

Kese perforasyonları laparoskopik kolesistektomide morbiditeyi arttırır mı?

Abut KEBUDİ (*), Adnan İŞGÖR (**), Mustafa ÖZBAĞRIÇIK (***)

ÖZET

Laparoskopik kolesistektomi (LK) kanser hariç, safra kesesi hastalıklarının tedavisinde açık kolesistektominin yerini büyük ölçüde almıştır. Bu yöntemin yararları ağır basmakla birlikte, seriler ortaya çıktıkça kendine özgü komplikasyonlar da ortaya çıkmaktadır. Bu komplikasyonlardan biri de kese perforasyonudur. Bu prospektif çalışmanın amacı, LK sırasında kese perforasyonunun insidansını ve perforasyonunun morbiditeyi arttırıp arttırmadığını belirlemektir. Kliniğimizde ardarda uygulanan 82 LK'nin 20'sinde (% 24) intraoperatif kese perforasyonu gelişti. Bu 20 vakanın 12'sinde (% 60) zor anatomi, aşırı omental yapışıklık, hidropik kese ve/veya duvar kalınlaşması mevcuttu. Perforasyonu takiben, batına dökülen yarım santimin üstündeki taşlar mümkün olduğunca toplandı, loj bol serum fizyolojikle yıkandı ve yalnız bir vakada dren kullanılarak ameliyat sonlandırıldı. Hastalar postop klinik ve ultrasonografik tetkik ile izlendi. Perforasyon olan vakalar, diğer vakalar gibi seyretti ve yine aynı zamanda erken taburcu edildi. Bu hastalarda, postop dönemde bir komplikasyon gelişmedi. Sonuç olarak, bu çalışmada LK ameliyatlarında kese perforasyonlarının morbiditeyi arttırıcı herhangi bir etkisi olmadığı ve açık kolesistektomiye geçmek için bir neden oluşturmadığı gözlemlendi.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, kese perforasyonu, komplikasyonlar

SUMMARY

Do gallbladder perforations increase morbidity in laparoscopic cholecystectomy

Laparoscopic cholecystectomy (LC) has replaced open cholecystectomy for the treatment of gallbladder diseases except malignancies, for the majority of patients. Although LC is a safe procedure in experienced surgeons hands, complications do occur. One of these complications is intraoperative gallbladder perforation. In this study, we sought to determine prospectively the incidence of gallbladder perforation during LC and to ascertain whether or not intraoperative bile leak resulted in over complications. LC was performed in 82 patients consecutively, gallbladder perforation occurred in 20 of them (24 %). Twelve of these patients (60 %) had either difficult anatomy, excessive omental adhesions, hydropic gallbladder and/or thickened wall. In case of perforation, spilled stones more than 0.5 cm in diameter were retrieved as much as possible, and the site was washed thoroughly with normal saline. A drain was used in only one case with perforation. Patients were followed up clinically and by ultrasonography postoperatively. Patients with a perforation did as well as the other patients postoperatively and were discharged from the hospital as early as the other patients. No complication was seen in these patients. In conclusion, the results of this series suggest that gallbladder perforation in LC does not increase morbidity and should not cause the surgeon to convert to open cholecystectomy.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, gallbladder perforation, complications

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi (LK), kanser hariç, safra kesesi hastalıklarının tedavisinde giderek açık kolesistektominin yerini almıştır. Yayınla-

nan değişik serilerde, bu yöntemin özellikle deneyimli ellerde oldukça güvenilir ve etkili olduğu ortaya konmuştur (1,2,3,4). Ancak bu yöntemde de, karşımıza değişik komplikasyonlar çıkabilmektedir. Bunlardan biri de kese perforasyonudur.

Bu prospektif çalışmada, son 4 yıl içerisinde yaptığımız 82 LK vakası, intraoperatif gelişen

(*) Şişli Etfal Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Op. Dr.

(**) Şişli Etfal Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Doç. Dr.

(***) Şişli Etfal Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Asis. Dr.

kese perforasyonları, sebep ve sonuçları bakımından incelendi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Mart 1993-Mart 1997 tarihleri arasında kliniğimizde 82 LK ameliyatı yapıldı. Vakalarda kese perforasyon gelişim insidansı, tüm vakalarda ve perforasyon gelişen vakalarda yaş ve cinsiyet dağılımı prospektif olarak incelendi. Ayrıca açığa geçme oranları her iki grupta sebepleriyle birlikte incelendi.

Perforasyon gelişen vakalarda taşlar toplandı ve loj bol serum fizyolojik ile yıkandı. Perforasyon gelişen bir vakada ve perforasyon gelişmeyen üç vakada dren kullanıldı. Diğer 78 vakada dren kullanılmadı. Postop her vaka klinik bulguları, muayene ve postop ikinci gün çekilen batın ultrasonografisi (USG) ile takip edildi. Batında kolleksiyon saptananlarda USG beşinci günde tekrarlandı. Postop seyir ve hastanede yatış süreleri de kıyaslandı.

SONUÇ

Kliniğimizde ardarda 82 LK ameliyatı yapıldı. Vakalarımızın 65'i kadın, 17'si erkekti. Yaş dağılımı ise 23-71 yaş arası olup median yaş 47 idi. 82 LK'nin 20'sinde (% 24) intraoperatif kese perforasyonu gelişti. Bu vakaların 13'ü kadın, 7'si erkekti. Yaş dağılımı 30-71 yaş arası olup, median yaş 43 idi. Bu 20 vakanın 12'si (% 60) zor vakalardı. Bunlardan 4'ünde zor anatomi, 4'ün-de aşırı omental yapışıklıklar, 2'sinde hidropik kese ve duvar kalınlaşması, 1'inde hidropik kese ve omental yapışıklık ve son 1'inde de hidropik kese mevcuttu. Diğer vakalarda ise perforasyon ilk dönemlerde aşırı traksiyon ve koterizasyon sonucu gelişti.

Perforasyon sonucu batına safra içeriği ve taşlar döküldü. Yarım santim çapın üzerindeki taşlar mümkün olduğunca toplandı. Loj, bol serum fizyolojik (SF) ile yıkandı, aspire edildi ve ameliyat hemostaz takiben sonlandırıldı.

Hastalar postoperatif dönemde klinik bulgular, fizik muayene ve batın USG ile izlendi. Batın

USG, her hastada postoperatif ikinci gün yapıldı ve kolleksiyon varsa daha sonra beşinci gün tekrarlandı. Kolleksiyon saptanan vakalarda kolleksiyonun boyutu 0.8x1 cm ile 3x4 cm arasında değişiyordu. Hastalar en erken postoperatif 2. gün çekilen USG'ye takiben taburcu edildiler.

82 LK ameliyat içinde perforasyon gelişen 20 vakanın yalnız birinde açık metoda geçildi (konversiyon oranı % 5). Bu vakada safra kesesi karaciğer yatağına ve etrafa ileri derecede yapışık ve distandü idi, perforasyon gelişti ve açığa geçildi. Perforasyon gelişmeyen LK vakalarından 3 vakada açığa geçmek gerekti (konversiyon oranı 3/62 % 4.8). Bunlardan ikisinde anatomi net olarak ortaya konamadı, diğerinde ise duktus sistikus koptu, koledok tarafı seçilemedi ve açığa geçildi.

Perforasyon gelişen 20 vakadan 1'inde kese ile omentum arasında ciddi yapışıklıklar mevcuttu, kese perfore oldu, taş batına düştü. Taş çıkartılıp loj bol SF ile yıkandıktan sonra tedbiren loja 3 adet hemovak dren kondu (% 5 vaka). Dren postop 2. gün çekildi ve hasta sorunsuz taburcu edildi. Perforasyon gelişmeyen vakalarda ise 3 vakada dren kullanıldı. Bunlar hidropik kese, iyi ortaya konamayan anatomi gibi sebeplerle zorlu geçen vakalardı. Bunlarda da drenler 2. gün çekilip hastalar sorunsuz taburcu edilmişlerdir.

