

120 laparoskopik kolesistektominin prospektif değerlendirilmesi

Ertuğrul ERTAŞ (*), Mustafa ERBİLEN (**), Ertan BÜLBÜLOĞLU (***), Adnan HASANOĞLU (**), Mustafa ŞARE (**), Mustafa ŞAHİN (**)

ÖZET

Anabilim dalımızda 24 ay içinde 100'ü kadın 20'si erkek ortalama yaşı 49.2 ± 14.5 (19-58) olan toplam 120 olguda laparoskopik kolesistektomi (LK) uygulandı. Hastaların 108 (% 90)'i kronik taşlı kolesistit, 11 (% 9.2)'i akut taşlı kolesistit, 1 (% 0.8)'i safra kesesi polipi ön tanıları ile ameliyat edildiler. 28 (% 23.3) hasta daha önceden karın ameliyatı geçirmişti. 13 (% 10.8) hastada eş hastalık vardı. 8 hastaya ERCP ve bunların 5'ine sifinkterotomi yapıldı. Tüm hastalara nazogastrik ve idrar sondası, 24 (% 20)'üne de dren kondu. Ortalama ameliyat süresi 78.4 ± 32.5 dk idi. LK 114 (% 95) hastada başarıyla uygulandı ve 6 (% 5) hastada çeşitli nedenlerle açık cerrahiye dönüldü. Ameliyat sonrası erken dönemde 1 (% 0.8) hastada safra fistülü, 1 (% 0.8) hastada ileum yaralanması, 5 (% 4.2) hastada yara enfeksiyonu görüldü. Kontrollerde geç komplikasyon görülmedi.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, kolelityazis, komplikasyon

SUMMARY

Laparoscopic cholecystectomy: prospective analysis of 120 cases

In our department, laparoscopic cholecystectomy was performed in 120 patients with a mean age 49.2 ± 14.5 (19-85). 100 (84 %) patients were female and 20 (16 %) patients were male. The preoperative diagnosis was chronic calculous cholecystitis in 108 (89 %) acute calculous cholecystitis in 11 (10 %), and gallbladder polyp in 1 (0.8 %) patients. 28 (23.3 %) patients had previous abdominal operation and 2 (1.7 %) had umbilical hernia. In 26 (21.7 %) patients there were some associated diseases. Preoperatively ERCP was used on 8 patients and 5 of them underwent endoscopic sphincterotomy. The LK was successfully performed in 95 % of all cases while conversion rate was 5 %. The main reasons for conversion were serious adhesions and suspicion of malignancy. Mean operation time 78.4 ± 32.5 (30-180) minutes and length of hospital stay was 19.9 ± 3.9 (10-48) hours for non complicated cases. In 1 (0.8 %) patient bilier fistula and in another 1 (0.8 %) ileal injury were seen as early complications. There was no late complication.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, cholelithiasis, complications

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi, ilk kez Philippe Mouret tarafından 1987 yılında yapılmış, daha sonra hızla yayılarak günümüzde çok merkezde açık kolesistektominin yerini almıştır (1). Dünyadaki eğilime paralel olarak LK kliniğimizde de semptomatik safra kesesi hastaların-

da açık kolesistektomiye tercih edilir duruma gelmiştir. Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Mayıs 1994-Haziran 1996 tarihleri arasında toplam 120 olguya uygulanan LK sonuçları irdelendi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu prospektif çalışma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Mayıs 1994-Haziran 1996 tarihleri arasında ultrasonografi ile kolelityazis tanısı konulan ve laparoskopik kolesistektomi uygulanan 120 hastada yapıldı.

(*) İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(**) İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

(***) İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Araş. Gör.

