

Laparoskopik Kolesistektomide Açığa Geçiş Nedenlerimiz

Ahmet TEKİN, Tevfik KÜÇÜKKARTALLAR, Faruk AKSOY, Celalettin VATANSEV,
Metin BELVİRANLI, Ömer KARAHAN
Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, KONYA

Özet

Amaç: Kliniğimizde 1994-2004 yılları arasında laparoskopik kolesistektomi yaptığımız 3136 hastanın dosyalarını retrospektif olarak inceleyerek açık tekniğe geçiş oranımızı ve nedenlerini literatür bilgisi eşliğinde irdelemeye çalıştık.

Gereç ve Yöntemler: 1994-2004 yılları arasında kolelitiazis nedeniyle opere edilen 3136 hastanın 168 (%5)'inde laparoskopik başlanıp açığa geçildi ve bu hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalarımız 1994-1999 ve 1999-2004 tarihlerini kapsayacak şekilde 2 periyotla irdelendi. Açık kolesistektomiye geçişteki en önemli neden intraabdominal yapışıklıklardı. Diğer nedenler ise; akut kolesistit, diseksiyonda güçlük, operasyon sırasında meydana gelen kanama, teknik yetersizlik, safra yolu yaralanması, arter ve safra yolu anomalileri, Mirizzi sendromu ve içi boş organ yaralanması olarak tespit edildi.

Bulgular: Açığa geçiş oranı laparoskopik kolesistektomiye başladığımız ilk 5 yıllık periyotta %9 iken, ikinci beş yıllık periyotta %3 olmuştur. İkinci periyotta akut kolesistitlerde açığa geçiş oranı birinci periyoda göre %54 oranında azalmıştır.

Sonuç: Adezyonlar ve akut kolesistitlere bağlı diseksiyon güçlüğü açık cerrahiye geçmede en önemli nedenler olmuştur. Laparoskopik kolesistektomilerde açığa geçiş oranının cerrahların tecrübesi arttıkça azaldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik kolesistektomi, açık cerrahi, kolesistit, adezyon

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2006; 13(3): 131-135

Summary

The cases of Return to Open Surgery in Laparoscopic Cholecystectomy

Objective: We tried to evaluate with literature knowledge our opening room by focusing on 3136 patients whom we applied laparoscopic cholecystectomy.

Material and Methods: We applied laparoscopic to 168 patients of 3136 who were operated because of cholelithiasis between 1994-2004. Patients' files were evaluated retrospectively between the periods 1994-1999 and 1999-2004. The primary reason to transfer open cholecystectomy was intraabdominal sticks. The other reasons were; acute cholecystitis, difficult dissection, bleeding within operation, technical deficiencies, wounds in bile paths, artery and bile paths anomalies, Mirizzi Syndrome and vacant organ wounds.

Results: The rate of opening was 9.14 per cent in the first five years. It was 3.03 per cent in the second five years. The rate of opening in acute cholecystitis decreased 54 percent in the second 5 years.

Conclusion: Adesions and dissection difficulty depending on acute cholecystitis are the main reasons for open surgery. Our rate of opening in laparoscopic cholecystectomy are seen to have decreased while our surgeon's experiences increase.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, open surgery, cholecystitis, adhesions.

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2006; 13(3): 131-135

Giriş

Semptomatik taşlı kolesistitlerde tedavi cerrahi, yani kolesistektomidir¹. Günümüzde safra kesesinin laparoskopik olarak çıkarılması altın standart olarak kabul görmüştür. Ancak her kolesistektomi, laparoskopik başlanıp laparoskopik olarak bitirilemez. Laparoskopik kolesistektomilerde %3-10 oranında açık tekniğe dönme gereksinimi olabilmektedir. Akut kolesistitlerde bu oran daha da yüksek olarak bildirilmiştir. Açık cerrahiye geçilmesi en sık yoğun fibrozis, anatomik anomaliler, yaş, akut inflamasyon, teknik yetersizlik, cinsiyet faktörü (hastanın erkek olması), gibi birçok nedene bağlı olabilir. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda açık cerrahiye geçme sıklığımızı ve nedenlerini iki periyotta literatür bilgileri eşliğinde irdelemeye çalıştık.

