

Laparoskopik kolesistektomide önemli özellikler

Şükrü ÖZER, Ersin ÇİFTÇİ, Suat KAGIZMAN, Levent ORMAN

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Laparoskopik kolesistektomi (LC) ilk kez 1987'de Du Bois (1) tarafından tanıtıldı. Ancak literatürde ilk yayın 1882'den Langenbuch'a aittir (2). 1990'dan sonra Amerika ve Avrupada tercih edilen metod oldu. Ülkemizde de 1992-1993 'ten itibaren yaygın olarak kullanılmaya başlandı.

LC hastaya daha az rahatsızlık veren, hastanede kalış süresi kısa, yara problemi olmayan veya minimal olan kısa sürede hastayı topluma ve iş hayatına kazandıran üstünlüklere sahiptir. Kozmetik sonuçları ise mükemmeldir. Ancak bu üstünlüklere karşın riskleri de vardır. Bunlar:

- Safra kesesinin yukarı traksiyonu ile aşağıdaki birleşik safra kanalının uzaması, yanlış bir izlenim olarak "uzun sistik kanal" gibi algılanabilir.

- Yara bakımı ve emeği azdır.

- Cerrahın gözü (yani kamera) porta hepatitis seviyesindedir.

- Açıkta olduğu gibi karaciğer, kolon, duodonumu retrakte etmeye gerek yoktur.

- Hepatik kanalın üst 1/3'ü ve karaciğer hilusu bazen çok iyi vizualize edilemez. Zira "derinlik algılaması" yoktur.

- Özellikle sağ hepatik kanalla, sistik kanal arasındaki mesafeyi algılamak zordur.

- Açık kolesistektomide sistik kanalla birleşik safra kanalı kesişme yerini aşikar ortaya koyabilmekteyiz. Laparoskopik kolestektomi'de ise: göbekteki kamera ile birleşik safra kanalı görünümü tanjansiyel'dir. LC sırasında bu durum hatırdan tutulmalıdır. Gerekirse umbilikal laaroskopi sağ alt tro-

karı 10'luga çevirip ortaya alırsak görüş daha mükemmelleşmektedir.

- Kalın duvarlı ve distandü keselerde grasping forceps etkili olmamaktadır.

- Kanamalarda prignle manevrası yapma şansımız yoktur. Biz ameliyatlarımızda kenarda ucun fındık tamponlu veya özel tamponlu forceps'leri bulunduruyoruz. Kanama anında bu noktaya kompresyon yapmak ve diğer porlardaki aletlerle burayı görerek müdahale yapmanın faydalı olacağına inanıyoruz.

- Palpasyonda muayene imkanımız yoktur.

TAVSİYELER

- Hastayı anesteziye yatırmadan önce alet ve cihazları mutlaka kontrol ediniz (kamera, ışık kaynağı, scope) daima anesteziye önce kontrol edilir. Bu intraoperatif kötü şans ve beklenmeyen sürprizi azaltmaktadır.

- Karın hazırlandıktan sonra hasta supine pozisyonunda kalmalıdır. Nazogastrik ve foley son zamanlarda kullanılmamaktadır. Ancak mide ameliyat veya narkoz başlangıcında distandü hale gelmişse nazogastrik tüp konur.

- Hastaların ters trendelenburg'da uzun süre durması, çoğunlukla şişman olmaları, uzun süre bu pozisyonda yatış tromboembolik olaylara zemin hazırladığı için düşük doz heparizasyon tavsiye edilir.

- Veres iğnesi girişinden sonra SF (birkaç damla ile kontrolü)

Haberleşme Adresi: **Prof. Dr. Şükrü ÖZER**, S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA.

Geliş tarihi : 07.06.1996

Kabul tarihi : 23.01.1997

- Laparoskopik trokarların giriş yeri ve istakimetlerindeki karın organları kontrollü rutin yapılmalıdır.

- Karın içi basınç asla 15 mmHg 'yi geçmemeli hatta 12 mmHg gibi düşük basınçla çalışmaya alışılmalıdır.

A- Mutlak Kontrendikasyonlar

- Akut kolonjinit
- Septik peritonit
- Ciddi kanama rahatsızlıkları

B- Rölatif Kontrendikasyonlar

- Akut kolesistit
- Geçirilmiş üst karın ameliyatı
- Minör kanama rahatsızlıkları
- Koledokolitiazis
- Abdominal malignensi
- İlerlemiş karaciğer hastalığı
- Genel anesteziyi tolere edememe (4)
- Gebelik

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE KONVERSİYONA DÖNÜŞ NEDENLERİ (1-2-4)

- Adezyon, akut veya kronik enflamasyon
- Aşırı kanama
- Koledokolitiazis (bazen) (Özellikle ERCP, Sfinkterotomi, basket imkanı yoksa)
- Lazer başta olmak üzere trokar veya koter yaralaması
- Kese perforasyonu (bazen kabul edilmemektedir).
- Diseksiyonda ortaya konamayan karışık anomi veya anomali

PREÖP ERCP ENDİKASYONLARI (2)

- Safra taşı pankreatiti anamnezi
- Obstrüktif sarılık
- Kolonjit
- Anormal karaciğer fonksiyon testleri

- Koledokolitiazis olduğunda kuvvetli şüphelenme

Her zaman rutin olmamakla beraber yapıldığında laparoskopik kolesistektomi sırasında anormal kolonjiogram bulundu ise: Aşağıdakilerden birisi uygulanabilir (3,4).

