Laparoskopik apendektomi: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinden ilk sonuçlar

Osman GÜLER (*), Metin AYDIN (*), Fatma H. DİLEK (**), Osman N. DİLEK (***)

ÖZET

Amaç: Laparoskopik apendektomide ilk tecrübelerimizin sonuçlarını literatür bilgileri ışığında irdelemek.

Yöntem: Akut apandisit tanısı ile 23 hastaya laparoskopik apendektomi yapıldı. Hastaların 9'u erkek (% 39.1), 14'ü kadın (% 60.9) olup ortalama yaş 32 (18-46) idi.

Bulgular: Tüm olgularda operasyon laparoskopik olarak tamamlandı. Ortalama operasyon süresi 55 dk (20-80) idi. Ancak son olgularda bu sürenin azaldığı saptandı. Postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 36 saat (24-48) oldu. Herhangi bir komplikasyon ve ölüm olmadı.

Sonuç: Bu ilk sonuçlarımızın literatür bulguları ile uyumlu olduğunu saptadık. Bu yüzden laparoskopik apendektominin tecrübeli ellerde hasta için faydalı bir teknik olabileceğine inanıyoruz.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik apendektomi

SUMMARY

Laparoscopic appendectomy: initial results from the medical faculty of Yüzüncü Yıl University

Objective: To investigate the results of our early experience in laparoscopic appendectomy in the light of review of the literature.

Methods: Laparoscopic appendectomy was performed in 23 patients with acute appendicitis. 9 of them were male (39.1 %), 14 female (60.9 %) and mean age was 32 (18-46).

Results: The operation was completely carried out by laparoscopy in all cases. Mean operation time was 55 minutes (20-80). But, the period was shorter than the mean time in subsequent cases. Hospital stay was mean 36 hours (24-48). There were no mortality and any complication.

Conclusion: We found that our early results were in accordance with the literature. Therefore, we believe that laparoscopic appendectomy could be a beneficial technique for the patient in the hands of an experienced surgeon.

Key words: Laparoscopic appendectomy

GİRİŞ

Kolelitiazis olgularında laparoskopik kolesistektomi artık tartışmasız "altın standard" olarak kabul edilmesine rağmen, akut apandisit olgularının laparoskopik tedavisi hala pekçok cerrahın "avantaj sağlamadığı ve pahalı olduğu" gerekçesiyle karşı çıktığı bir konu olarak tartışılmaya devam etmektedir [1,2].

Laparoskopik apendektomi, cerrahların kendi kişisel tecrübeleriyle ve apendiksin anatomik pozisyonuna göre en çok modifiye ettiği bir işlemdir. En sık uygulanan üç işlem; intraabdominal, intra+ekstraabdominal (mikst) ve ekstraabdominal laparoskopik apendektomidir.

Bu çalışmada, kliniğimizde laparoskopik apendektomi yaptığımız ilk 23 olguya ait sonuçlar literatür bilgileri ışığında irdelenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Aralık 1996-Eylül 1997 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda akut apandisit ön tanısı

(*) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.
(**) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.
(***) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

ile 23 hastaya yapılan laparoskopik apendektomi bu çalışmanın kapsamını oluşturmaktadır. Hastalarda laparoskopik apendektomi endikasyonu konulurken semptom sürelerinin 24 saatten uzun olmamasına özen gösterilmiş ve preoperatif ultrason kontrolü ile abse formasyonunun oluşmadığı olgular seçilmiştir. Hiçbir olgu daha önce bir batın ameliyatı geçirmemişti. Hastalara ait klinik bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların 9'u (% 39.1) erkek, 14'ü (% 60.9) kadın olup ortalama yaş 32 (18-46) idi. Hastaların hepsine operasyon öncesi tek doz 3. kuşak sefalosporin verildi. Tüm hastalar standart laparoskopik apendektomi pozisyonunda, (trendelenburg, hafif sola dönük, operatör ve kamera asistanı hastanın solunda, monitör sağında) genel anestezi altında opere edildi.

İlk 5 (% 21.7) olguda mesane sondası kullanılmasına rağmen sonraki olgularda operasyon öncesi hastanın miksiyonunun yeterli olduğu saptandı. Göbek altından veres iğnesi sokularak batın içinde 13-15 mmHg'lık CO_2 gazı basıncı sağlandı. Bu noktadan yerleştirilen 12 mm'lik trokar içinden teleskop sokularak batın içi eksplore edildi. Diğer iki trokar (sağ fossa iliakaya 12 mm'lik, suprapubik bölgeye 5 mm'lik) direkt görüş altında yerleştirildi.

Apendektomi uygun 6 olguda (% 26.1) ekstraabdominal, 12 olguda (% 52.2) intraabdominal, 5 olguda da (% 21.7) mikst yöntemle gerçekleştirildi. Ekstraabdominal olgularda apendiks mezosu ve kökü 000 ipek ile ligatüre edilirken intraabdominal olgularda mezo ve apendiks kökü klipler ile diseke edilmiştir. Mikst olgularda ise mezo abdomen içinde klipler konulup kesildikten sonra apendiks dışarıya çıkarılıp kökü 000 ipek ile bağlanmıştır. Postoperatif mortalite, morbidite, analjezi ihtiyacı ve hastanede kalış süreleri tespit edildi.

BULGULAR

Tüm olgularda operasyon laparoskopik olarak tamamlandı. Apendiks 2 olguda (% 8.7) retroçekal, 12 olguda (% 52.2) lateroçekal, 9 olguda (% 39.1) pelvik pozisyonda idi. 8 olgu (% 34.8) erektil konjesyone, 15 (% 65.2) olgu flegmonöz görünümde idi. 2 flegmonöz görünümlü olguda profilaktik olarak sağ parakolik bölgeye dren konuldu. Bu drenler 24 saat sonra çekildi. 3 kadın hastada pelvik bölgede yapışıklıklar mevcuttu. Ancak bu yapışıklıklar apendektominin laparoskopik olarak tamamlanmasını engelleyici ölçüde yoğun değildi.

Tablo 1. Klinik bulgular

Klinik bulgular	Hasta sayısı (n)
Yaygın karın ağrısı	23
Karın sağ alt kadranda ağrı lokalizasyonu	14
Lökositoz	18
Sistemik ateş (>38° C)	3
Rektal koltukaltı derece farkı >1° C	5
USG ile apendisit bulgularının doğrulanışı	21
Bulantı	23
Kusma	12

Tablo 2. Histolojik bulgular

Tanı	Hasta sayısı (n)
Süpüratif apendisit	5
Nonsüpüratif apendisit	9
Subakut apendisit	4
Lenfoid hiperplazi	3
Normal apendiks	2

Ortalama ameliyat süresi 55 dk (20-80) idi. Ancak son olgularda bu sürenin azaldığı tespit edildi (ortalama 35 dk). Ekstraabdominal yöntemin uygulandığı olgularda sürenin biraz daha kısa olduğu gözlendi (ortalama 17 dk). Histolojik muayene 18 olguda (% 78.3) klinik ve laparoskopik bulgularla aynı idi. Beş olguda ise apendiksin histolojik olarak lenfoid hiperplazi veya normal yapıda olduğu saptandı (Tablo 2). Postoperatif analjezi ihtiyacı ortalama 5.5 saat (3-7 saat) idi. Mortalite olmadı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hastanede kalış süresi ortalama 36 saat (24-48 saat) oldu.

TARTIŞMA

Apendiks anatomik olarak karın içinde çok çeşitli lokalizasyonlarda bulunabilir. Bu nedenle

konvansiyonel apendektomide olduğu gibi laparoskopik apendektomide de apendiksin bulunduğu lokalizasyona ve çevre organlarla yapışıklıklarına göre teknik problemler ortaya çıkar. Teknik problemler nedeniyle laparoskopik işlemden açık yönteme dönüş oranı literatürde % 1-16 olarak bildirilmiştir [3,4,5].

Bizim olgularımızın hiçbirinde açık yönteme dönme zorunluluğu doğmadı. Olguların seçilmiş olması bunun en önemli nedeni olabilir. Anamnez, fizik muayene ve tanı yöntemleri ile komplike olduğu düşünülen olgular laparoskopik olarak tedavi edilmediler.

Literatürde tüm laparoskopik işlemlerde olduğu gibi laparoskopik apendektomi de tecrübe ile operasyon süresinin azaldığı bildirilmiştir [3,6,7]. Bizim serimizde de ortalama ameliyat süresi başlangıçta daha uzun iken, tecrübe kazanıldıkça bu sürenin azaldığını tespit ettik. İlaveten, ekstraabdominal yöntemi uyguladığımız olgularda bu sürenin daha da kısaldığını gözledik. Bu olgularda mezonun serbest oluşu nedeniyle apendiksin kolaylıkla karın dışına alınabildiği ve karın dışında işlemin daha çabuk bitirilebildiği için sürenin daha kısa olduğunu düşünmekteyiz.

Tanıda yanılma nedeniyle negatif apendektomi oranı değişik serilerde farklı olmakla birlikte genellikle % 10-35 arasındadır [7,8]. Olgularımızın % 78.3'ünde klinik ve laboratuar bulgular ile histolojik tanılar arasında bir korelasyon saptadık. Apendektomi konusunda klasik düşünce, akut apandisit ön tanısıyla laparotomi yapılan tüm hastalarda, operatif bulgular olayı tam teyit etmese bile ileride bir yanılmayı önlemek amacıyla apendektominin yapılması yönündedir [9].