Tüm hastalarda tek doz profilaktik antibiyotik uygulandı, gerek duyulanlarda ise terapötik dozda devam edildi. Geçirilmiş tıkanma ikteri anamnezi olan, US'de koledok çapı 10 mm'den büyük ve alkalin fosfatı yüksek olanlarda ERCP uygulandı. Koledokta taş tespit edilen hastalarda, endoskopik taş ekstraksiyonundan bir hafta sonra LK uygulandı. Hastalar aynı tekniği kullanan ekipler tarafından opere edildi. Ameliyatlarda Kuzey Amerika tekniği uygulandı. Tüm hastalarda 15 mmHg'lik CO₂ insuflasyonu uygulandı. Subumblikal konulan trokar yerinde fasia vikril, ciltaltı ve diğer büyük trokar giriş yeri ciltaltı ile birlikte katgütle sütüre edildi. Küçük trokar yerlerinde fasia ve ciltaltı sütüre edilmedi.

Ameliyat sonrası analjezi ketorolac tromethamol ile sağlandı. Hastalar 6-8 saat sonra ağızdan beslenmeye başlandı ve 13. saatten itibaren taburcu edildiler. Ameliyat sonrası kontroller 1 hafta ve 1 ay sonra yapıldı. Hasta ile ilgili bilgiler önceden hazırlanan standart formlarla değerlendirildi.

BULGULAR

24 aylık süre içerisinde Anabilim Dalımızda 100 (% 84) kadın, 20 (% 16) erkek olmak üzere 120 hastaya LK uygulandı. Bu, aynı süre içerisinde gerçekleştirilen tüm kolesistektomilerin (n:123) % 97.5 idi. Serimizde yaş ortalaması 49.2±14.5 (19-85) yıl idi. Ameliyat öncesi tanı 108 (% 90) hastada kronik taşlı kolesistit, 11 (% 9.2) hastada akut taşlı kolesistit, bir (% 0.8) hastada safra kesesi polibi idi. En sık görülen şikayetler karın ağrısı 103 (% 85.8), dispeptik şikayetler (bulantı, kusma, hazımsızlık) 79 (% 65.8), diğerleri 6 (% 5) idi. Preoperatif değerlendirmede semptomatik safra kesesi hastalığına eşlik eden; hipertansiyon 15 (% 12.5), diabetes mellitus 3 (% 2.5), epilepsi 3 (% 2.5), umblikal herni 2 (% 1.7), KOAH 2 (% 1.7) ve astım bronşiale 1 hastada görüldü.

Tanı tüm hastalarda ultrasonografi ile konuldu. 8 hastaya ERCP uygulandı. Bunların 5'ine sifinkterotomi yapıldı. 28 (% 23.1) hastada önceden geçirilmiş batin operasyonu anamnezi

vardı. Ameliyat süresi ortalama 78.4±32.5 (30-180) dk idi. Tüm hastalarda nazogastrik sonda ve idrar sondası uygulandı, sondalar ameliyat bitiminde çekildi. Eksplorasyonda safra kesesi 45 hastada etraf dokulara (omentum, duodenum, mide, karaciğer ve batin duvarı) yapıştı. Operasyon esnasında 20 hastada safra kesesi perforasyonu oldu. 24 hastaya dren uygulandı ve en geç 48 saat içerisinde çıkartıldı. 6 (% 5) hastada açık cerrahiye geçildi.

Ameliyat sonrası erken dönemde 5 hastada yara enfeksiyonu ve 1 hastada bilier fistül ve sarılık görüldü. 1 hastada postoperatif 3. gün ileus gelişti. Ortalama hastanede yatma süresi 19.9±3.9 (13-48) saat idi. Hastalar 1 hafta ve 1 ay sonra kontrole çağrıldı. Kontrollerde başka komplikasyonla karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Günümüzde LK klasik açık kolesistektominin yerini almıştır. Laparoskopik kolesistektominin, postoperatif minimal ağrı, daha kısa süreli hastanede kalma, kısa sürede işe dönme ve iyi kozmetik sonucu gibi açık kolesistektomiye üstünlükleri mevcuttur.

