

Akut kolesistitin cerrahi tedavisinde laparoskopik yaklaşım

Korhan TAVİLOĞLU (*), Kayhan GÜNAY (*), Ali ŞAHİN (**), Recep GÜLOĞLU (*), Cemalettin ERTEKİN (***)

ÖZET

Bu çalışmada Haziran 1994-Aralık 1995 tarihleri arasında akut kolesistit tanısıyla ameliyata alınan 90 hastaya ait sonuçlar bildirilmiştir. Olguların 60'ını (% 66.7) kadın hastalar; 30'unu (% 33.3) erkek hastalar oluşturmuş, yaş ortalaması da 53.5 (24-81 yaş aralığında) olarak bulunmuştur. 52 olguda (% 57.8) laparoskopik, 38 olguda (% 42.2) açık kolesistektomi uygulandı. Ameliyat yönteminin seçiminde girişimin uygulandığı saat etkili oldu. Ekipman ve yetmişmiş personelin hazır bulunduğu mesai saatlerinde laparoskopik girişim, bu saatler dışında gelen olgularda da açık girişim uygulandı. Ortalama ameliyat süresi, morbidite ve mortalite oranları, ortalama hastanede kalış süresi laparoskopik ve açık girişimlerde sırasıyla 94 dk/91 dk; % 13.4/% 21; % 0 / % 2.1; 2.8 gün/6.2 gün olarak bulundu.

Laparoskopik başlanan 5 olguda (3'ün de anatomik belirsizlik ve disseksiyon güçlüğü nedeniyle oluşan ve durdurulamayan kanama, 2'sinde de koledok yaralanması) nedeniyle açık girişime dönüldü (% 9.6). Bu çalışma sonucunda, ilk yıllarda laparoskopi için kontrendikasyon kabul edilen akut kolesistit olgularında erken mobilizasyon, daha düşük mortalite ve morbidite oranları, karın ön duvarının bütünlüğünün bozulmaması, daha az bride neden olması ve daha az hastanede kalış süresi gibi avantajları nedeniyle laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye tercih edilmesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Akut kolesistit, laparoskopik kolesistektomi

SUMMARY

Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis

In this study, the results of 90 cases with acute cholecystitis who underwent cholecystectomy between June 1994, and December 1995 are reported. Sixty patients were female (66.7 %), 30 patients were male (33.3 %), and the mean age was 53.5 years (24-81 years). 52 patients (57.8) underwent laparoscopic, and 38 patients (42.2 %) open cholecystectomy. The surgical technique was selected according to the time of surgery. Laparoscopic approach was favored during routine working hours due to qualified personnel and equipment, and open cholecystectomy was performed besides this period.

The mean operating time, morbidity, mortality, and the mean hospital stay was 94 versus 92 min, 13.4 % versus 21.0 % versus 2.1 %, 2.8 days versus 6.2 days for laparoscopic and open cholecystectomy groups consecutively. Conversion to open cholecystectomy was required in 5 (9.6 %) patients (bleeding and insufficient exposure in 3 patients, common bile duct injury in 2 patients). Laparoscopic cholecystectomy which used to be a contraindication for acute cholecystitis is now being preferred due to the advantages such as; early mobilization, low morbidity and mortality, lack of abdominal wall problems, less adhesions, and shortened hospital stay.

Key words: Acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy

GİRİŞ

ABD'de 15-20 milyon kişide semptomatik safra yolu taşı olduğu ve her yıl ortalama 500.000 kişiye kolesistektomi uygulandığı bildirilmektedir.

dir (1,2). Bu kadar yoğun uygulanımı olan kolesistektomide laparoskopik girişimle postoperatif ağrı, kozmetik konular ve hastanede kalış süresi gibi problemlerin minimale indiği artık tartışmasız kabul edilmektedir (3,4).

(*) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı, Op. Dr.

(**) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı, As. Dr.

(***) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı, Doç. Dr.

Bazı cerrahlar inflamasyon ve ödem nedeniyle duktal ve vasküler anatomisinin belirsiz oluşu ve preoperatif komplikasyon riskinin arttığı gerekçesiyle akut kolesistiti laparoskopik girişim

için kontrendikasyon olarak kabul etmişlerdir (5,6). Ancak kolesistektomi gerektiren hastaların yaklaşık % 20'sini akut kolesistitli olguların oluşturduğunun bilinmesi cerrahları akut kolesistitte laparoskopiyi kullanmaya itmiştir (7). Son yıllarda akut kolesistit laparoskopi için kontrendikasyon olmaktan çıkmış ve endikasyonlar içinde yerini almıştır. Giderek deneyim ile birlikte başarı oranının da arttığı görülmektedir (8).

