

Laparoskopik kolesistektomi deneyimimiz: İlk 100 olgumuzun analizi

Tanık İZBUL (*) Salih İZBUL (**)

ÖZET

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi yaptığımız ilk 100 olgunun retrospektif olarak irdelenmesi ve sonuçlarının literatür bilgileri ile karşılaştırılması.

Yöntem: Nisan 1996 Haziran 1999 tarihleri arasında laparoskopik yöntemle kolesistektomi yaptığımız olguların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Pre-operatif, operatif, postoperatif bulgular ortaya konularak literatür eşliğinde tartışıldı.

Bulgular: Hastaların 78'i (%78) kadın, 22'si (%22) erkekti. Ortalama yaş 44.2 olarak bulundu. 39 hasta (%39) daha önce bir veya iki defa operasyon geçirmişti. Bütün hastaların tanıları ultrasonografi ile konuldu major komplikasyon %2, minör komplikasyon %16, konversiyon oranı %6 olarak bulundu. Ortalama operasyon süresi 49 (15-240) dakika, klinikte kalış süresi ise 27 (16-36 saat) olarak hesaplandı. Postoperatif komplikasyon oranı %2 olarak izlendi.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi semptomatik safra kesesi hastalıklarında ülkemizde de tercih edilen bir yöntem olmaya başlamıştır.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, kolelithiasis.

SUMMARY

Objective: Laparoscopic cholecystectomy in 100 consecutive cases: Our first experience.

Methods: Laparoscopic cholecystectomy was first performed on 14 April 1996 in Turkish Republic of Northern Cyprus. 100 laparoscopic cholecystectomies were performed between the period of April 1996 and June 1999 by us.

Results: 78 (78%) were female, 22 (%22) were male, mean age was 44.2 years. 39 (%39) patients had different type of operation in the past. The procedure was successfully performed in 94% of all cases while conversion rate was 6%. Major complication rate was 2% (cystic artery injury in one, cystic duct injury in one); minor complication was 16%. The mean operative time was 49 (15-240) minutes, and length of hospital stay was 28 (16-36) hours for all cases. Postoperative complication rate was 2% and they were all umbilical infection. Full recovery was accomplished at the six postoperative days in most cases.

Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy is the first choice method for the treatment of cholecystolithiasis even in this small country.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, kolelithiasis.

GİRİŞ

Videoendoskopik cerrahi günümüzde gerek diagnostik, gerekse terapötik amaçlı kullanılan birçok geleneksel yöntemin yerini almıştır. Tüm cerrahi branşlarda uygulama alanı bulmuş ve gerek doktor gerekse hasta tarafından tercih edilen bir yöntem olmuştur.

Videoendoskopik cerrahinin prototipi olan laparoskopik kolesistektomi (LK), bugün dünyada en çok kullanılan yöntem haline gelmiştir. İlk defa 1986 yılında Alman cerrah Möhe tarafından tanımlandığında olduğu gibi; ülkemizde de ilk uyguladığımız yıllarda (Nisan 1996'da) yöntemin üstünlükleri görmezden gelindi. Oysa

güvenli ve tecrübeli ellerde yapıldığı zaman laparoskopik kolesistektominin cerraha ve hastaya sağladığı üstünlükler tartışılmazdır. Hastanın hastanede yatış süresinin kısa, normal günlük aktiviteye erken dönme, açık kolesistektomide görülen operatif travma ve postoperatif komplikasyonları ortadan kaldırması herkes tarafından bilinen avantajlarıdır⁽¹⁻⁴⁾. Ülkemize ve hastalarımıza sağladığı diğer bir avantaj ise ekonomiktir. Önceleri LK için yurt dışına giden ve büyük ekonomik kayıplara neden olan sağlık turizmi, yöntemin ülkemize yerleşip yaygınlaşması ile büyük oranda engellenmiştir.

Dünyada 1987, Türkiye 1991 yılından beri yaygın olarak kullanılmaya başlanan LK ülkemizde ancak 1996 yılında bizim tarafımızdan uygulanmaya konuldu. Bu çalışmada Nisan 1996-Mayıs 1999 tarihleri arasında LK uyguladığımız 100 hastanın

(*) Uzm Dr. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Hastanesi, KKTC

(**) Uzm. Dr., Girne Dr. Akçiçek Hastanesi, KKTC

Tablo- 1. Hastaların yaş ve cinsiyetlerine göre dağılımı

Yaş aralığı	Erkek olgu		Kadın olgu	
11-20	0	%0	6	% 07.69
21-30	2	% 09.09	8	% 10.25
31-40	6	% 27.7	20	% 25.64
41-50	6	% 27.7	24	% 30.76
51-60	4	% 18.18	12	% 15.38
61-70	3	% 13.63	6	% 07.69
71-80	1	% 04.54	2	% 02.56

preoperatif, operatif ve postoperatif bulgularını literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada Nisan 1996-Haziran 1999 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi yaptığımız 100 olgu dosyası retrospektif olarak incelendi.

Hastaların preoperatif kolelithiasis tanıları abdominal ultasonografi ile konuldu. Rutin tetkikleri yapılan hastaların 30'u operasyondan 12 saat önce 70'i ise operasyondan iki saat önce kliniğe kabul edildiler. Operasyon öncesi tüm hastalar tuvalete gönderilerek mesaneleri boşaltıldı. Entübasyondan sonra profilaktik olarak 3. kuşak sefalosporin 1 gr IV yapıldı. Açık yöntemle geçtiğimiz olgularda antibiyotik tedavisi postop 2.

günden sonra oral olarak 6. güne kadar devam edildi. Dekompresyon için operasyon sırasında konulan nazogastrik tüp açık yöntemle geçmediğimiz olgularda operasyon bitiminde, açığa geçtiğimiz olgularda ise potoperatif 2. güne kadar tutularak çekildi. Operasyon Amerikan tekniği kullanılarak yapıldı⁽⁵⁾. Karna giriş için Hasson yöntemi kullanıldı⁽⁶⁾. Operasyon süresi teleskopun karın içerisine girişi ile çıkartıldığı dönem olarak hesaplandı. Safra kesesi tüm hastalarda göbekten çıkartıldı. Dren gereken olgularımızda sağ üst 5 mm'lik trokar yeri kullanıldı.

Hastalar yaş, cinsiyet, daha önce operasyon geçirip geçirmediği yönünden araştırıldı. Preoperatif tanı, operasyon süresi, operatif ve postoperatif komplikasyon, açığa dönüş nedenleri, hastanede kalış süreleri açısından incelendi.

Tablo-2. Preoperatif ultrasonografide saptanan patolojiler

USG bulguları	Olgu	%	SK duvarı kalınlığı
Multipl taşlar	78	78	30 (% 38.46) kalın
tek taş	15	15	6 (% 40.00) kalın
Akut kolesistit (Tek Taşlı)	5	5	
Porselen SK	1	1	
Non Fonksiyone SK	1	1	

Tablo-3. İnsizyon skar tipleri

İnsizyon skarı	Olgu	%
Pfannensteil	24	66.66
Pfannensteil+Mc Burney	5	13.88
Mc burney	2	05.55
Göbek Altı Median	3	08.33
Göbek Üstü Sol Paramedia	1	02.77
Sol Subkostal	1	02.77

miye geçtik. Açık yöntemle dönüş nedenlerimiz Tablo 5'de gösterilmiştir.

Postoperatif dönemde ise 2 (%2) hastamızda umbilikal akıntı tesbit edildi. Hastaların klinikte kalma süresi ortalama olarak 27 saat olarak tesbit edildi. Olgularımızın 6'sına çeşitli nedenler ile dren koyduk. Bu olguların 3'ü açığa geçtiğimiz hastalarımızdı. Laparoskopik olarak operasyonu tamamladığımız hastalarımızda drenler sağ üst 5 mm'lik trokar yerinden çıkartıldı. Dren kullandığımız olgularımızın 4'ünde dren-

Tablo-4. Operatif major ve minör komplikasyonlarımız

Major komplikasyon	Olgu	%	Minör komplikasyon	Olgu	%
A. sistika kanması	1	1	Kontrol edilebilir kanama	3	3
D. sistikus yaralanması		1	1 SK perforasyonu	13	13

BULGULAR

Hastaların 78'i (%78) kadın, 22'si (%22) erkekti. Kadınlarda en küçük yaş 16, en büyük yaş 71 ortalama yaş ise 43.1 olarak hesaplandı. Erkek hastalarımızda en küçük yaş 23, en büyük yaş 73 ortalama yaş ise 47.1 olarak hesaplandı. Hastaların yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir.

Preoperatif olarak yapılan ultrasonografide tesbit edilen bulgular Tablo 2'de gösterilmiştir.

Olguların 39'u (%39) daha önce operasyon geçirmişti. İki hastamız inguinal hernia operasyonu bir hastamız ise koledok taşı nedeniyle preoperatuar endoskopik papillotomi müdahalesi geçirmişti. Bu olgular içerisinde abdominal operasyon geçiren hastaların, geçirmiş oldukları operasyonların skarlarına göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Ortalama operasyon süremiz 49 dakika (15-240) olarak hesaplandı. Bu sürenin başlangıcı batın içerisine teleskopun girişi ile çıkışı arasındaki süredir. Uygulamamızda, ekibe eğitim de verildiği için ilk 10 olgumuzda operasyon süremiz ortalama 94.5 dakika, sonraki olgularımızda ortalama 44 dakika olarak hesaplandı. Hesaplama tüm olguların süreleri dikkate alındı.

Operatif major ve minör komplikasyonlarımız Tablo 4'de gösterilmiştir.

Hastalarımızın 6'sında (%6) açık kolesistektomiye

leri postop 1. gün, 2 olguda ise 2. gün çıkarttık. Dren koyma endikasyonlarımız ve açıklamaları Tablo 6'da gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi ülkemizde ilk defa Nisan 1996 tarihinde uygulandı. İlerleyen zaman içerisinde çeşitli merkezlerin ve Lefkoşa Devlet Hastanesinin de bu operasyona uygun hale gelmesi ülkemizde laparoskopik kolesistektominin yerleşmesinde ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmasında büyük rol oynamıştır. Laparoskopik kolesistektominin sağladığı postoperatif konfor ve kozmetik üstünlükler nedeni ile yalnızca doktorlar tarafından değil; aynı zamanda hastalar tarafından da tercih edilen bir

Tablo-5. Açık kolesistektomiye geçme endikasyonlarımız

Endikasyon	Olgu
A. sistika kanaması	1
D. sistikus yaralanması	1
Batın içi yapışıklık	1
Porselen SK	1
SK, porta hepatiste yapışıklık	2

Tablo-6. Dren endikasyonlarımız

Dren endikasyonu	Kullanılan dren	Operasyon	Açıklama
Kanama kontrolü	Penzore	Laparoskopik	Kontrol edilebilir sistik arter kanaması
Safra kaçak kontrolü	Penzore	Laparoskopik	Aksesuar safra kanalları
Ampiyeme SK	Sump	Laparoskopik	
D. sistikus yaralanması	Oluklu	Açığa dönüldü	
A. sistika yaralanması	Oluklu	Açığa dönüldü	
Plastrone SK	Sump	Açığa dönüldü	Eski SK perforasyonu

yöntem olmasını sağlamıştır (4,7,8).

Litertürde laparoskopik kolesistektomide multisentrik olarak yapılan birçok çalışmada operatif mortalite % 0.006-0.1, morbidite %2-11, major morbidite ise %2 olarak belirtilmiştir (2,4,9,12). Bizim serimizde operatif mortalite görülmedi. Major komplikasyon oranımız %2 olarak tesbit edildi. Major komplikasyonlar içerisinde cerrahların ortak kaygısı olan ve yayınlanmış serilerde açık kolesistektomide görüldüğünden daha sık tesbit edilen safra yollarında yaralanma en sık olarak d. sistikusta görülmektedir. Yapılan değişik yayınlarda bu komplikasyon oranı %0.25-2.5 arasında değişmektedir (4,13,14). Bizim serimizde bu oran %1 olarak tesbit edildi. Disseksiyon sırasında d.sistikus koledokla birleşme yerinin hemen üzerinden yaralandı. Diğer bir major komplikasyon olan sistik arterin kontrol edilemeyen kanaması çeşitli serilerde % 0-0.6 arasında bildirilmiştir (4,9,11). Bizim serimizde bir (%1) hastada kontrol edilemeyen sistik arter kanaması görüldü. Major operatif komplikasyonların gelişmesini önlemek titiz bir disseksiyona, safra kesesi ve yolları anotomisinin iyice ortaya konulmasına bağlıdır.

Laparoskopik kolesistektominin minör komplikasyonlarından olan intraoperatif safra kesesi perforasyonu yayınlanmış çeşitli serilerde % 8-32 oranında belirtilmiştir (13,16,17). Bu olay safra kesesi retraksiyonu, disseksiyon sırasında uygun loja girilememesinden, dikkatsiz koter kullanımı veya umbilikal insizyondan çıkartılırken safra kesesinin perforasyonu sonucu gelişir. Bizim serimizde bu oran % 13 olarak gerçekleşmiştir. % 3 oranında tesbit ettiğimiz kontrol edilebilir kanama oranı ise çeşitli serilerde %0.3-1.5 oranında belirtilmiştir (4,15).

Laparoskopik kolesistektomide konversiyon oranı çeşitli serilerde %1-18 olarak bildirilmiştir (13,18-20). Bu farklı oranlar hasta seçimine, popülasyonun yapısına ve cerrahların tecrümesine göre değişmektedir. En sık açığa geçme nedeni anatomik enfeksiyon nedeni ile iyi ortaya konulamaması ve safra yolları yaralanmalarıdır. Bizim serimizde açığa geçme oranı % 6 olarak tesbit edildi.

Serimizde hastaların klinikte kalış süresi 28 saat, normal aktiviteye dönüş ise 6 gün olarak hesaplandı. Bu süreler yayınlanan diğer serilerde benzerlik göstermektedir (19, 21).

Operasyon süremiz ortalama olarak 49 dakika olarak hesaplandı. Yayınlanan birçok seride ortalama operasyon süresi 32 ile 138 dakika olarak belirtilmiştir (22-25).

Postoperatif dönemde 2 (%2) hastamızda umbilikal enfeksiyon görüldü. Enfeksiyon oranı yayınlanan diğer serilere % 0.9-1.1 oranında belirtilmiştir (4,9).

Sonuç olarak, laparoskopik kolesistektomi tekniğinin ülkemize yerleşmesi ekonomik kayıplarımızı engellediği gibi, hastalara ve doktorlara da büyük avantajlar sağlamıştır. Serimizde gerek operatif gerekse postoperatif komplikasyon oranlarımızın literatürle karşılaştırıldığı zaman arada pek farklılık olmaması laparoskopik kolesistektominin ülkemizde de güvenle uygulanabilir bir yöntem olduğunu göstermiştir.

KAYNAKÇALAR

1. Graves HA, Ballinger JF, Anderson WJ. Appraisal of laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg 1991; 213: 655-664.

2. Peter JH, Gibbens JT, Innes JT et al. Complication of laparoscopic cholecystectomy. Surg 1991; 110: 769-778.
3. Reddick EJ, Olsen OD. Laparoscopic laser cholecystectomy. Surg Endosc 1989; 3: 131-3.
4. The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 518 laparoscopic cholecystectomies. N Eng J Med 1991; 324: 1073-78
5. Bailey RW, Imbembo AL, Zucer KA. Establishment of laparoscopic cholecystectomy training program. Am J Surg 1991; 57:231-36.
6. Hasson HM. Modified instrument and method for laparoscopy. Am J Obstet Gynecol 1971; 110: 886-7.
7. Graves MA, Balliger JF, Innes JT et al. Safety and efficiency laparoscopic cholecystectomy: A prospective analysis of 100 initial patients. Ann Surg 1991; 213:3=12.
8. Spor NJ, Barteau JA, Clayman RV et al. Comparison of early postoperative results of laparoscopic versus open cholecystectomy. Surg Gynecol Obstet 1992; 174: 114-8.
9. Cuschieri A, Dubois F, Mouiret J et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 385-7.
10. Davis CJ, Arrengi ME, Nagon RF et al. Laparoscopic cholecystectomy; The St Vincet experience. Surg Laparosc Endosc 1992; 2: 64-8.
11. Lanson CM, Vitade GC, Casey J et al. Multipractice analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1983 patients. Am J Surg 1992; 163: 221-6.
12. Wolfe BM, Gardiner Bn, Leary BF et al. Endoscopic cholecystectomy. A analysis of complications. Arch Surg 1991; 126: 1192-8.
13. Deziel D, Millikan K, Economou S. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A National Survey of 4,292 Hospitals and analysis of 77,604 cases. Am J Surg 1991; 165:9-14.
14. Alabaz Ö, Sönmez H, Erkoçak E ve ark. Laparoskopik kolesistektomi: 192 olgu sunumu. End Lap ve Min invz Cer 1996; 5: 103-8.
15. Leev S, Chari RS, Cucchiuro G, Meyer WC. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 3: 18-22.
16. Jone DB, Dennegav DC, Soper NY. The influence of intraoperative gallbladder perforation on long term outcome after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endos 1995; 9:977-80.
17. Crist DW, Gradacz Tr. Complications of laparoscopic surgery. Surg Clin North Am 1993; 73: 268-89.
18. Jatzko GR, Lisborg PH et al. Multivariate comparison of complications after laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. Ann Surg 1995; 221: 381-86.
19. Fabre JM, Fagot JD, Gullion Df et al. Laparoscopic cholecystectomy uncomplicated cholelithiasis. Surg Endosc 1994; 8:1198-1203.
20. Traveso LW, Hargrave K. A prospective cost analysis of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1995; 169: 503-6.
21. Taşçı H. Laparoskopik kolesistektomi: İlk 100 vakanın incelenmesi. Çağdaş Cer Derg. 1993; 7: 68-72.
22. Keskin A, Bostanoğlu S, Atalay F ve ark. Laparoskopik kolesistektomi: 1270 olgunun analizi. End Lap ve Min İnvz Cer 1996; 3: 168-71.
23. Grafts R. Laparoscopic cholecystectomy: The Methodist hospital experience. Surg Lap Endosc 1992; 2:69-73.
24. Schirmer BD, Edge SB, Div J et al. Laparoscopic cholecystectomy; treatment of choice for symptomatic cholelithiasis. Ann Surg1991; 213: 665-67.

Alındığı Tarih: 15 Haziran 1999

Yazışma adresi: Dr. Tanık İzbul Aytaç Sok. No. 7

Girne, KKTC