Hitap ettiğimiz bölge insanının düşük sosyokültürel seviyesi nedeniyle bu daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle laparoskopide hafif konjesyon gözlediğimiz 3 olguda da apendektomi yapmak zorunda kaldık. Ancak tüm olgularda apendektomi sonrası klinik tablonun düzeldiğini saptadık.

Laparoskopik apendektomi sonrası genel morbidite oranları % 0 ile 4.5 arasında bildirilmektedir [3,5,10,11]. Bizim serimizde de bu oran literatür ile uyumludur (% 0). Ancak karar vermek için olgu sayımız henüz azdır. Laparoskopik apendektomi sonrası mortaliteye literatürde rastlamadık [3,12,13]. Sonuçlarımız bu açıdan da literatür bulgularıyla uyumludur.

Konvansiyonel ile laparoskopik apendektomi yöntemlerinin karşılaştığı çalışmalarda postoperatif analjezi ihtiyacının laparoskopik işlem sonrası daha az olduğu tespit edilmiştir [6,14].

Bizim olgularımızda da bu süre ortalama 5.5 saat gibi kısa bir zaman dilimidir. Laparoskopik apendektomi sonrası hastanede kalış süresi konvansiyonel yönteme oranla belirgin bir şekilde kısadır [8]. Bu süre genellikle 1 ile 4 gün olarak bildirilmektedir [10,11,14]. Serimizde tespit ettiğimiz ortalama 36 saatlik hastanede kalış süresinin literatürde bildirilen sürelere uygun olduğu görüldü.

Serimizin sonuçları bizi sadece seçilmiş olgular değil, tüm apendisit olgularını da laparoskopik olarak gerçekleştirmek yönünde cesaretlendirmiştir. Bu bulguların ışığında, laparoskopik apendektominin tecrübeyle daha kolay ve kısa sürede yapılabilen, postoperatif sonuçları daha iyi olan güvenli bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. **Apelgren KN, Molnar RG, Kisala JM.** Laparoscopic is not better than open appendectomy. Am Surg 1995; 61:240-43.
2. **Heinzelmann M, Simmen HP, Cummins AS, Largiader F.** Is laparoscopic appendectomy the new 'gold standard'? Arch Surg 1995; 130:782-85.
3. **Balique JG, Guinot R, Mondesert C, Mortier L.** Retrospective comparative study of 600 appendectomies carried out by laparotomy (Mac Burney) or laparoscopy. A plea for laparoscopy. Chirurgie 1993-94; 119:504-10.
4. **Martin LC, Puente I, Sosa JL, Bassin A, Breslaw R, McKenney MG, et al.** Open versus laparoscopic appendectomy. A prospective randomized comparison. Ann Surg 1995; 222:256-62.
5. **Des Groseilliers S, Fortin M, Lokanathan R, Khoury N, Mutch D.** Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy: retrospective assessment of

200 patients. Can J Surg 1995; 38:178-82.
6. Pruett B, Pruett J. Laparoscopic appendectomy: have we found a better way? J Miss State Med Assoc 1994; 35:347-51.
7. Neal GE, McClintic EC, Williams JS. Experience with laparoscopic and open appendectomies in a surgical residency program. Surg Laparosc Endosc 1994; 4:272-76.
8. Kollias J, Harries RH, Otto G, Hamilton DW, Cox JS, Gallery RM. Laparoscopic versus open appendiectomy for suspected appendicitis: a prospective study. Aust N Z J Surg 1994; 64:830-35.
9. Telford GL, Condon RE. Appendix In: Zuidema GD (ed). Surgery of the alimentary tract. Philadelphia, WB Saunders Co 1996; 4:140-49.
10. Varlet F, Tardieu D, Limonne B, Metafiot H, Chavrier Y. Laparoscopic versus open appendectomy in children-comparative study of 403 cases. Eur J Pediatr Surg 1994; 4:333-37.
11. Holeczy P, Novak P, Malina J. The importance and role of laparoscopic appendectomy. Rozhl Chir 1994; 73:225-28.
12. Schreiber JH. Results of outpatient laparoscopic appendectomy in women. Endoscopy 1994; 26:292-98.
13. Perri S, Amendolara M, Gallo G, Valenti G, Meneghini G, Gelmi GF. Laparoscopic appendectomy in clinical practice. Anesthetic and functional advantages. G Chir 1993; 14:313-19.
14. Ortega AE, Hunter JG, Peters JH, Swanstrom LL, Schirmer B. A prospective, randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy. Laparoscopic appendectomy study group. Am J Surg 1995; 169:208-13.

Alındığı tarih: 24 Mart 1998
Yazışma adresi: Dr. Osman Güler, Tıp Fakültesi Hastanesi, Maraş Cad. 65200 Van