

## Klinik Çalışma

# LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE; PREOPERATİF GASTROSKOPİ YAPILMALI MIDIR?

Şükrü TAŞ<sup>1</sup>, Öztekin ÇIKMAN<sup>1</sup>, Hasan Ali KİRAZ<sup>2</sup>, Yılmaz AKGÜN<sup>1</sup>, Muammer KARAAYVAZ<sup>1</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Çalışmamızda safra kesesi taşı nedeniyle operasyon planlanan hastalarda ek bir patoloji dışlamak amacıyla laparoskopik kolesistektomi öncesi üst GİS endoskopisi yapılan hastaların sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2012 – Haziran 2015 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi planlanan ve operasyon öncesi üst GİS endoskopisi yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Kolelilitiazis nedeniyle yatan preoperatif endoskopi yapılan 110 hasta çalışmamıza dahil edildi. Preoperatif gastroskopi işlemi kliniğimiz bünyesindeki cerrahi endoskopi ünitesinde gerçekleştirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, ultrasonografik bulgular ve endoskopik bulgular açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Kolelilitiazis nedeniyle yatan, preoperatif endoskopi yapılan 110 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hasta dosyalarından elde edilen ultrasonografi raporlarında; hastaların 58 (% 52.7)'inde multipl kalkül, 12(% 10.9)'sinde safra çamuru saptanırken 40 (%36.4)'inde tek bir taş olduğu rapor edildi. Preoperatif dönemde yapılan gastroskopi sonuçlarında ise hastaların 38 (%34.5)'inde pangastrit, 18 (%16.4)'inde alkalin reflü gastrit, 4 (%3.6)'ünde peptik ülser, 50 (%45,46)'sinde ise patoloji saptanmadı.

**Sonuç:** Preoperatif dönemde safra taşı hastalığını taklit edebilen üst GİS patolojileri olduğu akılda tutulmalıdır. Yapılan çalışmalarda postkolesistektomi sendromlarının büyük çoğunluğunu üst GİS patolojileri oluşturduğu bilinmektedir. Bu durumda hasta ve hekim açısından postoperatif dönemde uzamış tedavilere neden olabilmektedir. Günümüzde çoğu merkezde endoskopi üniteleri olup, laparoskopik kolesistektomi öncesi, üst GİS endoskopisi yapılmasını önermekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Laparoskopik kolesistektomi, preoperatif gastroskopi.

### Do we perform preoperatively gastroscopy before Laparoscopic Cholecystectomy?

### SUMMARY

**AIM:** The aim of this study is to present the results in patients who undergo upper gastrointestinal endoscopy to exclude any additional problems before performing laparoscopic cholecystectomy for gallstone disease.

**MATERIALS AND METHODS:** Between January 2012-June 2014, the patients who were performed upper gastrointestinal tract endoscopy before laparoscopic cholecystectomy were evaluated retrospectively. 110

1. Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

2. Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

Patients in whom performed upper gastrointestinal endoscopy were included in our study. In all of the endoscopy procedures performed. The patients were detected according to age,sex,sonographic and endoscopic findings.

**RESULTS:** 110 hospitalized patients for cholelithiasis who undergone uppergastrointestinal tract endoscopy was included in the study. When evaluated for sonographic findings, in 58(%52,7) of patients multiple calculi,in12(%10,9) sludge and in 40(36,4%) patients single calculi were found.The results of findings after upper gastrointestinal endoscopy were;38(34,5%) patients pangastritis,18(16,4%) alchalen reflux gastritis,4(3,6%) peptic ulser located in bulbus,50(45,46%) normal endoscopic findings.

**CONCLUSION:** In preoperative period, it should be beared in mind that upper gastrointestinal tract disorders mimicking gallstone disease can be existed. In recent studies it is reported that upper gastrointestinal diseases constructed a great amount of gallstone syndromes. Thus ,it may cause the loss of cost and business. Today, many centers have gastrointestinal endoscopy units and we recommend to perform upper gastrointestinal endoscopic research firstly in patients who are undergoing laparoscopic cholestectomy.

