrendikasyonlar uygulanmıştır. (2.3) Fakat zamanla tecrübenin artması, laparoskopik cerrahinin akut kolesistit gibi safra yolları acil problemlerinde de başarı ile uygulanabilmesini sağlamıştır.

Tablo I: Gruplar arasında ameliyat sürelerinin karşılaştırılması

Endikasyon	Ameliyat Süreleri	
	Hasta sayısı	Ortalama ± SD
AK	46	65.7 ± 22.3
KK	204	53.7 ± 18.7
P < 0.001 (t test)		

Kronik ve akut kolesistit endikasyonu ile laparoskopik cerrahi uygulanan hastaların komplikasyon, dren kullanımı ve açık kolesistektomiye geçme oranları arasında bir fark

oluşturmadığı retrospektif olarak karşılaştırılmıştır.

MATERYAL - METOD

Kahramanmaraş Devlet Hastanesinde Aralık 1997- Haziran 1999 tarihleri arasında LK yapılan 250 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgular preoperatif tanıları göz önüne alınarak, akut taşlı kolesistit (AK) ve kronik taşlı kolesistit (KK) olarak iki gruba ayrıldı. Tüm olgularda tanı; anamnez, fizik muayene ve ultrasonografi ile kondu.

Her iki grup, ameliyat süreleri, komplikasyon, dren kullanımı ve açık kolesistektomiye geçme oranları açısından karşılaştırıldılar.

Sonuçların istatistiksel değerlendirilmelerinde, iki yüzde arasındaki anlamlılık testleri uygulandı.

SONUÇLAR

Çalışmaya dahil edilen 250 olgudan, 46 (%18.4)'sına AK, 204 (81.6)'üne de KK endikasyonu ile laparoskopik cerrahi uygulandı. Ortalama yaş AK grubunda 51.5 ± 13.9 SD, KK grubunda ise 49.2 ± 14.0 SD idi. AK nedeniyle ameliyat edilenlerde ortalama ameliyat süresi 65.7 ± 22.3 SD dakika

Tablo II: Gruplar arasında komplikasyon oranlarının karşılaştırılması

Endikasyon	Komplikasyon Oranları					
	Yok	Kananama	Peritonit	Safra kaçağı	Yara Enfeksiyonu	Total
AK	44 (%96)	1 (%2)	-	1 (%2)	-	46 (%100)
KK	98 (%97)	2 (%1)	1 (%0.5)	2 (%1)	1 (%0.5)	104 (%100)
Total	242 (%97)	3 (%1)	1 (%0.5)	3 (%1)	1 (%0.5)	250 (%100)

Endikasyon	Komplikasyon	
	Var	Yok
AK	2 (%4)	44 (%96)
KK	6 (%3)	198 (%97)
P > 0.05 (fisher kesin x ² testi)		

olup olmadığını ve akut kolesistit halinin laparoskopik cerrahinin uygulanmasında olumsuzluk oluşturup

Tablo III: Gruplar arasında dren kullanım oranlarının karşılaştırılması

Endikasyon	Dren Kullanımı		Total
	Yok	Var	
AK	28 (%61)	18 (%39)	46 (%100)
KK	178 (%87)	26 (%13)	204 (%100)
Total	206 (%82)	44 (%18)	250 (%100)
P < 0.05 (x ² testi)			

iken, KK nedeniyle ameliyat edilenlerde 53.7 ± 18.7 SD dakika olarak bulundu. Aradaki fark anlamlı idi (p < 0.001) (Tablo 1). AK grubunda 2 (%4) olguda komplikasyon izlenirken, KK grubunda 6 (%3) olguda komplikasyon izlendi ve aradaki fark anlamlı değildi (p > 0.05) (Tablo 2) AK grubunda 18 (%39.1) olguda dren kullanılırken, KK grubunda 26 (%12.7) olguda dren kullanıldı ve aradaki fark anlamlı bulundu (p < 0.05) (Tablo 3). 250 olgudan yalnızca 4'ünde açık kolesistektomiye geçildi. Açık kolesistektomiye AK grubunda 1 (%2) olguda olguda, KK grubunda da 3 (%1.5) olguda dönüldü (p > 0.05) (Tablo 4)

AK grubunda ölüm görülmezken KK grubunda 1 olguda (%0.5) ölüm olmuştur.

TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahinin ilk yıllarında akut kolesistit, LK için rölatif kontrendikasyondur (3). Fakat son yıllarda LK'nin akut kolesistit içinde güvenli ve uygun bir prosedür olduğu görülmeye başlanmıştır (4,5).

Akut olarak enflame, ödemli hale gelmiş olan safra kesesinde laparoskopik cerrahide bazı teknik güçlükler ile karşılaşılacağı açıktır. Bu nedenle de akut taşlı kolesistitte açığa dönme oranlarının, kronik taşlı kolesistit olgularına göre daha yüksek olması doğaldır. LK de açığa dönme

Tablo IV: Gruplar arasında açık kolosistektomiye geçme oranlarının karşılaştırılması

Endikasyon	Geçilmedi	Açık kolosistektomiye geçme			Total
		Kanamama	Geçildi Zor diseksiyon	Tümör	
AK	45 (%98)	-	1 (%2)	-	46 (%100)
KK	201 (%98.5)	1 (%0.5)	1(%0.5)	1(%0.5)	204 (%100)
Total	246 (%98)	1(%0.5)	2 (%1)	1(%0.5)	250 (%100)

	Açığa geçildi	Açığa geçilmedi
AK	1 (%2)	45 (%98)
KK	3 (%1.5)	201(%98.5)

oranları %0-20 arasında değişmekte iken (6,7) akut taşlı kolosistitte açığa dönme oranları %2-33 arasında bildirilmektedir (5,8,9).

Akut taşlı kolosistitte sorun sadece ödemli, enflame bir kese değil, aynı zamanda tekrarlayan ataklar sonucu büzüşmüş, fibröz bir kese, çoğu zaman ileri yaşta hasta ve büyük taşların mevcudiyetidir (10)

Singer ve ark. ları (11), kolosistiti gangrenöz ve gangrenöz olmayan diye 2 gruba ayırmışlar ve gangrenöz grupta laparoskopik cerrahinin açığa geçme oranı, hastanede kalış süresi göz önüne alındığında uygun olmadığını görmüşlerdir. Gangrenöz kolosistitten şüphelenildiğinde laparoskopik girişimi bir kez daha düşünmeyi tavsiye etmişlerdir.

Hong Kong'tan iki çalışma (8,9) ile Koo ve ark. ları (12) kolosistitte, açık yöntemde olduğu gibi ilk 72 saatte yapılan LK, girişiminde daha iyi sonuçlar alındığını bildirmektedirler. Hastaneye kabulden sonraki ilk 72 saatte yapılan laparoskopik girişimde açığa dönme oranının, konservatif tedavi sonrası 6-8 hafta sonra yapılan cerrahi girişimden daha düşük olduğunu bildirmektedirler. Schwesinger ve ark.ları (5), laparoskopik cerrahi uygulanan akut kolosistit olgularında, safra kesesinin aspirasyonu, kalın duvarlı keselerde dişli grasper'ların kullanılması, Calot üçgeninin dikkatli ve uygun disektörler ile diseksiyonu ve sistik kanalın klipslenmesi yerine ip ile bağlanması gibi teknik önlemlerin morbidite açısından faydalı olabileceğini belirtmektedirler. Bizim olgularımızda AK nedeniyle laparoskopik girişim yapılanlarda açığa geçme oranı, KK nedeniyle laparoskopik uygulananlardan daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (%2.0'ye karşılık %1.5 olup $p > 0.05$)

Laparoskopik cerrahide deneyimin artması ve eğitilmiş cerrahlar tarafından uygulanması, laparoskopik kolosistektominin, akut kolosistit içinde güvenli bir şekilde uygulanabilmesini sağlamaktadır.

Schwesinger ve ark.ları (5) yapmış oldukları literatür

taramasında akut kolosistitli olgularda ortalama ameliyat süresini 109 dakika olarak bulmuşlardır. Bu kronik kolosistit olgularından daha uzundur. Ameliyat süresi, teknik zorluklar, diseksiyon güçlüğü, safra kesesinin boşaltılması, bazen peroperatuvar kolanjiografi çekilmesi, kesenin diseksiyon sırasında parçalanması, taşların karın içerisine dökülmesi ve toplanması gibi sebeplerden dolayı uzamaktadır.

