

Laparoskopik Kolesistektomi *

Erdoğan SÖZÜER (**), Zeki YILMAZ (**), Ömer ŞAKRAK (**),
Nusret AKYÜREK (**), Nihat BENGİSU (**), Yaşar YEŞİLKAYA (***)



ÖZET

Laparoskopik kolesistektomi (LK), semptomatik safra kesesi taşının tedavisinde en seçkin tedavi yöntemi haline gelmiştir. Ocak 1993 ile Kasım 1993 tarihleri arasında 60 hastaya laparoskopik kolesistektomi girişiminde bulunuldu. 49 hasta bilier kolik ile seyreden safra kesesi taşı, 10 hasta akut kolesistit ve bir hasta da semptomatik safra kesesi taşı ile birlikte karaciğerde amip absesi nedeni ile opere edildiler. Beş hasta daha önceden karın ameliyatları geçirmişlerdi. Laparoskopik kolesistektomi 8 hastada 3 trokardan başarılı şekilde yapılırken, 5 hastada açık kolesistektomiye (AK) geçme zorunluluğu duyuldu.

Sekiz hastaya bilier sistem anatomisini göstermek için intraoperatif kolanjiyografi çekildi. Ortalama ameliyat süresi 60 dakika, hastanede kalma süresi 2 gün ve normal aktiviteye dönme süresi ise 7 gün olarak bulundu. Üç hastada ciddi komplikasyon görüldü. Açık kolesistektomiye geçilen bir hasta ise akut miyokard infarktüsü nedeni ile kaybedildi.

Bu sonuçlar, laparoskopik kolesistektominin emin ve pek çok avantajı olan bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Kolelitiazis, laparoskopik kolesistektomi

SUMMARY

Laparoscopic cholecystectomy

Laparoscopic cholecystectomy is the most popular treatment in symptomatic cholelithiasis. This procedure has been attempted in 60 patients between January 1993 and November 1993. The main indications for operation were symptomatic gallstones with biliary colic (49), acute cholecystitis (10) and symptomatic gallstone associated with hepatic amebic abscess (1). Five patients had previous abdominal operations (8.3 %). Whereas cholecystectomy was performed through three trocars in 8 patients successfully, 5 patients required conversion to open cholecystectomy (8.3 %). Intraoperative cholangiography was attempted in 8 (13.3 %) of cases in order to define the anatomy of the biliary tree. The mean duration of operation was 60 min, postoperative hospital stay 2 days and for return to normal activity 6 days. Three major complications occurred (5 %) and one patient converted to open cholecystectomy died due to acute myocardial infarctus.

These results suggests that, cholecystectomy can safely be performed laparoscopically and this procedure has significant advantages over open cholecystectomy.

Key words: Cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy

GİRİŞ

Uzun yıllar semptomatik safra kesesi taşının tedavisinde etkili bir şekilde kullanılan konvansiyonel kolesistektomi yöntemi yerini laparos-

kopik kolesistektomiye mi bırakıyor? Son 5 yılda laparoskopik cerrahideki tecrübe ve teknikteki gelişmelere ve multisentrik geniş serili çalışmaların neticelerine bakıldığında, bu soruya "evet" dememiz gerekmektedir. Gerçekten de gerek yabancı gerekse yerli literatürde laparoskopik kolesistektominin emin, mortalite ve morbiditesi düşük ve pek çok avantajı olan bir metod olduğu vurgulanmaktadır (1,4,6,9,11,14).

Biz de bu çalışmamızda 1993 yılı başından beri uygulamaya başladığımız laparoskopik kolesis-

(*) Bu çalışma I. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi'nde (10-13 Kasım 1993, İstanbul) tebliğ edilmiştir.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

(***) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(****) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

tektomi ile ilgili hasta serimizi ve ilk deneyimlerimizi aktarmaya çalıştık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 1993 ile Kasım 1993 tarihleri arasındaki 10 aylık süre içinde 60 hastaya laparoskopik kolesistektomi girişiminde bulunuldu. Hastaların 48'i (% 40) kadın, 12'si (% 20) erkek olup, ortalama yaş 42'dir (30 ile 72 arasında değişiyor). Hastaların 49'u (% 81.6) semptomatik kronik taşlı kolesistit, 10'u (% 16.6) akut kolesistit, biri de (% 1.6) kronik taşlı kolesistit+karaciğerde amip absesi nedeni ile ameliyat edildiler.