**Keywords:** Laparoscopic cholestectomy, preoperative gastroscopy.

## GİRİŞ

Safra kesesi taşlarının tedavisinde açık kolesistektomi ilk defa 1882 yılında Langenbuch tarafından yapılmıştır<sup>1</sup>. Laparoskopik kolesistektomi ilk defa 1987 yılında Philippe Mouret tarafından Fransa'da yapılmıştır<sup>2</sup>. Bu tarihten sonra hızla artan ilgi ile karşılaşmıştır. Hastaya daha az rahatsızlık vermesi, yara problemlerini minimale indirmesi, hastanede kalma süresini kısaltması, postoperatif normal aktivitenin kısa sürede kazanılması gibi avantajları, laparoskopik kolesistektomiye tercih edilir hale getirmiştir<sup>3</sup>. Dezavantajları olarak ise ilk yıllarda operatif safra yolları yaralanmasının yüksek oranda olması belirtilmesine rağmen, bu oran günümüzde artık deneyimlerin artmasıyla açık kolesitektomiye yaklaşmıştır<sup>4</sup>.

Kolesistektomi operasyonu planlanan hastalarda genellikle epigastrik ağrı, şişkinlik, dispeptik şikayetler ve ağızda acı tat gibi semptomlar mevcut olup; aynı zamanda gastroözefagial hastalık semptomlarını taklit edebilmektedir<sup>5</sup>. Bu nedenle üst gis endoskopisi işlemi genellikle cerrahlar tarafından kolesistektomi operasyonu öncesi uygulanmaktadır. Çalışmamızda kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi öncesi üst GIS

Tablo 1: Çalışmaya dahil edilen hastaların preoperatif USG ve Gastroskopi sonuçları

|             | Pangastrit | Alkalen Reflü Gastrit | Duodenal Ülser | Normal     | Toplam    |
|-------------|------------|-----------------------|----------------|------------|-----------|
| Multipl Taş | 27         | 15                    | 3              | 13         | 58(%52,7) |
| Tek Taş     | 7          | 3                     | 1              | 29         | 40(%36,4) |
| Safra Çamur | 4          | -                     | -              | 8          | 12(%10,9) |
| Toplam      | 38(%34,5)  | 18(%16,4)             | 4(%3,6)        | 50(%45,46) | 110(%100) |

endoskopisi yapılan hastaların sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2012 – Haziran 2014 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi planlanan ve operasyon öncesi üst GİS endoskopisi yapılan hastalar çalışmamıza retrospektif dahil edildi. Preoperatif akut pankreatit geçiren, akut atak hikayesi olan veya staz bulguları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalarda yaş, cinsiyet, laboratuvar bulguları, ultrasonografi (USG), preoperatif üst GİS endoskopisi sonuçları postoperatif hastanede yatış süreleri kaydedildi. Hastalar, elektif endoskopik incelemelerin 8-10 saat öncesinden katı ve 6 saat öncesinden sıvı besin almamışlardır. İncelemeler sırasında gerek duyulduğunda sedatif ve antispazmotik uygulandı. Kliniğimiz bünyesinde bulunan endoskopi ünitesinde gerçekleştirildi. Endoskopi bulguları kliniğimiz cerrahi endoskopi ünitesinden alınarak değerlendirildi.

## BULGULAR

Kolelilitiazis nedeniyle yatan preoperatif endoskopi yapılan 110 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 58.6 olup, hastaların 69 (% 59.3)'i kadın, 41 (%40.7)'i erkekti. Ultrasonografik açıdan değerlendirildiğinde hastaların 58 (% 52.7)'sinde multipl kalkül, 12 (%10.9)'sinde safra çamuru, 40 (%36.4)'sinde tek kalkül saptandı. Preoperatif üst GİS endoskopisi sonuçlarında 38 (%34.5) hastada pangastrit, 18 (%16.4) hastada alkalin reflü gastrit, 4 (%3.6) hastada bulbusta peptik ülser, 50 (%45,46) hastada ise normal gastroskopik bulgular saptandı. Laparoskopik kolesistektomi işlem 4 portla yapıldı. Postoperatif hastaların ortalama yatış süresi yaklaşık 1.2 gündür. (Tablo- 1)

## TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi, açık cerrahiye göre daha az invazif bir ameliyat olması ve doku hasarı, ameliyat süresi ile tekniğin, hastadan hastaya anlamlı fark göstermemesi nedeniyle tercih edilmektedir<sup>6</sup>. Laparoskopik kolesistektomi, benign safra kesesi hastalıklarında altın standart tedavi yöntemi olması ve hastaların da yüksek beklentisi nedeniyle

cerrahlar tarafından ilk tercih olarak uygulanmakta ve açık ameliyat endikasyonlarının sınırları giderek daralmaktadır<sup>7,8</sup>. Laparoskopik kolesistektomi için günümüzde hemen hemen gerçek anlamda bir kontrendikasyon kalmamıştır. Biz de kliniğimizde Laparoskopik kolesistektomi ameliyatını benign safra kesesi hastalıklarında standart olarak uygulamaktayız.

Özofagus, mide ve duodenum hastalıklarıyla ilişkili birçok semptomun nedeni en iyi endoskopi ile araştırılabilmektedir. Günümüzde altın standart olan laparoskopik kolesistektomi sonrası bazı hastaların postoperatif şikayetleri devam edebilmektedir. Safra reflüsü, özofajit tedavisini dirençli hale getiren ve Barrett özofagusu gelişiminde rol alan önemli faktörlerden biridir<sup>9</sup>. Bu şikayetlerin preoperatif dönemde safra taşı hastalığını taklit edebilen üst GİS patolojileri olduğu akılda tutulmalıdır. Yapılan çalışmalarda postkolesistektomi sendromlarının büyük çoğunluğunu üst GİS patolojileri oluşturduğu bilinmektedir<sup>10</sup>. Bu da hasta ve hekim açısından ciddi maliyet ve işgücü kaybına neden olabilmektedir.

Bizim çalışmamızda dahil edilen 110 olguda safra kesesi taşının yanında , üst gis endoskopisi yapılarak postoperaif dönemde karşılaşılabilecek olduğumuz aynı şikayetleri taklit edebilecek durumlar dışlanmış oldu. Bir başka açıyla preoperatif gastrik şikayetleri olan hastalarda preoperatif dönemde tedavi yapılarak postoperatif dönemde hasta konforuna faydası olduğunu düşünmekteyiz. Kliniğimiz bünyesinde bu sonuçlardan sonra üst gis endoskopisinin rutin olarak yapılmakta olup, bu şekilde cerrahi gidecek hastalarda aynı zamanda malignitede dışlanmış olmaktadır.

Sonuç olarak; günümüzde çoğu merkezde endoskopi ünitesi olup, kolelilitiazis için laparoskopik kolesistektomi planlanan hastalarda operasyon öncesi, rutin üst GİS endoskopisi yapılmasını önermekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Ishizaki Y, Miwa K, Yoshimoto J. Conversion of elective laparoscopic to open cholecystectomy between 1993-2004. Br J Surg 2006; 93(8): 987- 991.
2. Macintyre IMC, Wilson RG. Laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 80: 552-9, 1993.

3. Scott C E , Conner H, Laparoscopic Surgery. The Surgical Clinics of North America, 1st edi, W.B. Saunders Company , Philadelphia, June 1996.
4. Hunter JG. Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg. 161 : 71-6, 1991.
5. Beyermann K, Stinner B, Hasselmann U, Rothmund M.Beyer. Consequences of routine gastroscopy before cholecystectomy. Langenbecks Arch Chir. 1992;377(5):314-6.
6. Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A. Laparoscopic cholecystectomy: the Dundee technique. Br J Surg. 78: 155-9, 1991.
7. Suter M, Meyer A. A 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: Is it safe? Surg Endosc 2001; 15(10): 1187-1192.
8. Huang SM, Wu CW, Hong HT, Mingliu, King KL, Lui WY. Bile duct injury and bile leakage in laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 80: 1590-2, 1993.
9. Fujiwara Y, Higuchi K, Yamamori K, et al. Pathogenesis and treatment of refractory gastroesophageal reflux disease in Japanese patients. Nippon Rinsho, 2004; 62: 1510-1515.
10. Sosada K, Zurawinski W, Piecuch J, Stepień T, Makarska J. Gastroduodenoscopy: a routine examination of 2800 patients before laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2005 19(8):1103-8.