

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 46 olgudaki deneyimimiz



Atilla US (*), Osman Hayri UYBADIN (*), Ateş Yaşa ULUSOY (*),
Canip KARAMANOĞLU (*), H. Fikret SOLAK (**)

ÖZET

Ağustos 1992 - Ekim 1993 tarihleri arasında, Yalova Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 46 olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Olgularımızda 4 adet komplikasyon oluştu. Laparoskopik olarak başladığımız 4 olguda ise açık cerrahiye geçilmek zorunda kalındı.

Anahtar kelimeler: Video laparoskopi, kolesistektomi

SUMMARY

Our experience in laparoscopic cholecystectomy

Laparoscopic cholecystectomy was performed in 46 cases, during the period of August 1992 and October 1993. Of the 4 cases complications occurred. Elective conversion to open surgery was under taken in four patients.

Key words: Video laparoscopy, chelecystectomy

GİRİŞ

İlk defa Haziran 1987'de Fransa, Lyonda Dr. Mauret tarafından gerçekleştirilen Laparoskopik kolesistektomi, bu tarihten sonra dünyada çok hızlı ve yaygın bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Son 2, 3 yıldan beri de ülkemizde birçok merkezde uygulanmakta ve gerek hekimler gerekse hastalar tarafından çok geniş bir kabul görmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ağustos 1992 - Ekim 1993 tarihleri arasında yaşları 21 ile 85 arasında değişen kolesistopati 46 olguya video laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Olguların 42'si kadın 4'ü ise erkekti. Laparoskopik olarak başlanan 4 olguda ise açık cerrahi girişimine geçildi.

Tüm hastalarımıza tanı ultrasonografik incelemeler sonunda konuldu. 30 olguda kolelitiazis mevcut olup, bunlarda safra kesesi duvarları normal kalınlıkta idi. 13 olguda Kr. taşlı ko-

lesistit saptandı. Bunlarda kese duvarları kalınlaşmış ve bazılarında kese karaciğer duvarına gömülü durumda idi. 6 olguda akut taşlı kolesistit mevcuttu. Bunların 5'inde sistik kanal bir taş tarafından tıkanmış ve safra kesesi hidrops halinde idi. Olgularımızda çapları 1 mm'den 28 mm'ye kadar değişen büyüklükte ve sayıda safra kesesi taşı mevcuttu. Bir olguda da 5 mm çapında safra kesesi polipi vardı (Tablo 1).

Hastalarımızın tüm rutin tetkikleri yapıldı ve genel anestezi altında Storz marka cihaz ile girişimde bulunuldu. Olgularımızın 20'sinde Fransız, 30'unda da Amerikan ekolünün benimsediği pozisyon verilerek çalışıldı.

BULGULAR

Video-Laparoskopik kolesistektomi için girişimde bulunulan 50 olgudan 46'sında (% 92) tam başarı elde edildi. Olguların 4'ünde (% 8) laparoskopik operasyon sonlandırılarak açık cerrahi girişime geçildi.

Bu 4 olgunun 2'sinde Kr. Taşlı kolesistit nedeniyle anatomik yapı iyi seçilememekte idi. Bir

(*) Yalova Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Dr.
(**) Yalova Devlet Hastanesi Uroloji Kliniği, Dr.

Tablo 1. 50 olgunun preoperatif klinik tanısı

Olgu sayısı	Klinik tanı	Anatomik yapı
30	Kolelitiazis	Kese duvarları normal kalınlıkta
13	Kr. Taşlı kolesistit	Kese duvarları kalınlaşmış, bazılarını karaciğer içine gömülü
6	Akut taşlı kolesistit	Hidrops kese (5 olguda)
1	Safra kesesi tümörü	Kese duvarında 5 mm çapında bir adet soliter polip

olguda ise geçirilmiş periton tüberkülozundan dolayı omentum ile parietal periton arasında yaygın yapışıklıklar mevcuttu. Bir olguda da sistik arterin aksidental kesilmesi açık cerrahiye geçilmesine neden oldu (Tablo 2).

Komplikasyon olarak 2 olguda 3'üncü 5 mm'lik trokarla karaciğer sol lobda rüptür meydana geldi. Bu vakalarda başlangıçta şiddetli bir kanama olduysa da beklemekle kanama spontan olarak durdu. Operasyona devam edildi. Bir olguda da sistik kanala klip uygulandıktan sonra makasla kesilirken kazaen sistik arter kesisine yol açıldı. Jikle eden damar graspir ile tutulup klip konularak kanama durduruldu.

Bir olgumuzda ise aksesuar sistik artere konulan klibin çözülmesi sonucu gecikmiş bir kanama oluştu. Bu hastaya laparotomi yapıldı. Tüm olgularımızda komplikasyon oranı % 8 olarak tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 2. Video-laparoskopik kolesistektomi ile başlanıp klasik kolesistektomiye geçilen olguların dağılımı

Adı Soyadı	Yaş	Geçiş nedenleri
N.C.	57	Kr. Kolesistite bağlı olarak anatomik yapının bozulması
N.B.	71	Geçirilmiş periton tüberkülozuna bağlı yaygın yapışıklıklar
F.K.	36	Karaciğer dışı safra yolları fibrotik görünümde
P.D.	62	Sistik arter kesisi

Tablo 3. Video-laparoskopik kolesistektomi yapılan olgularımızdaki komplikasyonlar

Olgu sayısı	Komplikasyon tipi
2	Karaciğer sol lobda rüptür
1	Sistik arter kesisi
1	Geç lemoraji

3 olguda kolelitiazis ile birlikte umbilikal herni mevcuttu. Operasyon süresi 35 ile 150 dakika arasında değişmekte olup ortalama 87 dakika idi. Olguların postoperatif hastanede kalış süresi bir ile sekiz gün arasında değişmekte olup ortalama 3 gün idi. Mortalite olmadı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Video-laparoskopik cerrahinin benimsenmesinde neden gösterilen başlıca faktörler, açık batin cerrahisindeki giriş travmasının ve geçici ileusun olmaması, post op. ağrının minimal düzeyde olması, hastanede kalış süresinin kısa olması, çabuk ve konforlu iyileşme, hastanın normal güncel aktivitesine erken başlaması, Postop. insizyonel herni riskinin olmaması insizyon skatrısı bakımından estetik üstünlüğü şeklinde sayılabilir⁽¹⁾.