Hastaların 5'i önceden karın ameliyatı geçirmişlerdi. Bunların biri üst abdomen, 4'ü ise alt abdomen ile ilgili ameliyatlardı. Hastaların preoperatif hazırlanmaları ve anestezi teknikleri aynen açık kolesistektomideki gibi yapıldı. Hastaların hepsinde sefalosporin ile profilaktik antibiyoterapi uygulandı. Akut kolesistitli ve komplikasyon çıkan vakalarda terapötik doz antibiyoterapi kullanıldı. Sekiz hastada (% 13.3) bilinen laparoskopik kolesistektomideki trokar tekniği yerine, ameliyatlarda 3 trokar kullanılarak gerçekleştirildi. 8 hastada intraoperatif kolanjiyografi çekildi.

SONUÇLAR

Laparoskopik kolesistektomi girişiminde bulunan 60 hastanın 55'inde (% 91.6) bu işlem başarı ile yapılırken, 5'inde (% 8.3) açık kolesistektomiye geçme zorunluluğu duyulmuştur. Bunun nedenleri bir vakada hemoraji, bir vakada koledok yaralanması, 3 vakada da aşırı fibrozis ve yapışıklıklar nedeni ile disseksiyon yapılamamasıdır.

Akut kolesistit nedeni ile LK girişiminde bulunan 10 hastanın 3'ünde (% 30) açığa geçilirken, kronik kolesistit nedeni ile LK yapılmak istenen 49 hastanın 2'sinde (% 4) açığa geçmiştir. Arada çok manalı bir farkın olduğu aşikardır. Görüldüğü gibi vasküler ve duktal yapıların tanınmaması, aşırı inflamasyon nedeni ile izah edilemeyen anatomi en çok açığa

dönme nedenidir. Kronik kolesistit ve karaciğer amip absesi olan hastaya kolesistektomi ile birlikte abse drenajı laparoskopik olarak yapılmıştır. İntraoperatif kolanjiyografi 8 hastada yapılmış ve hiçbirinde patolojik bulgu tespit edilmemiştir. Bu işlem daha çok, disseksiyonun zor ve komplikasyon riskinin daha yüksek olduğu akut kolesistitli vakalarda uygulanmıştır.

Ameliyat sürelerine bakıldığında, tecrübeler arttıkça sürenin azaldığını tespit ettik. Ortalama ameliyat süresi 60 dakika olarak bulundu. Özellikle intraoperatif kolanjiyografi çektiğimiz vakalarda, bu işlem ortalama 45 dakikalık bir gecikmeye yol açmaktadır. Bu gecikme sistik kanalın kanülasyonu dışındaki fiziki şartlardan kaynaklanmaktadır.

Öğrenme süreci içinde 6 hastaya subhepatik dren kondu. Bunlardan biri hariç hepsi 24 saat içinde çekildi. Postoperatif safra fistülü gelişen bir hastada ise dren 5 gün süre ile yerinde bırakıldı. Postoperatif hastanede kalma süresi komplikasyonsuz vakalarda 2 gün, normal aktiviteye dönme süresi ise 7 gün olarak bulunmuştur.

Üç hastamızda ciddi komplikasyon gelişmiştir. Bir vakada postoperatif safra fistülü gelişti. Dreninden 4 gün süre ile günde 50 ml'lik safra sızıntısı olan hastanın fistülü 5. gün spontan olarak kapandı. Bu hastada karaciğer yatağından açık kalan safra kanallıklarından kaçak olabileceği düşünüldü. Şifa ile taburcu edilen hastanın poliklinik takiplerinde problem görülmedi.

İkinci hastada disseksiyon esnasında sistik kanal olduğu düşünülen bir yapının kesilmesi sonucunda tam koledok kesisi meydana geldi. Peroperatif farkedilen bu komplikasyon açığa geçilerek ve T lüp üzerinde uç-uca koledok anastomozu yapılarak giderildi. Bu hasta da postoperatif 12. gün şifa ile taburcu edildi ve takiplerinde problem tespit edilmedi.

Başarılı şekilde LK yapılan ve sorunsuz bir postoperatif takipten sonra 2. gün taburcu edilen üçüncü hasta ise 4 ay sonra sarılık, ateş, titreme

şikayetleri ile başvurdu (tamı ?). Laparotomi yapılan hastada tüm koledokta diffüz duvar kalınlaşması ve lümende tama yakın daralma tespit edildi. Sklerozan kolanjit olarak kabul edilen hastaya yüksek seviyede (bifürkasyonda) uç-yan hepatikojejunostomi yapıldı. Bu hastada bilier obstrüksiyon sonucu ortaya çıkan klinik tablonun düzelmesi 20 günü bulan postoperatif takip ve bakımı gerektirdi.