GEREÇ ve YÖNTEM

Haziran 1994-Aralık 1995 tarihleri arasındaki 18 aylık dönemde İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Birimine başvuran ve akut kolesistit saptanarak ameliyat edilen olgular çalışma kapsamına alınmıştır. Bu çalışma prospektif ve nonrandomize olarak olguların seçilmesi ile gerçekleşmiştir. Akut kolesistit tanısı karın sağ üst kadranda ağrı, bulantı, kusma, ateş, lökositoz ve pozitif ultrasonografik (US) bulgularla konulmuştur. Cerrahi girişimler açık yöntem ya da laparoskopik yöntemle uygulanmıştır. Sonuçlar karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Endikasyonlar içinde kalkülöz veya akalkülöz kolesistit, bilier pankreatit ve ERCP sonrası sfinkterotomi ile koledoktan taş ekstraksiyonu yapılan kolesistokoledokolityazis olguları yer almıştır. Radyolojik tanıda ultrasonografi kullanılmıştır.

Tüm olgulardan rutin preoperatuar laboratuvar tetkikleri istenmiştir. US'de safra yollarında taş saptanan, kolanjit öyküsü olan ve biliyer patolojiyi gösteren laboratuvar sonuçları olan (alkalen fosfataz, SGOT, SGPT, G-GT de yükseklik) olgulara preoperatuar ERCP, sfinkterotomi ve taş ekstraksiyonu uygulandıktan sonra cerrahi girişim gerçekleştirilmiştir. Cerrahi girişim seçiminde ekipman ve yetişmiş personelin bulunması etkili olmuştur.

Gerekli şartların bulunduğu mesai saatlerinde laparoskopik girişim uygulanmış, diğer zamanlarda ise ön planda medikal tedavi ile sonuçlandırılması planlanmış, medikal tedavinin başarılı olmadığı olgularda açık kolesistektomi uygulanmıştır. En geç US ile tanı konulmasından

sonraki 48-72 saat içinde girişim uygulanmıştır. Laparoskopik kolesistektomiler operatör ve kamermanın hastanın solunda, 1. asistanın hastanın sağında yer aldığı Amerikan yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Tüm olgulara preoperatif dönemden başlayarak postoperatif dönemde en az 24 saat antibiyoterapi uygulanmıştır.

SONUÇLAR

Toplam 90 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Bunlardan 52'sine (% 57.8) laparoskopik, 38'ine (% 42.2) açık kolesistektomi uygulanmıştır. Genel yaş ortalaması 53.5 (24-81 yaş aralığında) olarak bulunmuştur. Kadın hastalar olguların % 66.7'sini (60 hasta), erkek hastalar ise % 33.3'ünü (30 hasta) oluşturmuşlardır. Olgular ile ilgili çeşitli bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Koledok taşı saptanan 6 olguya preoperatif ERCP uygulanmıştır. Koledok taşı saptanan 1 hastaya peropertif kolanjiyografi çekilmiş ve koledoskop ile taş düşürülmüştür. Biliyer pankreatit tanısıyla yatırılan hastalara ERCP ve sfinkterotomi, tablonun gerilemesi takibinde laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 5 hastada (% 9.6) çeşitli nedenlerle açığa dönülmüş-

Tablo 1. Seride yeralan olgular ile ilgili parametreler

	Açık kolesistektomi	Laparoskopik kolesistektomi
Hasta sayısı	38	52
Kadın hasta sayısı	23	37
Yaş ortalaması	55.3	51.8
Ort. ameliyat sü. (dk)	91	94
Ort. hast. kalış sü. (gün)	6.2	2.8
Morbidite (%)	21	13.4
Mortalite (%)	2.1	0

Tablo 2. Komplikasyonlar

Açık kolesistektomi	Laparos. kolesistektomi
Yara enfeksiyonu	4
Üriner enfeksiyon	2
Akciğer enfeksiyonu	2
Evissereasyon	1
Safra fistülü	1
Koledok yaralanması	1
Yara enfeksiyonu	6
Kese perforasyonu	4
Koledok yaralanması	2
Intraabdominal kolleksiyon	2

Tablo 3. Laparoskopik kolesistektomi serilerinde bazı parametreler

Seri	Olgu sayısı	Akut kolesistit	Konversiyon	Hastanede kalış süresi	Ameliyat süresi
Lujan (12)	259	60	% 13	3.1 gün	83 dk
Raltner (10)	281	20	% 35	2.6 gün	87 dk
Flowers (13)	250	15	% 33	2.7 gün	126 dk
Zucker (16)	720	83	% 27	3.3 gün	94 dk
Velasco (17)	220	27	% 7.4	1.9 gün	121 dk
Kum (18)	293	66	% 30	4.1 gün	82 dk
Serimiz	52	52	% 9.6	2.8 gün	94 dk

tür. 2 olguda (% 3.8) koledok yaralanması, 3 olguda da (% 5.8) anatomik belirsizlik ve kontrol edilemeyen kanama konversiyon nedeni olmuştur. 16 hastaya (% 30.7) sızıntıların kontrolü için dren konulmuştur. Her iki yöntemde izlenen komplikasyonlar Tablo 2'de ayrı ayrı özetlenmiştir.

Laparoskopik girişim sırasında kese perforasyonu olan olgular peroperatif irrigasyonla kontrol altına alınabilmiş ve girişim açığa dönülmeden tamamlanmıştır. Koledok yaralanması olan her iki olguda da yaralanma peroperatif saptanmış ve açığa dönülerek T-drenaj uygulanmıştır. Postoperatif gelişen abdominal koleksiyonlar US altında drene edilmişlerdir. Hiçbir hastada reoperasyona gerek duyulmamıştır. Açık kolesistektomi uygulanan 2 olgu reopere edilmiş, birine evisserasyon nedeniyle prolen greft konulmuş, diğerine safra fistülü nedeniyle hepatikojejunostomi uygulanmıştır.

TARTIŞMA

Kolesistektomi gerektiren olgulardan % 20'sini akut kolesistitlerin oluşturması ilk yıllarda laparoskopi için kontrendikasyonlar arasında sayılan akut kolesistitin yavaş yavaş endikasyonlar içine alınmasına neden olmuştur. Giderek artan deneyim ile başlangıçta yüksek olan komplikasyon ve konversiyon oranları giderek düşmektedir (9). Birimimizde de akut kolesistit olgularına laparoskopik girişim ön planda uygulanmaktadır.

Akut kolesistit tanısı için 3 kriter kabul edilmektedir: 1) Pozitif klinik ve laboratuvar bulgular (karın sağ üst kadranda ağrı, bulantı-

kusma, ateş, lökositoz, US'de safra kesesinde kalküle ek olarak perikolesistik sıvı, duvar kalınlaşması ve hidrops oluşu, 2) İntraoperatif saptanan şiddetli inflamasyon, 3) Patolojik tetkikte pozitif bulgular.

Klinik, laboratuvar veya patolojik bulgularla desteklenmeyen intraoperatif bulgular akut kolesistit tanısının konulması için yeterli değildir (10). Akut tablo ile başvuran hastalarda inisiyal medikal tedavi ile bir süre hastanın izlenmesi ve tablonun soğutulması yöntemi yaygın olarak uygulanmaktadır. Ancak medikal tedaviye cevap vermeyen, klinik ve laboratuvar bulgularının giderek kötüleştiği hastalarda fazla ısrar edilmeyip ameliyat kararı vermek en doğru yaklaşımdır (11). Bunun için önerilen süre 48-72 saat olup kliniğimizin yaklaşımı da bu yöndedir.

Akut kolesistit nedeniyle uygulanan laparoskopik girişimde 4 trokar girişi kullanılmaktadır. Safra kesesi hidropikse Veress iğnesi ile fundustan yapılan ponksiyonla dekompresyon sağlanabilir. Bu manevra kesenin daha iyi tutularak asılmasını ve Calot üçgeninin daha iyi eksplorasyonunu sağlar. 20-25 dakikada cerrah anatomik yapıları netleştirememişse açığa dönme, doku nekrozu, ileri derecede inflamasyon ve minör fakat durdurulamayan bir kanama varsa mutlaka dren konulması ve drenin uygun olan en erken zamanda da çekilmesi önerilmektedir (12). Biz de kliniğimizde 24 saat içinde konulan drenleri almaktayız.

Laparoskopik girişim uygulanan akut kolesistitlerde konversiyon oranı elektif vakalara göre yaklaşık 5 misli daha fazladır (% 5.2-%27.7).

Bazı serilerde ⁽¹³⁾ % 33 gibi yüksek oranlar verilmekle beraber % 15 gibi nispeten düşük oranlar bildirilen serilerde vardır ⁽¹⁴⁾. Konversiyonda semptomların ortaya çıkışından operasyona kadar geçen süre de önemlidir. Gecikildiğinde hipervaskülarizasyon, abse formasyonu ve nekrozun ortaya çıkması gibi nedenler diseksiyon güçlüğüne ve dolayısıyla konversiyona neden olmaktadır. Önerilen bekleme süresi ise en fazla 72 saattir ⁽¹²⁾. Serimizde konversiyon oranı ise % 9.6 ve bekleme süresi 48-72 saattir.