Karaciğer rüptürüne yol açılan iki vakamız yaşlı ve zayıf hastalardı. Karaciğeri tutan bağlar gevşek olduğundan karaciğer pitotik durumda idi. Hastaların karın duvarının zayıflığı, operatörü trokarın çok kolay girebileceği duygusuna kapırmaktadır. Farkında olunmadan trokarlara fazla basınç uygulanmasının organ yaralanmasına yol açabileceğini düşünmekteyiz. Larson ve arkadaşları da bu şekilde trokar ile yaralanma bildirmektedir⁽²⁾. Bir olguda da sistik arterin aksidental kesisine yol açıldı. Erken dallandığı durumlarda sistik arterin ön dalına klip konup kesilince, ana sistik arterin kesildiği zannedilmekte ve dikkat edilmezse

Tablo 4. Olgularda operasyon süresi ve Postop hastanede kalış süresi

Olgu sayısı	Yaş	Operasyon süresi (dk.)	Postop hastanede kalış süresi (gün)
46	21-85	35-150	1-8

arka dalda kazaen kesilerek kanamaya yol açılmaktadır. Video-laparoskopik kolesistektomide bu hususa özellikle dikkat edilmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Nathanson ve arkadaşları da iki vakada bu şekilde komplikasyon oluştuğunu bildirmektedirler ⁽³⁾.

Bir olguda da aksesuar sistik artere konulan klibin çözülmesi sonucu geç hemoraji oluştu. Yaşağına alınmış olan hastaya operasyondan 4 saat sonra laparotomi yapılarak kanama durduruldu. Bu yüzden vasküler yapıların iyice disseke edilip kliplerin düzgün bir şekilde konulması gerektiği kanaatindeyiz.

Hidrops kese durumundaki olgularda kese duvarları gergin ve frajil olduğundan endograspi ile tutulması mümkün olmamaktadır. Safra kesesinin hidrops durumunda olduğu 5 olguda uzun bir ponksiyon iğnesi ile perkutan girilerek endoskopi altında kese muhtevasının bir bölümü boşaltıldı. Böylece kese duvarlarının gerginliği azaltılarak kolesistektomi olanağı sağlandı. Nathanson ve arkadaşları mukosel ve gerileyen akut taşlı kolesistik durumlarında keseyi aspire etmeyi önermektedirler. Bunun gerginliği azaltacağı gibi kese pedikülünün görölmesini de sağlayacağını belirtmektedirler ⁽³⁾.

İkinci 10 mm'lik trokarın median çizginin solundan girildiğinde, uzun ve enli olduğu durumlarda ligamentum falsiforme hepatis, bu porttan enstrümanların girişine engel teşkil edebilmektedir. Nathanson ve arkadaşları da bir çok merkezde ligamentum falsiforme hepatis engelinden kaçmak için ikinci 10 mm'lik trokarla median çizginin sağından girmeyi tercih ettiklerini ancak bunun da kanüllerin kalabalıklığına yol açtığını bildirmekte, trokarı median çizginin solundan girip falsiforme ligamentum hepatisin alt kenarından geçecek şekilde

kilde konmasını önermektedirler ⁽³⁾. Kerbl K ve arkadaşları da manevra kabiliyetinin azalmaması için portların birbirine çok yakın yerleştirilmemesini ve enstrümanların gergin olmayan bir şekilde cerrahi sahaya girmesine olanak sağlamak için portların, cerrahi sahaya yönlendirilmesini önermektedirler ⁽⁴⁾.

Hastaların büyük bir bölümünde post operatif karın ve omuz ağrısı şikayetleri mevcuttu. Bu şikayetler ameliyat travmasına ve karbondioksit gazının diyafragmada yaptığı şimik tahrişe bağlandı. Narkotik olmayan analjeziklerle ağrı giderildi. Kerbl K. Claymn, şiddetli omuz ve diyaframatik ağrılarda pulmoner emboli ve miyokard enfarktüsünün ekarte edilmesi gerektiğini bildirmektedirler. Hasta erken postoperatif dönemde gitteke artan karın ağrısından şikayet ediyorsa, bunun bir barsak perforasyonu ve peritonitin işareti olabileceğini belirtmektedirler ⁽⁴⁾.

SONUÇ

Birçok avantajlarından dolayı laparoskopik kolesistektominin, minimal invaziv bir cerrahi yöntem olarak selektif olgularda tercih edilmesi gerektiğine inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Avci C, Avtan L. "Video-laparoskopi" Genel cerrahiye kazandırdığı yeni olanaklar. Ulusal Cerrahi dergisi 1991; 7:71-73.
2. Larson CM, Vitale CC, et al. Multipractive analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1983 patients. The American Journal of Surgery, 1992; 163: 221-226
3. Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A. Laparoscopic cholecystectomy the Dundee technique Br J Surg 1991; 78:155-159.
4. Kerbl K, Claymen RV. Basic techniques of laparoscopic surgery. Urologic Clinics of North America 1993; 20:361-367.

Alındığı tarih: 20 Kasım 1993

Yazışma adresi: Op. Dr. Atilla Us, Yalova Devlet Hastanesi, Cerrahi Kliniği