Bizim serimizde AK grubunda ameliyat süresi 65.7 ± 22.3 dakika, KK grubunda ise 53.7 ± 18.7 dakikadır ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p > 0.001$). Bizim olgularımızda süreyi en çok uzatan teknik problem diseksiyon güçlüğü yanında diseksiyon sırasında kesenin delinmesi ve taşların karın içerisine dökülmesidir. Muhtemel komplikasyonları önlemek amacıyla tüm taşlar toplanmaya çalışılmıştır.

Literatürde kesenin diseksiyon sırasında açılmasının morbiditeyi arttırmadığı bildirilmektedir. AK olgularında, diseksiyon zorluğu ve sızma tarzında kanama olması ve gözden kaçmış aksesuar safra kanalı veya kanalları olabileceği şüphesiyle %39 olguda dren kullanıldı. KK olgularında ise sadece %13 olguda dren kullanıldı. Her iki grupta da drenlere bağlı bir komplikasyon olmadı. Bizde Ersoy ve ark.larının (14) görüşlerine katılıyoruz. LK işlemleri sırasında eğer cerrah gerekli görüyorsa dren kullanmaktan kaçınmamalıdır. Dren kullanımının hastaya ek bir yük getirmediğinin inancındayız.

LK'de akut, kronik ayrımı yapılmaksızın komplikasyon oranları değişik serilerde %1-3 oranında bildirilmektedir (15). Schwesinger ve ark.larının literatür taramasında akut kolosistit için yapılan LK'lere bağlı gelişen komplikasyon oranları %5-20 arasında değişmektedir ve ortalama %12 olarak bildirilmektedir. Bizim AK grubunda %4, KK grubunda ise %3 oranında komplikasyon görüldü.

Kiviluoto ve ark.ları (4) güvenli bir safra yolu cerrahisi için, Calot üçgeni anatomisinin dikkatli bir şekilde ortaya konması ve komple künt bir diseksiyon yapmadan hiçbir vital yapıyı kesmemek gerektiğini bildirmektedirler. Bu prensip açık cerrahide olduğu gibi laparoskopik cerrahide de geçerlidir. Bu prensibin üzerinde hiçbir yöntem yoktur.

Serimizde sadece bir olgu (KK grubunda) büyük damar yaralanması sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmiştir.

Sonuç olarak LK'nin genel avantajları göz önüne alındığında ve bizim serimizde de görüldüğü gibi akut ve kronik kolosistit nedeniyle uygulanan LK'ler arasında

morbiditeyi arttırıcı bir fark olmaması AK içinde LK, tecrübeli ellerde güvenli ve efektif bir yöntemdir. Gangrenöz kolosistit düşünülenler hariç AK olgularında LK ilk seçilecek tedavi yöntemi olmalıdır. AK'lerde yüksek açığa dönme ihtimali LK için caydırıcı olmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Soper NJ, Stockman PT, Dunnegan DL et al. Laparoscopic cholestectomy: the new "gold standard"?. *Arch Surg* 127:917,1992
2. Alponat A, Kum CK, Koh BC et al. Predictive factors for conversion laparoscopy cholecystectomy. *World J Surg* 6:629,1997
3. Cuschieri A, Dubois F, Moujel J et al. The european experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 161:385,1991
4. Kiviluoto T, Siren J, Luukkonen P et al. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. *Lancet* 351:321,1998
5. Schwesinger WH, Sirinek KR, and Strodel WE. Laparoscopic cholecystectomy for biliary tract emergencies: State of the art. *World J Surg* 23:334,1999
6. Keskin A, Bostanoglu S, Atalay F ve arkadaşları. Laparoskopik kolesistektomi: 1270 olgunun anal izi. *End Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi* 3:168,1996
7. Crist DW and Gadacz TR. Complications of laparoscopic surgery. *Surg Clin North Am* 2:265,1993
8. Lai PBS, Kwong KH, Leung KL et al. Randomised trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 85:764,1998
9. Lo CM, Liu CL, Fan ST et al. Prospective randomised study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg* 227:461,1998
10. Eldar S, Sabo E, Nash E et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial. *World J Surg* 21:540,1997
11. Singer JA and McKeen RV. Laparoscopic cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. *Am Surg* 60:326,1994
14. Ersoy E, Bozkurt Ş, Tekin E ve arkadaşları. Laparoskopik kolesistektomide dren kullanımı. *End-Lap. ve Minimal İnvaziv Cerrahi* 1:35,1998
15. Deziel DJ, Milikan KW, Economou SO et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4292 hospitals nad 77 604 cases. *Am J Surg* 165:9,1993