- İntraoperatif ERCP + Sfinkterotomi

- Postop ERCP + Sfinkterotomi

- Açık koledok eksplorasyonu (koledokoskopi ve / veya koledokotomi)

Sadece gözlem (observasyon)

Rovena'ya göre (5); 15 cerrahın yaptığı 271 LK'de; Operatif komplikasyonlar; Cytic arter yaralanması 3(%1.2), cytic kanal yaralanması 1(%0.4), veres iğnesinin KC'e batması (%0.4), Karaciğer yırtılması 1 (%0.4).

Postoperatif komplikasyonlar 207 hastada hiç görülmezken; 30 minör (% 11.5), 23 majör (% 8.8) olup minör kompl. arasında; 12 vakada bulantı kusma (%5.8), 11 vakada üriner retansiyon (%4.2), 3 vakada abd. distansiyon (%1.2), 12 vakada gaz ağrısı (%0.8), 1 vakada diyare (% 0.4), 1 vakada omuz ağrısı (%0.4) idi.

Major komplikasyonlar arasında; fazladan uzun süre hastanede kalmayı gerektiren ağrı (9 vakada: %3.5), ileus (7 vakada: %2.7), safra sızması (3 vakada: %1.2), sistik kanalda artık taş (2 vakada: % 0.8), akciğer komplikasyonları (1 vakada: % 0.4), myokard enfarktüsü (1 vakada: %0.4) bildirilmiştir (4).

172 hasta hastanede 1 gece kalmıştır (%66.4), 42 hasta hastanede 2 gece kalmıştır (%16.2), 45 hasta hastanede 3 gece kalmıştır (% 17.4).

Ameliyat zamanı ise 47 vakada 1 saatten az (%18.1), 137 vakada 60-105 dakika (% 52.7), 76 hastada 05 dakikadan fazla (% 29.2) bildirilmiştir (5).

Bütün bu incelediğimiz yayınlardan ve kendi deneyimlerimizde Frazee RC. (4)'in de makalesindeki Richard'ın önerilerinin dikkate alınması gerektiğine inanmaktayız ki bunlar:

1- "L.K. yapacak cerrah açık abdominal cerrahi ihtisası sırasında tam ve yeterli bir eğitim görmeli, açık kolesistektomiye vakıf olmalıdır.

2- LK'de aletlere ve monitör görüntülerine alışana kadar belli bir süre asiste etmelidir.

3- Bilahare hayvan deneylerini içeren bir kursa katılmalıdır.

4- En az 10-15 lap. kolesistektomiyi tecrübeli bir cerrah kontrolünde yapılmalıdır.

5- Tecrübeli bir cerrahın 10-15 ameliyatında asiste ederek olaya alışmalıdır" olup ilaveten;

6- Yeterli teorik bilgi sahibi olmalı, ameliyat anında ve sonrasında çıkabilecek komplikasyonları ve bunlarla mücadele yöntemlerini bilmelidir.

7- Katıyyen (vakanın özelliğine göre) zamanla yarışmamalı, lüzumsuz da zaman harcamamalı ve gereğinde inatlaşmadan açığa geçebilme kararını vermeli, ilk vakalarında yakınında bu hususta tecrübeli bir hocası bulunması gerektiğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Du Bois F, Kart P, Berthelot G, Leverd H. Coelioscopic cholecystectomy. Preliminary report fo 36 cases And Surg 1990; 211: 60-2.
2. Largenbuch CSA. Einfoll var extirpations der galenblase wegen chronischer chololitiazis; heilung. Berl Klin Wochenschr 1882; 19: 725-7.
3. Martin DF, Tweedle TDF. Endoscopic manegement of common duct stores without cholecystectomy. Brit J Surg 1987; 74: 209-11.
4. Huwter JG. Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy Am J Surg 1991;161: 71.
5. Frazee KC, Theres T, Appel M, Robert J, Symmonds R, Synder S. et all. Laparoscopic Cholecystectomy: A multicenter study. J Laparoscopic Surg 1991; 3:157-9.
6. Rowena R. Sim, David J. Nowicky, Joseph C. Mc Albany et all. Laparoscopic cholecystectomy in a community hospital setting. Surg Gynecology Obstetrics August 1992, 175:
7. Özer Ş. Laparoskopik kolesistektomi ve komplikasyonları. Özer lisans üstü ders notları 1995-1996.