Postoperatif dönemin seyri bakımından gerek perforasyon gelişen vakalar ve gerekse de perforasyon gelişmeyen vakalardan sonra önemli bir komplikasyon gözlenmedi. Ortalama yatış süresinin dağılımı tüm olgularda 1-5 gün (ort. 3 gün), perfore olanlarda 2-5 gün (ort. 3 gün), perfore olmayanlarda 1-5 gün (ort. 2 gün) idi.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi kısa zamanda büyük ilgi görmüş bir ameliyattır. Memleketimizde de doksanlı yıllardan itibaren bu ameliyata başlanmış olup, cerrahlar arasında hızla yaygınlaşan bir uygulama olmuştur. Bu yöntemin açık ameliyata üstünlükleri daha küçük

insizyon, daha az ağrı, daha az hastanede yatma ve aktif hayata daha erken dönme şeklinde özetlenebilir. Bunların yanısıra, bu yöntem yaygınlaştıkça kendine özgü komplikasyonlar da ortaya çıkmaktadır (5,6,7).

İntraoperatif kese perforasyonu insidansı değişik serilerde % 8-32 oranlarında bildirilmiştir (6,8,10,11,12). Bu olay sıklıkla akut, ödemli kese duvarının olduğu akut kolesistitte, aşırı traksiyon ve dikkatsiz koter kullanımı sonucu meydana gelebilmektedir. Ayrıca kese batin dışına alınırken de yırtılabilmektedir.

LK sırasında kesenin perfore olması ve taşların batına dökülmesi ile ilgili çeşitli klinik ve deneysel yayınlar vardır (9,12,13,14,17), uzun süreli takipte düşük oranda olsa da ciddi komplikasyonlar gelişebileceği bildirilmiştir (10,14,15,16). Erken komplikasyonlar en sık peritonit veya abse tarzında ortaya çıkmakta, geç komplikasyonlarsa genellikle taşların migrasyonu sonucu oluşmaktadır (6,8,15,16). Bu yayınların çoğunda perforasyon açık metoda geçme nedeni olarak görülmemekte, ancak perforasyon durumunda lojun yıkanması ve potansiyel tehlikeleri gözönüne alınarak taşların mümkünse tamamının dışarı çıkarılması önerilmektedir (12,13,14). Bizim 84 vakalık serimizde % 24 oranında kese perforasyonu meydana geldi. Bunların 12'si zor vakalardı. Bunlarda zor anatomi, duvar kalınlaşması, aşırı omental yapışıklıklar, hidropik kese gibi sebepler mevcuttu. Ayrıca vakaların özelliğinin yanısıra aşırı traksiyon ve dikkatsiz koter kullanımını büyük ölçüde perforasyon sebebi oldu.

LK her ne kadar açık kolesistektominin yerini almışsa da, % 4-15 oranında LK sırasında açığa dönme söz konusudur (1,3,5,6,7,11,19). Bunun en sık nedenleri akut enflamasyon, yapışıklıklar ve safra yollarının net olarak ortaya konamamasıdır. Bizim serimizde ortalama % 5 oranında konversiyon gerekti ve nedenleri de anatominin iyi ortaya konamaması ve duktus sistikus yaralanması idi. Ancak konversiyon oran perforasyon olan ve olmayan vakalarda benzerdi (% 5 vs % 4.8).

Serimizde perforasyonlar, LK'de herhangi bir morbidite artışına yol açmamıştır. Bu sonuçlara göre kese perforasyonu açık metoda geçmek için bir neden değildir. Ancak mevcut literatür bilgileri gözönüne alındığında bu olaya önem vermenin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla öncelikle vakaları preop iyi seçmek, ameliyat sırasında dikkatli çalışmak, gereksiz koter kullanmamak ve aşırı traksiyon yapılmayarak perforasyon şansını azaltmak gereklidir. Buna rağmen perforasyon gelişirse, batını bol SF ile yıkamak ve kalan taşların erken veya geç dönemde komplikasyonlar oluşturabileceğini düşünerek mümkünse tamamını dışarı almak gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Cuschieri A, Duboise F, Montel J, et al: The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993; 161:385-7.
2. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW. Laparoscopic cholecystectomy. The new "gold standart"? *Arch Surg* 1992; 127:91-23.
3. Spaw AT, Reddick EJ, Olsen DO. Laparoscopy laser cholecystectomy: analysis of 500 procedures. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:2-7.
4. The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med* 1991; 324:1073-8.
5. Akınca ÖF, Bozer M, Coşkun A, Düzgün ŞA, Uzunköy A. Laparoskop cerrahide enstrümanter komplikasyonlar. *End Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi* 1997; 4:55-57.
6. Deziel DJ, Milikon KW, Economou SG, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4292 hospitals and 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165:9-14.
7. Collet D, Edye M, Perissat J. Conversions and complications of laparoscopic cholecystectomy. Results of a survey conducted by the French Society of endoscopic surgery and interventional radiology. *Surg Endosc* 1993; 7:334-38.
8. Tekin A. Karın içinde bırakılmış safra taşlarına bağlı komplikasyonlar: Olgu bildirisi, *End Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahisi Dergisi* 1997; 4:51-54.
9. Soper NJ, Damnagen DE. Does gallbladder perforation influence the outcome of laparoscopic cholecystectomy? *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:156-61.
10. Troidl H, Spangerberger W, Langen R, Al-Jazin D, Eyspach E, et al. Laparoscopic cholecystectomy: Technical performance, safety and patients benefit. *Endoscopy* 1992; 240:252-61.
11. Lee VS, Chari RS, Cucchiuro G, Meyers WC. Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993; 165:527-32.
12. Catarci M, Zaraca F, Scaccia M, Carboni M. Lost intraperitoneal stones after laparoscopic cholecystec-

tomy: harmless sequela or reason for reoperation? Surg Laparosc Endos 1993; 3:318-22.

13. Jones DB, Dunnegau DL, Soper NY. The influence of intraoperative gallbladder perforation on long-term outcome after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1995; 9:977-80.

14. Targarona EM, Balagne C, Cifuentes A, Martinez J, Trias M. The spilled stone. A potential danger after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1995; 9:768-73.

15. Johnston S, O'Malley K, McEntel G, Grace P,

Smyth E, Bouchier-Hayes D. The need to retrieve the dropped stone during laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1994; 167:608-10.

16. Leslie KA, Rankin RN, Duff JH. Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy: are they really benign? Can J Surg 1994; 37:240-2.

17. Cline RW, Poudos F, Clifford EJ. An assessment of potential complications caused by intraperitoneal gallstones. Am J Surg 1994; 60:303-5.

18. Nicolai P, Foley RJ. Complications of spilled gallstones. J Laparoscopic Surg 1992; 2:362-3.

19. Peters JH, Krailadsum 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.

Alındığı tarih: 20 Temmuz 1997

Yazışma adresi: Op. Dr. Abut Kebudi, Salih Tozan Sokak, Polat Apt. No:2/22 80300, Gayrettepe-İstanbul

VIDEOSKOPIK CERRAHİ KURSLARI

Louven, Belgium

Courses in Video-Endoscopic Surgery

Course Directors: T. Lerut, P. Koninckx

Tel: 32 16 33 78 38 Fax: 32 16 33 78 21

Strasbourg, France

University Post Graduate Courses of Laparoscopic Surgery / EITS European Institute of Telesurgery