LK komplikasyonları, safra yolları yaralanmaları, koledok kanalında taş kalması, damar yaralanmaları, perihepatik kolleksiyon ve enfeksiyon olarak sıralanır (2-4). Mortalite oranı geniş serilerde % 0-0.2 olarak belirtilmiştir (4). Bizim vakamızda mortalite yoktu. Taylor ve ark. çalışmalarında majör kanama % 0.2-4.3 olarak belirtilmekte olup, bizim vakalarımızda görülmemiştir (6,7). Ana safra yollarının yaralanmaları % 0-1 olarak belirtilmektedir (4). Bizim vakalarımızda ana safra yolu yaralanması ve koledokta taş kalması görülmemiştir. Barsak yaralanması literatürde % 0-0.4 olarak bildirilmektedir (6-8).

Barsak yaralanması veres iğnesi ve trokarın yerleştirilmesi esnasında veya koterizasyon sırasında yaralanma şeklinde olur. En sık yaralanan organ ince barsaktır. Bizim serimizde 1 (% 0.8) hastada ince barsak yaralanması oldu. Bu vakamızda göbekten uygulanan trokar giriş

yeri fasiyasının sütüre edildiği anda ileumdan sütün geçmesi şeklinde idi. 7 gün sonra ileus nedeniyle reopere edildi. Eksplorasyonda subumblikus trokar giriş yeri sütünün ileum duvarından seromüsküler tabakadan geçtiği, ileum ansının karın duvarına yapıştığı, sütün çevresinde beslenmenin bozulduğu görüldü. İleum rezeksiyonu ve terminoterminal anastomoz uygulandı. Safra fistülü literatürde % 0.2-1 olarak bildirilmiştir (9,10).

Bizim serimizde safra fistülü 1 (% 0.8) vakada görüldü. Postop. 7. gün yapılan ERCP de ekstrahepatik safra yollarının normal, karaciğer kese yatağından ve aksesuar safra kanalından kaçak olduğu görüldü. Nazobilier stent uygulandı. Bu hastanın takibinde problem olmadı. Serimizde fistül oranı literatür verileriyle uyumlu idi. LK'de açığa geçme oranı % 4.8-8.1 olarak verilmektedir (11-13). Bizim 6 vakamızda (% 5) açık kolesistektomiye geçilmiştir ki; bu oran da literatür ile uygunluk göstermektedir. Açığa geçiş 2 vakamızda tümör şüphesi, 4'ünde ise aşırı yapışıklık nedeniyle anatominin net olarak ortaya konulamaması ve diseksiyon güçlüğünden dolayı olmuştur.

Drenaj endikasyonları; karın boşluğuna safranın dökülmesi, karaciğer yatağından safra veya kan sızması olarak bildirilmektedir (14). Bizim 20 (% 16.7) vakamızda operasyon sırasında kese perforasyonunu önemli bir sorun teşkil edeceğini düşünmemekle birlikte bu konuya özen gösterilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Literatürde karında taş bırakılmaması gerektiği ancak, karında bırakılan taşların nadiren komplikasyona neden olduğu belirtilmektedir (6).

Perfore vakalarımızda batına düşen taşlar temizlendi. Hastaların takibinde kalmış olabilecek taşlarla ilgili bir komplikasyona rastlanmadı. Bizim serimizde 24 (% 20) dren uygulandı ve en geç 48 saat içerisinde çıkartıldı. Literatürde ilk uygulanan merkezler dahil bu oran % 35.2 (15-16)'ye çıkmaktadır. Biz dren kullanma oranımızın deneyimimiz arttıkça düşeceği kanaatini taşıyoruz. LK'dan sonra rutin olarak drenaja gerek olmadığı ancak yukarıda

belirtilen durumlarda drenaj uygulanması gerektiği görüşünü taşıyoruz.

Yara enfeksiyonu literatürde % 0.1-1.1 olarak bildirilmektedir (6,10). Bizim 5 vakamızda (% 4) yara enfeksiyonu görülmüştür. Literatürde hastanede kalma süresi 1-3.7 gün olarak belirtilmiştir (17-22). Bizim serimizde hastanede kalma süresi 19.9 ± 3.9 (10-48) saat idi. Erken mobilizasyon, erken beslenme, hastanede kalış süresinin kısalığı, kısa sürede günlük aktiviteye dönüş, postoperatif ağrının azlığı ve kozmetik üstünlüğü nedeniyle LK'nin güvenilir bir yöntem olduğu kabul edilmektedir. Fakat açık kolesistektomide bildirilmeyen komplikasyonlar LK'de bildirilmeye başlanmış. Bundan dolayı bu komplikasyonlar iyi bilinmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholecystectomy par coelioscopie. Presse Med 1989; 18:980-82.
2. Peters JH, Ellison C, Innes JT. Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg 1991; 213:3-12.
3. Ponksky JM. Complications, of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:393-5.
4. Gaddecz TR. US experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:450-4.
5. Vivion SL, Ravi SC, Giovanni C, William CM. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:527-31.
6. Baird DR, Wilson JP, Mason EM, et al. An early review of 800 laparoscopic cholecystectomies at a university-affiliated community teaching hospital. Am Surg 1992; 58:206-10.
7. Spaw AT, Reddich EJ, Olsen DO. Laparoscopic laser cholecystectomy: analysis of 500 procedures. Surg Endosc Laparosc 1991; 1:2-7.
8. Cuschieri A, Dubois F, Moviel J, et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:385-7.
9. The Southern Surgeons Clup. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. N Engl J Med 1993; 324:1073-8.
10. Litwin DEM, Girotti MJ, Poulin EC, Mamazza J, Nagy AG. Laparoscopic cholecystectomy: Trans-Canada experience with 2201 cases. Can J Surg 1992; 35:291-6.
11. Collet D, Edye M, Perissat J. Conversions and complications of laparoscopic cholecystectomy. Results of a survey conducted by the French Endoscopic Surgery and Interventional Radiology. Third World Congress of Endoscopic Surgery. Bordeaux, June 18-20, 1992.

12. Taylor E, Gaw F, Kennedy C. Outpatient laparoscopic cholecystectomy feasibility. J Laparoendoscopic Surg 1996; 2:73-7.
13. Lee VS, Ravi SC, Gucchiaro G, Meyers WC. Lications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:527-32.
14. Zucker KA, Bailey RW, Flowers J. Laparoscopic management of acute and chronic cholecystitis. Surg Clin North Am 1992; 5:1045-67.
15. Yücel O, Kaya A, Dalay AR, ve ark. Haydarpaşa Numune Hastanesi Laparoskopik Kolesistektomi Girişimleri. Çağ Cer Derg 1994; 8:88-91.
16. Hoşçoşkun Z, Hatipoğlu AR, Ahsen M. Laparoskopik kolesistektomide ilk deneyimlerimiz. End Lap Min Inv Cerr 1995; 2:175-79.
17. National institutes of health concensus development conference statement on gallstones and laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:390,6.
18. Perissat J. Laparoscopic cholecystectomy. The European Exp Am J Surg 1993; 165:444-9.
19. Asbun HJ, Rossi RL. Techniques of laparoscopic cholecystectomy. Surg Clin North Am 1994; 74:755-75.
20. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholécystectomy under celioscopy. Ann Chir 1990; 44:205-6.
21. Dubois F, Icard P, Berthelot G, Levard H. Report of 36 cases. Ann Surg 1990; 211:60-2.
22. Atamanalp SS, Ören D, Polat C ve ark. Laparoskopik kolesistektomi: 141 olgunun analizi. End Lap Min Inv Cerr 1995; 2:167-10.

Alındığı tarih: 28 Ağustos 1996

Yazışma adresi: Dr. Ertuğrul Ertaş, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya
