

Kütahya Devlet Hastanesi'nden ilk sonuçlar



Serdar BATUM (*)

ÖZET

Semptomatik kolelithiasis vakalarında giderek en popüler tedavi yöntemi haline gelen laparoskopik kolesistektomi hastanemizde ilk kez Kasım 1993'te gerçekleştirildi. 18.11. 1993 - 22.06.1994 tarihleri arasında 39 hasta bu yöntemle tedavi edildi. Hastalarımızın 38'i kadın 1'i ise erkek olup, ortalama yaşları 53.5 (28-75 arasında) idi. 9 hastada diabetes mellitus, atrial fibrilasyon, kalp yetmezliği, hipertansiyon, basit renal kortikal kist, koroner iskemik, nefrolithiasis ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi yandaş patolojiler mevcuttu. Operasyon süresi 29 ile 135 dakika arasında değişti. 3 hastada, önceden tespit edilemeyen akut gangrenöz kolesistit, yoğun ad ezyonlar ve ductus cysticus içinde, koledoka açılma yerine çok yakın multiple impakte taşlar nedenleri ile açık cerrahiye geçildi. Geri kalan 36 hastadan 30 u operasyonu takiben ilk 24 saat, 4 ü 48 saat içinde taburcu edildiler. 1 vakada umbilikal trocar yerinde sadece oral antibiyotik tedavisiyle kolayca kontrol altına alınan yüzeysel yara yeri enfeksiyonu gelişti.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, trocar

SUMMARY

Preliminary report from Kütahya state hospital

Laparoscopic guided cholecystectomy, which becomes the most popular form of therapy for patients with symptomatic cholelithiasis, was first attempted November, 1993 in our hospital. Between November 18, 1993 and June 22, 1994 39 patients were treated with this method. There were 38 women and only one man with a mean age of 53.5 years (range:28 to 75 years). Nine of them had some coexisting diseases such as; diabetes mellitus, atrial fibrillation, cardiac failure, hypertension, simple renal cortical cyst, coronary ischemia, nephrolithiasis and chronic obstructive lung disease. The operative time was changed from 29 to 135 minutes. Three patients required conversion of the laparoscopic procedure to an open laparotomy for the following reasons; unsuspected acute gangrenous cholecystitis in one patient (she was our first patient), extensive adhesions in one (she was fifth) and discovery of multiple impacted gallstones in the cystic duct very closely to common bile duct. In those patients undergoing laparoscopic cholecystectomy, 30 were discharged within 24 hours, 6 were discharged within 48 hours of surgery. In one case, we have encountered superficial wound infection at the umbilical trocar insertion site, which was treated with oral antibiotic regimen only.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, trocar

GİRİŞ

İnsan vücudunun değişik bölümlerinin internal muayenesi asırlardan beri hekimlerin ilgisini çeken bir konudur. İlk kez, bir arap hekimi olan Abulkasım'ın (936-1013) serviksin muayenesinde ışık kaynağı kullanmasıyla başlayan ve yüz yıllar süren çalışmalar sonucunda, Mouret 1987'de Fransa'nın Lyon kentinde ilk laparoskopik kolesistektomiye gerçekleştirmiştir⁽¹⁾.

GEREÇ ve YÖNTEM

18 Kasım 1993 - 22 Haziran 1994 tarihleri arasında 39 hastaya, semptomatik kolelithiasis olgularında giderek en popüler tedavi yöntemi haline gelen laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Hastaların 1'i erkek, diğerleri ise kadın olup, yaşları 28 ile 75 arasında değişmekteydi (ortalama 53.5), 9 hastada (% 23.07) diabetes mellitus, atrial fibrilasyon, kalp yetersizliği, hipertansiyon, basit renal kortikal kist, koroner iskemik, nefrolithiasis ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi yandaş hastalıklar mevcuttu.

(*) Kütahya Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı

Hastalarımızın tümünde tanı abdominal ultrasonografi ile kondu. Ultrasonografide, 1 vakada safra kesesinin retrakte, kese lojunda yoğun gölge olduğu, duvar kalınlığının ölçülemediği, koledokun 4 mm çapında olduğu ve karaciğer parankim eko şiddetinin arttığı, bir vakada akut kolesistit halinin mevcudiyeti, bir diğer vakamızda da safra kesesi polibi saptandı. Safra kesesi duvar kalınlıkları akut kolesistit vakası dışında normaldi (2-4 mm). Koledok çapı tüm olgularımızda normal olarak rapor edildi (ortalama 5 mm). Yine ultrasonografik olarak tespit edilen safra taşı büyüklükleri 8-30 mm arasındaydı. Rutin preoperatif tetkikler yapıp hastalar hazırlandıktan sonra operasyonlar genel anestezi altında ve Amerikan metodu kullanılarak gerçekleştirildi (2-4). 12 sene önce göbek altı median insizyondan sezeryan ameliyatı geçiren bir hastaya Hasson tekniği uygulanırken, diğer 38 hasta da pneumoperitoneum Verres iğnesi ile sağlandı.

BULGULAR

Üç vakada (% 7.7) laparoskopik işlemde, standart laparotomiye geçildi. Bunlardan birincisi serimizin ilk vakasıydı. Safra kesesi bölgesinde omentumla birlikte transvers kolon mezosunun tam bir gato oluşturduğu önceden saptanmayan akut kolesistit halinin mevcut olduğu görüldü. Bu vakanın preoperatif ultrasonografisinde safra kesesi duvar kalınlığı normal olarak değerlendirilmişti. Spesmenin histopatolojik incelemesinde akut atak gösteren kronik taşlı kolesistit saptandı.

Açık cerrahiye geçilen ikinci vakamız, laparoskopik cerrahi programımızdaki beşinci hastamızdı. Bu vakada yoğun adezyonlar nedeniyle Callot üçgenindeki ductal ve vasküler yapılar makul bir süre içinde ortaya çıkartılamadı (2).

Konvansiyonel cerrahiye geçilen son vakamızda ductus cysticus tamamıyla ortaya çıkartıldıktan sonra içinde koledoka açılma yerine çok yakın impakte taşlar saptandı. Taşlar keseye doğru sıvazlanmaya çalışıldıysa da mümkün olmadı. Bu vakaya laparotomi esnasında negatif koledok explorasyonu uygulandı.

İntraoperatif komplikasyonlarımız iki vakada (% 5.1) meydana geldi. Birincisi, kesenin yağından elektrokoterle disseksiyonu sırasında safra kesesinde küçük bir perforasyon oldu. Grasperlardan birinin yeri değiştirilmek suretiyle safra sızıntısı önlendi. İkinci vakada ise sistik arterin arka dalı aksidental olarak kesildi. Orta hatta üstteki 10 mm'lik kanülden aspiratör-irrigatör ile bası uygulanarak kanama geçici olarak önlendi. Bu kanülün daha lateralinden üçüncü bir 5 mm'lik kanül yerleştirilerek aspiratör-irrigatör ile basıya buradan devam edilirken, 10 mm'lik kanülden damar iyice disseke edildi, 2 adet klipsle kanama kontrol altına alındı. Operasyon süresi 29 ile 135 dakika arasında değişti. Operasyon sonunda sadece bir hastaya kapalı suction dren kondu.

30 hasta operasyonu takiben ilk 24, 4'ü ise 48 saat içinde taburcu edildiler. 65 yaşındaki bir kadın hastamız şiddetli öksürük nedeniyle postoperatif 6. günde, 70 yaşındaki yine bir kadın hastamız da bulantı ve öksürtük nedeniyle 3. günde taburcu edildiler. Ortalama hastanede kalış süresi 1.3 gündü.

Bir vakamızda (% 2.56) umbilikal trocar yerinde, sadece oral antibiyotik tedavisiyle yatışan yüzeysel yara yeri infeksiyonu gelişti. Bu vaka dışında profilaktik ya da terapötik antibiyotik kullanılmadı.

TARTIŞMA

Semptomatik kolelithiasis vakalarının tedavisinde, hızla tercih edilen tedavi yöntemi halini alan laparoskopik kolesistektomi, ülkemizde de giderek yaygınlaşmaktadır. Klasik açık kolesistektomiye göre bu yöntemle tedavi edilen hastalarda hastanede yatış, iş ve güce dönüş süreleri önemli oranda kısalmakta, postoperatif ağrı, yara yeri komplikasyonları ve kozmetik problemlere çok daha az rastlanmaktadır (3,4).

Serimizde açık cerrahiye dönme oranı % 7.7'dir. Bu konuda en geniş serilerden birine sahip olan Maryland Medical Center Üniversitesinde aynı oran % 5'den daha azdır (3). Laparotomiye ge-

çilen üç hastamızdan biri serimizin ilk diğeri ise beşinci vakasıydı. Operasyon ekibinin tecrübesinin yanısıra vaka sayımızın da artmasıyla ilerde bu oranın çok daha düşük olacağına inanıyoruz.

Trokarların yerleştirilmesi ve insüflasyonla ilgili olarak laparoskopik cerrahide gaz embolisi, organ ve damar yaralanmaları, insüflasyon iğnesinin mezenter, omentum, retroperitona girmesi gibi komplikasyonlar yayınlanmıştır (6,14). Yalnızca trokar yerleştirilmesiyle ilgili bildirilen majör komplikasyon oranı 1/500 ile 1/2000 arasında değişmektedir (5,15). Bizim serimizde insüflasyona ya da trokar yerleştirilmesine ait bir komplikasyon olmadı. Tüm ameliyatlarımızda disposable aletler kullandık. Disposable trokarlarda emniyet kınının bulunması istenmeyen organ yaralanmalarını büyük ölçüde engellemektedir.

İntraoperatif komplikasyonlarımızdan biri, organın karaciğerdeki yatağından elektrokoterle disseksiyonu esnasında safra kesesinde perforasyona bağlı sızıntıydı. Bu komplikasyona özellikle ilk vakalarda sıkça rastlanmaktadır (2,5).

Laparoskopik kolesistektomi esnasında meydana gelen kanamaların çoğunda neden açık kolesistektomidekilerle aynıdır. Laparoskopik kolesistektomide daha sık görülen özel bir durum sistik arterin arka dalından oluşan kanamalardır (2,5). Sistik arter, safra kesesinin medialinde, değişik lokalizasyonlarda ön ve arka dala ayrılır. Ön dalm belirgin olduğu durumlarda bu oluşum sistik arterin kendisi olarak değerlendirilebilmekte ve arka daldan kanamalar oluşabilmektedir (2,5). Bu durum bir vakamızda karşımıza çıktı (% 2.56). İlave bir kanülden damar üzerine bası yapılırken dal yice disseke edilip klipslenerek önemli bir kan kaybı olmaksızın problem giderildi.

Biri dışında vakalarımızda dren kullanmadık. Dr. Zucker de ilk 100 vakasını bildirdiği makalesinde 2 hastada dren kullandığını bildirmiştir (4). Organ yataktan tamamen ayrılmadan titizlikle yapılacak hemastozun dren ihtiyacını önemli oranda azalttığını düşünüyoruz.

Bir vakamızda (% 2.56) umbilikal trokar yerinde tedavisinde sadece oral antibiyotiklerin yeterli olduğu yüzeysel bir infeksiyon gelişti. Bu konuda literatürde ayrıntılı bilgi mevcut değildir. Diagnostik laparoskopilerde infeksiyon oranı % 0.1'dir (5). Dr. Zucker nonakut kolesistitlerde perioperatif antibiyotiklerin yeterli olacağını, akut kolesistit vakalarında ise postoperatif dönemde hastaların ateşi düşüp, beyaz küre sayılarını normale dönene kadar intravenöz, ondan sonra da toplam 7-10 gün olacak tarzda oral antibiyotik tedavisi önermektedir (2). Biz yukarıda belirtilen bir vaka dışında proflaktik ya da terapötik amaçla antibiyotik kullanmadık ve bu uygulamamızla ilgili olabilecek herhangi bir problemle de karşılaşmadık.

Hastalarımızın ortalama hastanede kalış süreleri 1.3 gün olup, literatürle uyumludur (2-4).

SONUÇ

Sindirim sistemi hastalıkları arasında en sık görülenlerden biri olan kolelithiasis vakalarının tedavisinde laparoskopik kolesistektominin güvenilir bir yöntem olduğu ve giderek artan sıklıkla kullanılacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Filipi CW, Fitzgibbons RJ Jr, Salerno GM. Historical review: Diagnostic laparoscopy to laparoscopic cholecystectomy and beyond. In: Zucker KA, Bailey RW, Reddick EJ editors. Surgical laparoscopy. St. Louis, Missouri: Quality medical publishing, Inc 1991:3-21.
2. Zucker KA, Bailey RW, Flowers J. Laparoscopic management of acute and chronic cholecystitis. The Surgical Clinics of North America 1992; Oct:7205:1045-67.
3. Zucker KA. Laparoscopic guided cholecystectomy with electrocautery dissection. In: Zucker KA, Bailey RW, Reddick EJ editors. Surgical laparoscopy. St. Louis, Missouri: Quality medical publishing, Inc, 1991:143-82.
4. Zucker KA, Bailey RW, Gadacz TR, Imbembolo AL. Laparoscopic guided cholecystectomy. Am J Surg 1991; Jan: 161:36-44.
5. Bailey RW. Complications of laparoscopic general surgery. In: Zucker KA, Bailey RW, Reddick EJ editors. Surgical laparoscopy. St. Louis, Missouri: Quality medical publishing, Inc 1991:311-42.
6. Endler GC, Moghissi KS. Gastric perforation during pelvic laparoscopy. Obstet Gynecol 1976; 47:40-

- 2.
7. Levinson CJ, Schwartz SF, Saltzstein EC. Complication of laparoscopic tubal cauterization: Small bowel perforation. *Obstet Gynecol* 1973; 41:253-6.
8. Thompson BH, Wheelers CR. Gastrointestinal complications of laparoscopic sterilization. *Obstet Gynecol* 1973; 41:669-76.
9. Lynn SC, Katz AR, Ross PJ. Aortic perforation sustained at laparoscopy. *J Reprod Med* 1982; 27:217-9.
10. Peterson HB, Greenspan JR, Ory HW. Death following puncture of the aorta during laparoscopic sterilization. *Obstet Gynecol* 1982; 59:133-4.
11. Baadsgaard SE, Bille S, Egeblad K. Major vascular injury during gynecologic laparoscopy. Report

- of two cases and review of published cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68:283-5.
12. Deshmukh AS. Laparoscopic bladder injury. *Urology* 1982; 19:306-7.
13. Georgy RM, Fetterman HH, Chefetz MD. Complications of laparoscopy. Two cases of perforated urinary bladder. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 120:1121-2.
14. Irvin TT, Goligher JC, Scott JS. Injury to the ureter during laparoscopic tubal sterilization. *Arch Surg* 1975; 110:1501-3.
15. Pentecost MP, Curtis EM. Laparoscopy. In: Ridley JH editor. *Gynecologic surgery: Errors, safeguards, salvage*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1981; 135-58.

Alındığı tarih: 23 Temmuz 1994

Yazışma adresi: Dr. Serdar Balum, Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı 43100 Kütahya

ENDOSKOPİK-LAPAROSKOPİK CERRAHİ EĞİTİM KURSLARI

ÜÇ YILDANBERİ PERİYODİK OLARAK YAPILMAKTA OLUP,
ŞİMDİYE KADAR ÜLKEMİZİN DEĞİŞİK YÖRELERİNDEN KATILAN
300'DEN FAZLA CERRAHI ÜNİVERSİTE KATILIM SERTİFİKASI VERİLMİŞTİR

I. endo laparoskopik cerrahiye yeni başlayanlar için 8-10 gün devam eden TEMEL (BASIC) EĞİTİM KURSLARI'nda:

- İlk hafta sonu, Cumartesi-Pazar, trainer box pratik çalışmalarında, ekrana bakarak videoskopik cerrahi tekniğine alışılması
- Bir hafta süresince devam eden ameliyathane uygulamalarında, ortalama günde 2-3 haftada 15-20 ameliyatı bizzat izleme ve asistansa girme
- Bir hafta süresince, her öğleden sonra 2-3 saat, deneyimli öğretimi üyelerinin video-prezentasyonlu teorik ders ve tartışmalarına katılma
- Son hafta sonu, isteyen her kursiyere canlı domuz ameliyatı yaptırılması
- Mecburi ilk 8 günlük eğitim sonunda üniversite sertifikası verilmesi

II. endo laparoskopik cerrahiye daha önce başlamış olunanlar için 2-3 günlük GELİŞTİRME ve İLERİ TEKNİK (ADVANCED) UYGULAMA KURSLARI:

- Endo ligatür, endo sütür, endo anastomoz vb. uygulamalar
- İleri teknik ve uygulamalarını ameliyathaneden izleme ve tartışma
- Değişik branşlarda (Jinekoloji, Üroloji, Toraks Cerrahisi) özel kurslar

Oğretim kadrosu

Prof. C. AVCI, Prof. A. ALPER, Doç. D. BUĞRA, Doç. V. ÖZMEN,
Doç. S. MERCAN, Doç. A. İGİCİ, Op. L. AVTAN, Doç. H. SERDAROĞLU

Organize eden kuruluşlar

- ◆ İ.Ü. Odiyo Vizüel Uygulama ve Araştırma Merkezi (ODUİM), ◆ İst. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
- ◆ Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği (E.L.C.D.), ◆ Medikoşirurjikal Odiyovizüel Eğitim ve Dökümantasyon Merkezi (MOVİDEM)

Müracaat : Dr. Avit AVCI, Dr. Levent AVTAN, İstanbul Tıp Fakültesi, Cerrahi Monoblok Giriş Katı,
ODVİM Merkezi, 34390 Çapa/İstanbul Tel: 212 533 34 32 Fax: 212 534 16 05