Directors: J. Marescaux

Tel: 33 88 11 90 00 Fax: 33 88 11 90 99

Bordeaux, France

Advanced Course on Laparoscopic Surgery

Directors: J.L. Dulucq

Tel: 33 5 56 84 67 50 Fax: 33 5 56 84 67 51

Barcelona, Espagne

Cursos Laparoscopica Quirurgica

Directors: C. Ballesta-Lopez, X. Bastida Vila

Tel: 34 93 431 96 66 Fax: 34 93 421 99 42

Brussels, Belgium

European Course on Laparoscopic Surgery. Live Demonstrations

Course Director: G.B. Cadere

Tel: 32 2 535 41 15 Fax: 32 2 535 40 70

San Francisco, CA, USA

Advanced Laparoscopic Suturing and Surgical Skills Courses

MOET Institute

Tel: 415 626 34 00 Fax: 415 626 34 44

Washington, USA

Courses at George Washington University Endosurgical Educational and Research Center

Tel: 202 994 84 25

Dundee, UK

Essentials of Laparoscopic Surgery and Advanced Courses

3-4 gün süreli periyodik kurslar

Course Director: A. Cuschieri

Tel: 44 382 64 58 57 Fax: 44 382 64 60 42

İstanbul, Türkiye

I.U. Mezuniyet Sonrası Videoskopik Cerrahi Kursları

Endoskopik Cerrahide Temel Eğitim (1 hafta) ve İleri Teknik Uygulama (2-3 gün)

Kurs Direktörü: C. Avcı

I.U. Audio-Visuel Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ulusal Endoskopik Cerrahi Derneği

Tel: 0212 533 34 32 Fax: 0212 534 16 05

VIDEOSKOPIK CERRAHİ KONGRELERİ

99th Congress of the French Association of Surgery

6-8 Ekim 1997, *Paris-Fransa*

Tel: 33 0 53 64 77 77 Fax: 33 1 403 10165

Endoscopic Surgery: The New Spaces. 5th International Symposium on Laparoscopic Surgery

SFCE-The French Society for Endoscopic Surgery

23-25 Ekim 1997, *Bordeaux-Fransa*

Tel: 33 5 56 11 88 88 Fax: 33 5 56 43 17 76

1st World Congress on Surgical Endoscopy

28-31 Ekim 1997, *Beijing-China*

Tel: 1 310 946 87 74 Fax: 1 310 946 00 73

Symposium on Microlaparoscopy & Microhysteroscopy American Association of Gynecologic Laparoscopists

Kasım 1997, *California-USA*

Tel: 1310 976 87 74 Fax: 1310 946 00 73

6th Congress of the European Society for Gynecological Endoscopy

7-10 Aralık 1997, *Birmingham-İngiltere*

Tel: 44 181 661 07 77 Fax: 44 181 661 90 36

2nd Mediterranean Congress on Interventional Diagnosis of Thorax Diseases

10-15 Aralık 1997, *Atina-Yunanistan*

Tel: 30 1 36 09 511 Fax: 30 1 360 79 62

3rd Up-date in Digestive and Laparoscopic Surgery

15-16 Ocak 1998, *Paris-Fransa*

Tel: 331 48 02 61 80 Fax: 331 48 02 61 61

8th World Congress of the International Gastro Surgical Club

15-18 Nisan 1998, *Strasbourg-Fransa*

Tel: 331 41 06 67 70 Fax: 331 41 06 67 79

SAGES Scientific Session & Postgraduate Course

1-4 Nisan 1998, *Washington-USA*

Tel: 310 314 24 04 Fax: 310 314 25 85

6th World Congress of Endoscopic Surgery

31 Mayıs-6 Haziran 1998, *Roma-İtalya*

1st World Expo of Surgical Technologies

Tel: 396 322 18 06 Fax: 396 324 01 43