Safra kesesi taşı olan hastaların % 4-8'inde akut pankreatit geliştiği bildirilmektedir. Klinik bulgular; epigastrik ağrı ve hiperamilazemiden kardiyovasküler kollaps, respiratuar ve renal yetersizliğe kadar farklılık gösterebilir. Serimizde 5 olguda akut kolesistite ek olarak akut pankreatit saptanmıştır (% 5.5). Eşlik eden biliyer patolojinin tedavisi (ERCP ile varsa koledok taşının ekstirpasyonu ve takiben kolesistektomi), pankreatik ve peripankreatik problemlerin çözülmesi (pankreatektomi, nekrozektomi) önerilen cerrahi girişimlerdir ⁽¹⁵⁾. Kliniğimizde biliyer pankreatite yaklaşım sırası nazogastrik dekompresyon ve parenteral sıvı tedavisi, laboratuar ve radyolojik bulgularla izleme, ERCP ile ekstrahepatik biliyer patolojinin tanı ve tedavisi, mümkün olan en erken zamanda da laparoskopik kolesistektomi olmaktadır.

Akut kolesistite yönelik cerrahi girişimlerde (laparoskopik veya açık) rastlanan en ciddi komplikasyonlardan birisi safra yolu yaralanmalarıdır. Akut kolesistitide yaralanma riski elektif olgulara göre daha fazladır. Laparoskopik kolesistektomilerde elektif vakalarda dahi bu olasılığın daha fazla olduğu bilinmektedir. Önemli olan yaralanmayı ameliyat anında fark edebilmek ve açığa dönülerek uygun girişi yapmaktır. Serimizde 2'si laparoskopik kolesistektomi sırasında olmak üzere 3 olguda koledok yaralanması oluşmuş, her 3'ü de operasyon sırasında tesbit edilmiş ve T-tüp drenaj uygulanmıştır. Açık kolesistektomi sırasında koledok yaralanması oluşan hasta safra fistülü nedeniyle 2. kez ameliyata alınmış ve hepatojejunostomi uygulanmıştır.

Serimizde morbidite oranı laparoskopik kolesistektomi uygulanan olgularda % 13.4, açık kolesistektomi uygulanan olgularda ise % 21'dir. Safra kesesi perforasyonu olan bir hasta ameliyat sonrası erken dönemde septik şok bulguları ile kaybedilmiştir. Literatürde oldukça farklı oranlar bildirildiği için bu konuda yorum yapılmamıştır. Ancak kesin olan laparoskopik girişimlerde komplikasyon oranının daha az olduğudur. Çeşitli laparoskopik kolesistektomi serilerinde bildirilen bazı parametreler Tablo 3'de özetlenmiştir.

Bu çalışma sonucunda, ilk yıllarda laparoskopi için kontrendikasyon olarak kabul edilen akut kolesistit olgularında erken mobilizasyon, daha düşük mortalite ve morbidite oranları, karın ön duvarının bütünlüğünün bozulmaması, daha az bride neden olması ve daha az hastanede kalış süresi gibi avantajları nedeniyle laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye tercih edilmesi gerektiği söylenebilir.

Ülkemizin ekonomik şartları gözönüne alındığında tek kullanımlık (disposable) laparoskopik aletler özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar için ekonomik açıdan sorun yaratmaktadır. Kanımızca; tekrar kullanılabilen aletlerin (reusable) devreye sokulması ile bu problemi çözmek mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Hermann RE, Vogst DP. The biliary system: In Davies JH (ed). Clinical surgery. Mosby Co, 1987; 1687-1680.
2. Sherry CK. Cholecystectomy: the gold standart. Am J Surg 1989; 158:174-178.
3. Moss G, Regal M, Lichting L. Reducing postoperative pain, narcotics and length of hospitalization. Surgery 1986; 99:206-210.
4. Reddick EJ, Frasier WLK. A report on 500 consecutive cases. Surg Endosc Laparosc 1991; 161:36-44.
5. Sackier JM, Berci G. Diagnostic and interventional laparoscopy for the general surgeon. Comtemp Surg 1990; 37:19-26.
6. Gadacz TR, Talamon MA, Lillemo KD, Yeo CJ. Laparoscopic cholecystectomy. Surg Clin North Am 1990; 70:1249-1262.
7. Sharp KW. Acute cholecystitis. Surg Clin North Am 1988; 68:269-279.
8. Phillips EH, Carrol BJ, Bello JM, Folley MJ. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Am Surg 1992; 58:273-276.
9. Avcı C, Avtan L. "Video-laparoskopi", Genel cerrahiye kazandırdığı yeni olanaklar. Ulusal Cerrahi

Derg 1991; 7:71-73.

10. Rattner DW, Ferguson C, Warshaval AL. Factors associated with successful LK for acute cholecystectomy. Ann Surg 1993; 217:233-236.

11. Schirmer BD, Edge SB, Dix J. Laparoscopic cholecystectomy; treatment of choice for symptomatic cholelithiasis. Ann Surg 1991; 213:665-677.

12. Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Torralba JA, Aylon JC, Liron R, Bueno FS. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. J Am Coll Surg 1995; 18:75-77.

13. Flowers JL, Bailey RW, Scovill WA, Zucker KA. The Baltimore experience with laparoscopic management of acute cholecystitis. Am J Surg 1991; 161:388-392.

14. Jacobs M, Goldstein HS. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. J Laparosc Endosc Surg 1991; 1:175-177.

15. Pellegrini CA. Surgery for gallstone pancreatitis. Am J Surg 1993; 165:515-520.

16. Zucker KA, Flowers JL, Bailey RW, Graham SM, Buell J, Imbembo AL. Laparoscopic management of acute cholecystitis. Am J Surg 1993; 165:508-514.

17. Velasco JM, Dominquez JM, Vallino VL, O'Toole KA. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. J Laparosc Surg 1994; 4:305-309.

18. Kum CK, Goh PMY, Isaac JR, Tekant Y, Ngoi SS. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Brit J Surg 1994; 81:1651-1654.

Alındığı tarih: 30 Ocak 1996

Yazışma adresi: Op. Dr. Korhan Taviloğlu, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı, 34390-Çapa-İstanbul

KONGRE TAKVİMİ (Mayıs - Ekim 1996)

Acapulco, Guerrero, Mexico

V. International Congress in Endoscopic Surgery Association Mexicana de Chirurgia Laparoscopica

22-25 Mayıs 1996

Başvuru: Association Mexicana de Chirurgia Laparoscopica Tel: (525) 2 60 20 89 Fax: (525) 2 60 22 74

Brno, Morava, Czech Republic

Second International Conference of Czech and Moravian Club of Invasive Endoscopy

30-31 Mayıs 1996

Konular: Üst GIS kanaması, laparoskopik inguinal herni onarımı, yeni laparoskopik teknikler

Başvuru: Jarmila Kozlova, Ponavka 6 662 50 Brno, Czech Republic Tel: +42 5 32 11 14/692 Fax: +42 5 45 21 10 82

Bologno, Italy

International Hepato-Pancreato-Biliary Association

Second World Congress

2-6 Haziran 1996

Başvuru: Organizing Secretariat SOGEPACO Convention and Travel Piazza Costituzione 5/c 40128 Bologna, Italy Tel: +39 51 6375111 Fax: +39 51 6375159

Trondheim, Norway

Fourth International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (E.A.E.S)

23-26 Haziran 1996

Ana konular: İleri teknoloji, laparoskopik cerrahide komplikasyonları önleme ve emniyet, endoskopik endolüminal girişimler

Başvuru: Congress-Conference A.S. P.O. Box 7909 Skillebekk N-0205 Oslo, Norway Tel: +47 22 56 29 40 Fax: +47 22 56 05 41

Hua-Hin, Thailand

Endoscopic and Laparoscopic Surgeons of Asia Society (ELSA)-Thailand Endosurgery Congress

27-30 Ekim 1996

Ana konular: Endoskopik ve laparoskopik cerrahi (günümüzdeki ve gelecekteki konumu), eğitim ve kredilendirme, laparoskopik cerrahide maliyet, kolorektal kanserde laparoskopi, inguinal herni tedavisi, peptik ülserin endoskopik tedavisi, endoskopi ve laparoskopide yeni teknoloji, safra yolları hastalıklarının endoskopik tedavisi, video yardımlı torakoskopik cerrahi, jinekolojide, pediatri ve ürolojide laparoskopik cerrahi

Başvuru: The Secreteriat ELSA-Thailand Endosurgery Congress, Department of Surgery Ramathibodi Hospital, Rama VI Road Bangkok 10400, Thailand Tel: 662 2011315 Fax: 6622011316