Hastalar ve Yöntem

1994-2004 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde laparoskopik kolesistektomi yapılan 3136 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. 10 yıl boyunca opere edilen 3136 hastanın kliniğe yatış nedenleri, yapılan operasyon tipi, açık cerrahiye dönülen vakaların açığa dönme nedenleri araştırıldı. Hastalarımız 1994-1999 ve 1999-2004 tarihlerini kapsayacak şekilde 2 periyotta irdelendi.

Bulgular

Olguların 784 (%23)'ü erkek, 2352 (%77)'si kadındı. Erkeklerde yaş ortalaması 59 iken kadınlarda 38 idi (Tablo 1). Çalışmamızın başladığı yıllarda yıllık ortalama 250 hasta safra kesesi taşı nedeniyle opere edilirken bunların 112 (%45)'si direkt açık cerrahi teknik ile

Tablo 1
Hasta karakteristikleri

	1994-1999	1999-2004
Ortalama yaş	59 (38-68)	48 (29-71)
Kadın / erkek oranı	894 / 298	1458 / 486
Vücut ağırlığı	71 (59-85)	74 (57-102)
Akut kolesistit	28	98

yapılmaktayken çalışmamızın sonlarına doğru yıllık 450 vakaya kadar çıkmış ve bunların %97'si laparoskopik olarak tamamlanabilmekteydi (Tablo 2). İki bin yılında safra kesesi ameliyatı yapılan hastalardan 14 (%4)'üne direkt açık kolesistektomi uygulanırken, bu oran 2004 yılında 8 (%2)'e kadar geriledi. Kolesistektomi için yatırılan hastalara 1722 (%55) bilier kolik, 1096 (%35) akut kolesistit, 318 (%10) bilier pankreatit nedeniyle operasyon endikasyonu konuldu. Akut kolesistitli hastaların 1994 yılında %11'i operasyona alınırken 2004 yılında bu rakam %26'ya yükseldi. Üç bin yüz otuz altı olgunun 168 (%5)'inde laparoskopik olarak başlanmasına rağmen çeşitli nedenlere bağlı olarak açık cerrahi tekniğe geçmek zorunda kalındı. Açık cerrahi geçişteki en önemli neden 60 (%4) hastada görülen adezyon olarak tespit edildi. Diğer nedenler ise; 35 (%20) hastada akut kolesistit

tablosu, 18 (%11) hastada güç diseksiyon, 12 (%7) hastada operasyon esnasında çeşitli nedenlere bağlı olarak meydana gelen kanama, 11 (%7) hastada teknik yetersizlik, 9 (%5) safra yolu yaralanması, 9 (%5) hastada arter ve safra yolu anomalileri, 6 (%4) hastada Mirizzi sendromu, 4 (%2) hastada içi boş organ yaralanması, 4 (%2) hastada daha önce geçirilmiş üst abdominal cerrahiye bağlı yapışıklıklar nedeniyle açık cerrahiye dönülmek zorunda kalın (Tablo 3).

Tartışma

Semptomatik taşlı kolesistitlerde tedavi cerrahi, yani kolesistektomidir¹. Safra kesesinin laparoskopik olarak çıkarılması tıp alanında yeni bir çığır açmıştır. Üzerinden çok geçmeden laparoskopik kolesistektomi konvansiyonel kolesistektominin yerini alarak bu konuda altın standart

Tablo 2
Kolesistektomi ameliyatlarının yıllara göre dağılımı ve özellikleri

	1994-1999	1999-2004
Kolesistektomi sayısı	1390 (%41)	1992 (%59)
Açık başlanan kolesistektomi	198 (%14)	42 (%2)
Lap.başlanan kolesistektomi	1192 (%86)	1944 (%98)
Açığa geçiş oranı	109 (%9)	59 (%3)
Açığa geçiş nedenleri	Akut kolesistit	Abd. yapışıklık

Tablo 3
Laparoskopik kolesistektomide açığa geçiş nedenleri

	1994-1999	1999-2004
Adezyonlar	26	34
Akut kolesistit	27	8
Değişik nedenlere bağlı diseksiyon güçlüğü	15	3
Kanama	9	3
Teknik yetersizlik	10	1
Safra yolu yaralanması	7	2
Arter ve safra yolu anomalisi	6	3
Mirizzi sendromu	5	1
İç boş organ yaralanması	3	1
Geçirilmiş operasyona bağlı yapışıklık	1	3

olmuştur. Laparoskopik olarak başlanan safra kesesinin çıkarılması işlemi bazı hallerde klasik yönetime dönülmeyi gerektirir. Yani laparoskopik olarak başlanan girişim açık olarak tamamlanır. Açık cerrahiye dönülmesi gereksinimi yoğun fibrozis, anatomik anomaliler, yaş, akut inflamasyon, teknik yetersizlik gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Laparoskopik kolesistektomilerde %3-10 oranında açık tekniğe dönme gereksinimi olabilir². Akut kolesistitlerde bu oran daha da yüksek olarak bildirilmiştir¹. Günümüzde kolesistektomilerin üçte ikisinden fazlası laparoskopik olarak yapılmaktadır. Hatta bazı eğitim hastanelerinde asistanların bir çoğu açık kolesistektomiden önce laparoskopik kolesistektomiyi öğrenmektedirler. Hastanede daha az kalış süresi ve hastalara daha erken iyileşerek normal günlük hayata daha erken dönmeleri gibi avantajlar sağladığı için özellikle tercih edilmektedir. Ancak her laparoskopik kolesistektomide açık cerrahiye dönme ihtimali olabilir. Hastanın durumu, cerrahın laparoskopi konusundaki deneyimi ve teknik faktörler açık cerrahiye geçmede önemli rol oynamaktadır. Daha önceki yapılan bazı çalışmalarda en önemli açığa geçme nedeni akut kolesistit

olarak rapor edilmişti³⁻⁷. Ancak bizim çalışmamızda açığa geçmedeki en önemli faktör yapışıklıklar olarak tesbit edildi⁸⁻¹⁰. Cerrahın tecrübesi arttıkça ve teknik imkanlar genişledikçe açık cerrahiye dönmenin de o oranda azalacağı aşıkardır. 1994 yılından bu yana açık cerrahiye dönmeyle ilgili bir çok çalışma yapılmış ve bu merkezlerde %12-%30 oranında açık cerrahiye dönme oranı bildirilmiştir. Bizim çalışmamız bu merkezlerde yapılan çalışmalara göre oldukça geniş bir periyodu ve hasta sayısını kapsamaktaydı ve diğer çalışmalarla kıyaslandığında açığa dönme oranını çok daha düşük orandaydı (%5). Kliniğimizde laparoskopiye başladığımız ilk yıllarda açığa geçme oranımız %10 civarındayken son yıllarda akut kolesistitlerin büyük kısmında laparoskopik kolesistektomi yapmamıza rağmen genel anlamda baktığımızda bu oran %1.5'lara kadar geriledi. Buna paralel olarak laparoskopiye başladığımız ilk yıllarda akut kolesistitlerin büyük kısmında açık cerrahiye dönerken son yıllarda literatürde belirtilen orana yakın, oldukça az oranda açık cerrahiye dönme oranına sahibiz (%29)¹¹. Büyük oranlarda azalmanın temel nedenleri cerrahların laparoskopik girişimlerde tecrübelerinin artması ve teknik