Serimizde işleme bağlı mortalite görülmemiştir. Açık kolesistektomiye dönülen bir hasta yandaş problemleri nedeni ile kaybedilmiştir. 72 yaşında akut kolesistit tanısı ile medikal tedaviye alınan kadın hasta da kalp yetmezliği ve KOAH mevcut idi. Medikal tedaviye cevap alınamaması ve akut karın tablosu gelişmesi üzerine acil olarak ameliyata alınan hastaya önce laparoskop ile eksplorasyon yapıldı. Eksplorasyonda safra kesesinin ileri derecede hidropik ve yer yer gangrene olduğu, ayrıca aşırı fibrozis ve yapışıklıkların olduğu görüldü. Diseksiyon yapılmadan açık kolesistektomiye geçildi. Hasta postoperatif 3. saat ve 5. günde geçirdiği yaygın anterior MI nedeni ile kaybedildi.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi tüm dünyada taşıdığı sayısız avantajları ile hızla açık kolesistektominin yerini almaktadır. Üstelik önceden LK için kontrendike kabul edilen bazı durumlar, tecrübelerin artması ve tıp endüstrisinin hızla gelişmesine paralel olarak bugün kontrendikasyon olmaktan çıkmış, LK'nin endikasyon sahası içinde kalmıştır (7).

Laparoskopik kolesistektomi kronik kolesistitli hastalarda çok yüksek başarı oranı ile uygulanmaktadır. Akut kolesistitli vakalarda açığa dönme oranının ve komplikasyon riskinin daha yüksek olduğu akılda tutularak daha dikkatli ve tedbirli olunmalıdır. Akut kolesistitli vakalarda komplikasyonlardan sakınmanın en akılcı adımı eksplorasyonun iyi yapılarak açığa dönüp dönmeme kararının mümkün olduğunca erken verilmesidir. Cerrah açık kolesistektomiye dönmeyi bir komplikasyon olarak görmemeli ve aşırı ısrarlı olmamalıdır. Çünkü

gerek açığa geçme ve gerekse komplikasyon oranını direkt olarak etkileyen en önemli iki faktör akut kolesistitin derecesi ile operatörün teknik yeterliliği ve deneyimidir.

Laparoskopik kolesistektomide açığa geçme oranları literatürde % 2 ile 9 arasında bildirilmektedir (6). Biz de ortalama açığa geçme oranı % 8.3'tür. Çalışmamızda dikkati çeken bir husus, akut kolesistitli vakalarda açığa geçme oranının yüksek olmasıdır (% 30) (10/3). Bunun sebebi, inflamasyon nedeni ile kese duvarının aşırı derecede kalınlaşıp sertleşmesi ve Calot üçgenindeki anatomik yapılarla yeterince hakim olunamaması nedeniyle diseksiyonun güç olmasıdır. Kronik kolesistitli vakalarda ise açığa geçme oranımız literatürle uyum göstermektedir (% 4) (50/2).

Bazı serilerde açığa geçme sebeplerinden biri olarak gösterilen keseden safra sızıntısı bizce çok önemli olmayan bir komplikasyondur. Hastalarımızın 4'ünde diseksiyon esnasında safra kontaminasyonu meydana geldi. Bol ılık SF ile bölgenin irrigasyonu yapılan hastalarımızda postoperatif dönemde bir problem görülmedi.

Laparoskopik kolesistektomide tartışmalı konulardan birisi de intraoperatif kolanjiyografi çekilip çekilmemesidir. Bazı yazarlar ameliyat süresini 20-30 dakika uzatsa da, rutin intraoperatif kolanjiyografi çekilmesini tavsiye etmekte ve bu şekilde bilier anatomiyi ortaya koyarak safra yolları yaralanması riskinin azaltılabileceğini vurgulamaktadırlar (3,10,13). Literatürde genel kabul gören görüş ise özellikle öğrenme periyodu döneminde ve akut kolesistitli vakalarda bu işlemin faydalı olduğu şeklindedir (8,11). Biz de bu görüşe katılıyoruz.

Ayrıca hikayesinde sarılık veya karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk olan hastalarda ve ERCP imkanı olmayan merkezlerde intraoperatif kolanjiyografiyi biraz daha geniş endikasyonlar ile yaparak % 10-15 olarak bildirilen koledokta rezidü taş insidansının azaltılabileceği kanısındayız. İntraoperatif kolanjiyografinin bir başka avantajı da aksesuar safra kanallarını görüntüleyerek postoperatif safra ka-

çağı riskini minimuma indirmesidir. Laparoskopik kolesistektominin ilk yapıldığı yıllarda, önceden geçirilmiş abdominal operasyonlar bu işlem için kontrendikasyon olarak kabul ediliyordu. Fakat günümüzde bu relatif bir kontrendikasyon olmuştur. Nitekim serimizde 5 vaka daha önceden geçirilmiş abdominal operasyonlar vardı ve bunlarda laparoskopik kolesistektomi başarılı şekilde gerçekleştirildi.

Laparoskopik kolesistektominin komplikasyon oranı % 1.2-3 arasında bildirilmektedir (2,5,6). Bu oran açık kolesistektomide görülen komplikasyon oranları ile yaklaşık olarak aynıdır. Laparoskopik kolesistektomideki komplikasyonların çoğu öğrenme periyodunda ortaya çıkmaktadır. Bizim 60 vakalık serimizde görülen bir koledok kesisi ve bir postoperatif safra fistülünden oluşan komplikasyonlar da ilk 10 vaka içinde meydana gelmişlerdir.

Literatürün en geniş serisi olan ve yaklaşık 80.000 hastayı içeren multisentrik çalışmada safra yolları yaralanması oranı % 0.6, postoperatif safra sızıntısı oranı % 0.3 olarak bildirilmektedir (6). Bu oran yaklaşık olarak açık kolesistektomilerdeki kadar olmasına rağmen, biz safra yolu yaralanması riskinin açık kolesistektomiye oranla yüksek olabileceğini düşünüyoruz. Yöntemin mortalitesi açık kolesistektomi ile aynı olup, % 0.4 olarak bildirilmekte ve mortalite üzerinde etkili faktörlerin asıl hastalık ve cerrahi teknik olmayıp, yandaş hastalıklar olduğu kabul edilmektedir (2,4,5,12).

Scrimizde bir mortalite vardır. Bunun işlem ile ilgili olmadığını düşünüyoruz. Nitekim bu hastamız postoperatif peşpeşe geçirdiği MI atakları nedeni ile kaybedilmiştir. Daniel'in de bildirdiği gibi LK sonrası kaybedilen vakalarda MI teknik dışı ölüm sebepleri arasında birinci sırayı almaktadır (6).

Literatürde olduğu gibi bizim çalışmamızın sonucunda da laparoskopik kolesistektominin, bu konuda tecrübeli cerrahlar tarafından yapılmak

kaydı ile, tüm kolesistopatilerde uygulanması gereken bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

- Atalay F, Akalin Ö, Akoğlu M, Gündoğdu H, Kırınlioğlu V, Elbir O. Akut kolesistit tedavisinde laparoskopik kolesistektomi. *Gastroenterol* 1993; 4:119-202.
- Bailey RW, Zucker KA, Flowers JL, Scovill WA, Graham SM, Imbembo AL. Laparoscopic cholecystectomy. Experience with 375 consecutive patients. *Ann Surg* 1991; 214:534-54.
- Berci ME, Sackier JM, Paz-partlow M. Routine or selected intra-operative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1991; 126:646-649.
- Brian IR, Hywel RW. Laparoscopic cholecystectomy. The first 155 patients. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1992; 74:233-136.
- Cuschieri A, Dubois F, Mauviel J, Mouret P, Becker H, Buess G, Trede M, Troidi H. The european experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161:385-387.
- Daniel JD, Keith WM, Steven GE, Alexander D, Sung-Tao K, Mohan CA. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4292 hospitals and an analysis of 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165:9-13.
- Dubois F. Laparoscopic cholecystectomy. *Prob in Gen Surg* 1991; 8:587-591.
- Harvey MH, Cahill J, Wastell C. Laparoscopic cholangiography: A simple inexpensive technique using readily available materials. *Br J Surg* 1992; 79:1178-1179.
- Hershman MJ, Rosin RD. Laparoscopic laser cholecystectomy: Our first 200 patients. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1992; 74:242-247.
- Hunter JG. Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 162:71-76.
- Martin IG, Holdworth PJ, Asker J, Baltas B, Glinasis MT, Sue-Ling H, Gibson J, Johnston D, McMaahon MJ. Laparoscopic cholecystectomy as a routine procedure for gallstones: Results of an "all-comers" policy. *Br J Surg* 1992; 79:807-810.
- Peters JH, Gibbons GD, Innes JT, Nichols KE, Front ME, Roby SR, Ellison EC. Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 1991; 110:769-778.
- Sackier JM, Berci G, Phillips E, Carrol B, Shapiro S, Paz-Partlow M. The role of cholangiography in laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1991; 126:1021-1026.
- Scott ADN, McMillan I, Greville AC, Wellwood J MCK. Laparoscopic laser cholecystectomy: Results of the technique in 210 patients. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1992; 74:237-241.

Alındığı tarih: 28 Ocak 1994

Yazışma adresi: Doç. Dr. Erdoğan Sözüer, Erciyes Univ. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri