

Laparoskopik koledokolitiazis tedavisi (Olgu Sunumu) (*)



Semih DOĞAN (**), Uğur SUNGURTEKİN (**)

ÖZET

Kolelitiazis olgularında laparoskopik cerrahinin seçkin tedavi yöntemi olduğu artık kabul edilmektedir. Laparoskopik cerrahinin açık cerrahi yöntemlerine bir alternatif yöntem olup olmayacağına dair çok sayıda çalışmalar yapılmıştır. Laparoskopik cerrahide deneyim kazanılması ile laparoskopik cerrahinin yelpazesi genişlemiştir, koledokolitiazisin laparoskopik tedavisi bu türden operasyonların bir örneğidir. Bu çalışmada Türkiye'de yapılan ilk laparoskopik koledokolitiazis olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Laparoskopî, koledokolitiazis

SUMMARY

Laparoscopic treatment of choledocholithiasis

Now it has been accepted that laparoscopic cholecystectomy is the treatment of choice in cholelithiasis cases. Many studies has been made whether laparoscopic surgery is an alternative method to different type of open surgical procedures or not. After gaining experience spectrum of laparoscopic surgery has been broadened, laparoscopic treatment of choledocholithiasis is an example of these operations. The fist laparoscopic treatment of choledocholithiasis case in Turkey has been presented in this study.

Key words: Laparoscopy, choledocholithiasis

GİRİŞ

Artık kolelitiazis olgularında laparoskopik kolesistektominin seçkin tedavi yöntemi olduğu bilinmektedir. Bu yöntemin cerrahi uygulamaya girişinden itibaren diğer operasyonlara da bir alternatif olup olmayacağı konusunda çok çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Cerrahi uygulamada deneyim kazandıkdıkça operasyon çeşitliliği de artmıştır. Bunlardan birisi olan koledok taşının tedavisi konusunda başlattığımız serinin ilk olgusu bu çalışmamızda sunulmuştur.

Laparoskopik kolesistektomi ilk kez Fransa'da 1987'de Mouret tarafından yapıldıktan sonra 1988'in ikinci yarısında Amerika Birleşik Devletleri'nde önce McKeman ve Saye, kısa bir süre sonra da Reddick ve Olsen tarafından uy-

gulanmıştır. 1989-1990 yıllarında ise açık kolesistektomi sayısını geçecek düzeye ulaşmıştır. Bu artış sadece açık kolesistektomiye göre olmamış, aksine koledokolitiazis operasyonlarında da, Orlando ve arkadaşlarının bildirdiğine göre % 29 oranında artışa neden olmuştur. İlk kez 1992 yılı Mayıs ayında başlattığımız kolesistektomi operasyonlarının sayısı Temmuz 1994 itibarı ile 450'ye ulaşmıştır. Elde ettiğimiz deneyim sonrasında 1994 yılı başından itibaren ilk kez koledok taşlarının laparoskopik yöntemle tedavisi çalışma programımız başlamıştır. Sunulan olgumuz Türkiye'de laparoskopik yolla tedavi edilen ilk koledokolitiazis olgusu olup prospektif çalışmamız halen devam etmektedir.

OLGU SUNUMU

Olgu H.Ş. 39 yaşında, kadın, protokol numarası: 4134. İki yıldır karın sağ üst kadran ağrısı ve interskapular bölgeye vuran ağrı şikayeti mevcut. Hiç sarılık atağı geçirmediği, ancak son 1 yıl içerisinde zaman zaman idrarının koyu

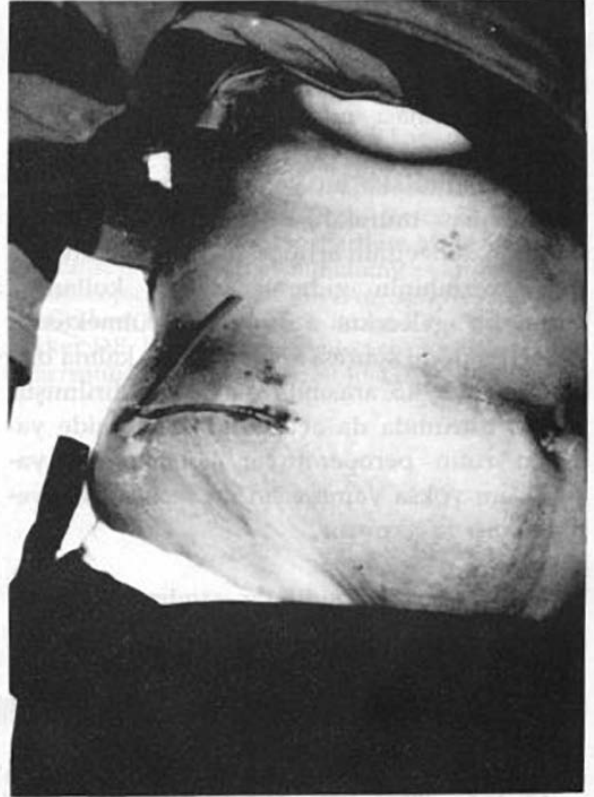
(*) Bu çalışma 4th European Congress of Video Surgery İstanbul 5-8 June 1994'te bildiri olarak sunulmuştur.

(**) İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Op. Dr.

çay renginde geldiği anamnezden saptandı. Rutin kan ve idrar tetkikleri, akciğer grafisi ve EKG normal sınırlarda. SGOT: 76 U/L; SGPT: 138 U/L; Alkalen fosfataz 173 U/L; total bilirubin: 0.70 mg/dl; direkt bilirubin: 0.22 mg/dl; çekilen ultrasonografide safra kesesinde multipl taşlar mevcut ve koledok çapı 10 mm olarak saptandı. Koledokta şüpheli taş görünümü saptanması üzerine yapılan ERCP (prot. No:1726)'de koledokta ve extrahepatik safra yollarında hafif dilatasyon, koledokta, büyük çapı 12 mm olan elips şeklinde tek taş saptandı. Hastanın gerekli preoperatif hazırlık döneminden sonra, hastaya kolesistokoledokolitiazis ön tanısıyla laparoskopik operasyon planlandı.

Hasta 7 Mart 1994 tarihinde operasyona alındı. 14 mmHg basınçta karbondioksitle pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra klasik 4 trokar yöntemi uygulandı. Künt disseksiyon ile A. sistika ve D. sistikus prepare edildi. A. sistika, titanyum klipsler konarak kesildi. 5 mm'lik porttan içeri gönderilen 2/0 PDS ile D.sistikus Hartman poşunun altından bağlanarak başka taşların operasyon esnasında koledoka düşmesi engellendi. Sütür materyali uzunca bırakılarak kesildi ve gerektiğinde koledok'a yön verilmek üzere kullanıldı.

Sistik kanal gerektiğinde kolanjiografi çekilebilmesi için hazırlandı. Koledok-sistik kanal bileşke yerinin altından 1 cm'lik yer serbestleştirildi. Gelen safra aspire edildi. 5 mm'lik alt porttan karın içine gönderilen Dormia basket ile tek taş koledoktan çıkartıldı ve bir babcock pensi yardımı ile karın dışına alındı. Daha sonra aynı porttan içeri gönderilen 8F T dreni koledoka yerleştirildi. Koledok 3/0 dexion ile intrakorporeal sütür tekniği kullanılarak 3 sütürle kapatıldı. T dreni ayrı bir delik açılarak karın dışına alındı. Serum fizyolojik ile sütür hattından sızdırmazlık kontrolü yapıldıktan sonra, D. sistikus titanyum klipsler konarak kesildi ve kese yatağından elektrokoter diseksiyonu ile çıkarıldı. Lojun yıkanması sonrası Winslow'a 1 adet nelaton dren konarak operasyon sonlandırıldı. Total operasyon süresi ciltten cilde 185 dakika olarak saptandı.



Resim 1. Postoperatif görünüm.



Resim 2. Postoperatif T dreni kolanjiografisi.

Hastanın postoperatif seyrinde herhangi bir sorun olmadı ve hasta postoperatif 48. saatte T dreni klampe edilerek evine gönderildi. 15. gün çekilen T-dreni kolanjiografisinde geçişin normal olduğu gözlemlendi. T dreni çekildi, tekrarlanan karaciğer fonksiyon testleri normal bulundu (Resim 1 ve 2).

TARTIŞMA

Koledokolityazis olgularında da laparoskopinin kullanılması minimal invaziv cerrahide yeni bir ufuk açılmasına neden olmuştur. Tiin olguların mutlaka bu yolla opere edilmesinin savunulması mümkün değildir. Ancak bu konuda da deneyimin artması ile minimal invaziv bilier cerrahinin giderek yaygın kullanımı yakın bir gelecekte mümkün görülmektedir. Kolesistektomi sonrası koledokta taş kalma olasılığının % 6-15 arasında olduğu bildirilmiştir (1). Bu durumda da açık kolesistektomide yaşanan rutin peroperatuvar kolanjiografi yapılmasını yoksa yapılmasını mı tartışmaları yeniden ortaya çıkmıştır.

Bir kısım yazarlar şiddetle yapılmasını savunurlarken (2,3,4,5), bir kısım yazarlar ise daha dikkatli preoperatif tetkik sonrasında yapılacak laparoskopik cerrahide kolanjiografinin rutin olarak gerekli olmadığı, ancak gerekli olduğu takdirde ise yapılmaktan kaçınılmasını önermektedirler (6). Laparoskopik cerrahinin artık kolelityazis olgularındaki yeri tartışmasız kabul edilmiş olup, "yeni altın standart" olarak anılmaktadır (7).

Koledok patolojilerinin tedavisinde değişik yaklaşımlar önerilmiştir. Bunlar arasında laparoskopik koledok eksplorasyonu, sistik kanaldan yaklaşımla laparoskopik koledokoskop kullanımı, Fogarty kateteri ile ya da Dormia basketi ile taşın dilate edilmiş sistik kanaldan çıkartılması, sistik kanaldan koledokoskopik laser litotriptörün sokularak taşın parçalanması, koledokta debrise rastlandığında 1 mg intravenöz glukagon ile papilla Vateri'nin genişletilmesi, ardından sistik kanaldan sokulan kateter ile izotonik sıvı flushing'i sayılabilir (1,8,9).

Bunun dışında postoperatif olarak küçük remnant taşların bulunması durumunda postoperatif ERCP ve sfinkterotomi'de önerilmiştir (7). Laparoskopik koledok eksplorasyonu sonrasında 77 olguluk bir seride koledok'un taşlardan tamamen arındırılması ancak 74 olguda (% 96.1) mümkün olmuştur (5,8). Aynı seride 3 olgudan birinde açık operasyona dönülmüş, diğer iki-

sinde ise postoperatif ERCP ve sfinkterotomi ile çıkarılmıştır. Laparoskopik kolesistektomi olgularına koledok eksplorasyonunun eklenmesi durumunda operasyon süresinin ortalama 146 dakika uzadığı ancak bunun morbiditeyi etkilemediği belirtilmiştir (10). Buradan başlayarak koledok eksplorasyonunun her tür büyüklükteki taşa uygulanması yerine sistik kanalın Fogarty kateteri ile dilate edilip buradan küçük taşların koledokoskop ile çıkartılması bazı yazarlara önerilmiştir (1,8,9).

Bu durumda T dreni konulmaksızın sistik kanalın doğrudan kapatılması, hastanın postoperatif seyrini olumlu olarak etkilemektedir. Bunun modifikasyonu olarak taşın koledokoskop ile çıkartılması yerine taşın tam fragmentasyonu sağlanıncaya dek laser litotriptör ile 3-5 Hz oranında 100-120 mJ'luk enerjinin taşa verilmesinin parçalanmayı sağladığı belirtilmiştir (9).

Josephs ve arkadaşlarının sunduğu 8 hastayı içeren seride tam olarak taşların ortadan kaldırılması sağlanmış ve bu yöntemin güvenli bir teknik olduğu bildirilmiştir (5).

Graham ve arkadaşlarının çalışmasında bilier pankreatit nedeniyle laparoskopik kolesistektomiye ek olarak koledok eksplorasyonu yapılan bir olguda koledokoskop kullanıma karşın operasyondan 2 hafta sonra remnant taş tesbit edilmiştir (10). Açık operasyonlardan geçerli olan "Ne kadar dikkatli olursan ol yine de taş kalabilir" aforizması laparoskopik koledokoskop sonrasında da geçerliliğini korumaktadır.

Tüm bu yöntemler arasında hangisinin uygulamada geçerliliğini koruyacağına bugün için tam karar verilememiştir. Bunun için prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır. Tek olgu ile görüş belirtmemizin doğru olmadığını bilincindeyiz. Ancak bu ilk deneyimimiz sonrası olgu sayımızın artması ve yeterli koledokoskop kullanmamızın gündeme gelmesiyle bu operasyonun dünya standartlarında, ülkemizde de yapılabileceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Joseph I.G, Birkett DII. Laser lithotripsy for the management of retained stones. Arch Surg 1992; 127:603-4.
2. Berci G, Sackier JM, Paz-Prattlow M. Routine or selected intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:355-60.
3. Flowers et al. Laparoscopic cholangiography. Ann Surg 1992; 215, No:3 209-15.
4. Phillips FH. Routine vs selective intraoperative cholangiography. Ann J Surg 1993; 165:505-7.
5. Pit HA. Role of open choledochotomy in the treatment of Choledocholithiasis. Am J Surg 1993;

165:483-6.

6. Clair DC, Carr-locke DL, Becker JM, Brooks DC. Routine cholangiography is not warranted during laparoscopic cholecystectomy. Arch Surg 1993; 128:551-5.
7. Orlando R, Russel JC, Lynch J. Laparoscopic cholecystectomy. Arch Surg 1993; 128:494-9.
8. Petelin JB. Laparoscopic approach to common duct pathology. Am J Surg 1993; 165:487-91.
9. Sackier JM, Berci G, Paz-Prattlow MP. Laparoscopic transcystic choledocholithotomy as an adjunct to laparoscopic cholecystectomy. Am Surg 1991; 57:323.
10. Graham I.D, Burrus RG, Burns RP, Chadler KE, Barker DE. Laparoscopic cholecystectomy in biliary pancreatitis. Am Surg 1994; 60:40-43.

Alındığı tarih: 16 Eylül 1994

Yazışma adresi: Op. Dr. Semih Doğan, 1420 Sok. Özışman Hayat Sitesi 88/1 D:5 Alsancak-İzmir

II. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

Eylül 1995
İSTANBUL



- LAPAROSKOPI
- TORAKOSKOPI
- PELVİOSKOPI
- VİDEO ENDOSKOPI
- GENEL CERRAHİ
- TORAKS CERRAHİSİ
- JİNEKOLOJİ
- ENDOÜROLOJİ