imkanların ilk yıllara göre oldukça gelişmiş olmasına bağlıdır. Akut kolesistitlerde laparoskopik cerrahide operasyonun zamanlamasına önem vermekteyiz⁴. Eğer erken dönemde (ilk 24-48 saat) cerrahiye alınırsa akut kolesistitteki ödematöz dokular nedeniyle laparoskopik kolesistektomi daha kolay olmaktadır¹². Açık başlanan zor kolesistektomilerde bir gün "laparoskopik kolesistektomiye geçelim" denilebilir. Gerçekten bazı kolesistektomilerin laparoskopik olarak daha kolay ve emniyetli yapılabildiğine şahit olmaktayız. Akut kolesistitlerdeki açığa geçme oranındaki düşüş bizim toplam açığa geçiş oranımızı da o derecede düşürmüştür.

Buradan hareketle laparoskopik kolesistektominin rutin uygulamaya girmesi kolesistektomi sayımızı artırmıştır. İkinci periyotta daha az sayıda kolesistektomi açık yöntemle başlanarak yapılmıştır. Akut kolesistitlerde erken kolesistektomi 2. periyotta daha sık uygulanır olmuştur. İkinci periyotta açığa geçiş oranı azalmıştır. Birinci periyotta en önemli açığa geçme nedeni akut kolesistite bağlı diseksiyon güçlüğü iken, 2. periyotta değişik nedenlerle oluşmuş üst abdominal bölgedeki adezyonlara bağlı diseksiyon güçlüğü olmuştur.

Sonuç olarak tüm çalışmalarda adezyonlar ve ortaya iyi konamayan anatomi hala açık cerrahiye dönmedeki en önemli faktörlerdir. Ancak özellikle akut kolesistitli hastalarda operasyon zamanlaması iyi yapıldığında, cerrahların laparoskopik cerrahide deneyimleri ve operasyonda kullanılan enstrümanların kalitesi ve sayısı art-

tıkça, açığa geçme oranlarının tüm merkezlerde süratle düşeceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Glenn F. Acute Cholecystitis: Surg Gynecol Obstet 1976; 143: 55-60.
2. Sanabria JR, Gallinger S, Croxford R, Strasberg SM. Risk factors in elective laparoscopic cholecystectomy for conversion to open cholecystectomy. J Am Coll Surg. 1994; 179: 696-704.
3. Peters J.H, Krailadsiri W, Incarbone R, et al. Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy in an urban teaching hospital. Am J Surg 1994; 168: 555-8.
4. Lo C.M, Fan S.T, Liu C.L, et al. Early decision for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. Am J Surg 1997; 173: 513-17.
5. Bittner R, Leibl B, Kraft K, et al. Treatment of acute cholecystitis by laparoscopic cholecystectomy: Optimal timing for operation. Chirurg 1997; 68: 237-43.
6. Fried GM, Barkun JS, Sigman HH, et al. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1994; 167: 35-41.
7. Eldar S, Sabo E, Nash E, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial. World J Surg 1997; 21: 540-45.
8. Rutledge D, Jones D, Rege R. Consequences of delay in surgical treatment of biliary disease. Am J Surg 2000;180: 466-69.
9. Alponat A, Kum CK, Koh BC, et al. Predictive factors for conversion of laparoscopic surgery. World J Surg 1997; 21: 629-33.
10. Wiebke EA, Pruitt AL, Howard TJ, et al. Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy: An analysis of risk factors. Surg Endosc 1996;10: 742-5.
11. Tekin A, Aksoy F, Küçükkartallar T, et al. Akut Kolesistit Olgularında Laparoskopik Kolesistektomi Deneyimimiz. 2. Hepato Gastroenteroloji Kongresi 25-29 Eylül 2005 Belek/Antalya
12. Navez B, Mutter D, Russier Y, et al. Safety of laparoscopic approach for acute cholecystitis: Retrospective study of 609 cases. World J Surg 2001; 25: 1352-6. patients. Intensive Care Med 2002; 28: 1656-60.