

LAPARASKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Dr. Şakir TEKİN *, Dr. Adnan KAYNAK *, Dr. B. Şükrü ÖZER *, Dr. Mehmet AK *

* S. Ü. T. F. Genel Cerrahi ABD,

ÖZET

Ocak 1994 ve temmuz 1995 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD'nda laparoskopik kolesistektomi (LK) yapılan 268 olgu değerlendirildi. 236 hasta biliyer kolik ile seyreden safra kesesi taşı, 32 hasta akut kolesistit tanısı almıştı. İlk gruptaki 4 hastada taşlı kolesistit yanında, yandaş hastalık olarak dalak absesi, dalak kist hidatiği, karaciğer sol lobda ve sağ overde basit kist vardı. Tedavileri yapıldı. 15 hasta daha önceden batın ameliyatı geçirmişti.

LK 252 hastada başarı ile yapılırken 16 hastada açığa geçilme zorunluluğu duyuldu. 6 hastada ciddi komplikasyonlar görüldü. Mortalite olmadı, ortalama ameliyat süresi 50 dk, hastanede kalma süresi 2 gün, normal aktiviteye dönme süresi 1 hafta olarak bulundu.

Bu çalışmadaki komplikasyon oranının yüksek olması kliniğimizde LK'nin yeni uygulanmaya başlanmış olmasına bağlı olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler : Kolelitiazis, Laparoskopik kolesistektomi

SUMMARY

Laparoscopic Cholecystectomy

268 cases on which laparoscopic cholecystectomy was treated in General Surgical Department at the University of Selçuk, Faculty of Medical Science between 1994 th January-1995 th June were taken into consideration. 236 patients have developed gallbladder stone which moves along with bilecolic, 32 patients have developed acute cholecystitis and 4 patients, because of having developed splenic abscess, splenic eccinococous cyst, simple cyst at left lobes of the liver, simple cyst at right over were taken into operation.

Despite the successful application of laparoscopic cholecystectomy at 252 patients, 16 patient had necessarily been take into laparotomy. Mortality rate is nil. The operation approximately takes 50 minutes and patients are kept at our hospital for nearl 2 days and the patient's recoveries takes a week. Serious complications was observed at 6 patients.

We come to the conclusion that the reason for the complications beeing high is that this kind of surgical attempts are very recently applied in our clinic.

Key Words : Cholelithiasis, Laparoscopic cholecystectomy

GİRİŞ

Son zamanlarda LK semptomatik safra kesesi taşının tedavisinde tercih edilen bir cerrahi girişim olmuştur.

İlk LK Fransa'da 1987 yılında Mauret tarafından uygulandıktan sonra yeni bir akım doğmuştur (1). Fransa'da Dubois, 1988 ABD'de Reddick, Mc Kernan, Saye, Olsen bu uygulamaların öncüleridir (2, 3, 4).

Son 5 yılda cerrahideki tecrübe ve teknikteki gelişmeler nedeniyle LK vaka sayısının tüm dünyada hızla arttığı ve başlangıçtaki endikasyonlarının daha da genişlediğini görmekteyiz (1, 3, 5, 6).

LK hastanede kısa yatış süresi, ameliyat sonrası hastanın daha az ağrı duyması ve yara probleminin az olması, kabul edilebilir komplikasyon oranı, safra kesesinin çıkarılması ve gelecekte taş oluşumunu kalıcı olarak engelleme yeteneği ile kolelitiazisin tedavisinde seçkin bir tedavi yöntemi olup, gerek cerrahlar gerek hastalar arasında giderek daha fazla taraftar bulmaktadır.

Bu çalışmada, bundan sonrakilerin daha başarılı olması amacıyla pekçok merkez gibi kliniğimizde uygulanması oldukça yeni olan LK yöntemiyle gerçekleştirilen girişimleri değerlendirerek ortaya çıkan problemleri belirtmeye çalıştık.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde Ocak 1994-Temmuz 1995 tarihleri arasında 268 hastaya LK girişiminde bulunuldu. Hastaların 186'sı (% 69.4) kadın, 82'si (% 30.6) erkek olup ortalama yaş 48.9 idi (En genç hastamız 28 en yaşlı hastamız 76 yaşındaydı).

Hastaların 32'si (% 11.9) akut kolesistit, 236'sı (88.1) semptomatik kronik taşlı kolesistit olup, ayrıca bu hastaların 4'ünde taşlı kolesistit yanında yandaş hastalık olarak dalak absesi, dalak kist hidatiği, karaciğer sol lobda basit kist ve sağ overde basit kist mevcuttu. Hastalardan 15'i (% 5.6) önceden batin ameliyatı geçirmişti (6'sı üst batin, 9'u jinekolojik girişimler). Hastaların preoperatif inceleme, hazırlıkları ve anestezipleri açık kolesistektomideki gibiydi. Antibiyotik sadece akut kolesistit bulguları gösteren veya girişim sırasında keseden safra kaçağı olan vakalarda kullanıldı. Safra kaçağı olan vakalarda ameliyat sonuna doğru serum fizyolojik ile yeterli irrigasyon ve aspirasyon yapıldı.

Tüm hastalarda tanı abdominal ultrasonografi (US) ile kondu. Hastalar gerek anamnez alınması gerekse rutin tetkikler açısından ameliyattan bir gün önce hastaneye kabul edildi. LK genel anestezi altında göbek altında Veres iğnesi ile pnömoperitoneum yapıldıktan sonra amerikan usulü kullanılarak uygulandı.

Hastalara 1 hafta sonra dikişlerini aldırarak üzere polikliniğimize başvurması önerildi. Normal aktiviteye dönmeleri kontrol edildi.

SONUÇLAR

LK girişimi uyguladığımız hastalardan 252'sinde (% 94) bu işlem başarılı bir şekilde yapılırken 16'sında (% 6) açık kolesistektomiye geçiş zorunluluğu doğdu. Hastalarda açık kolesistektomiye geçme nedenlerimiz 2 olguda önceki ameliyata bağlı multipl yapışıklıklar, 6 olguda akut kolesistit nedeniyle anatominin ortaya konulamaması, 2 olguda kotere bağlı duodenum perforasyonu, 1 olguda sistik arterin arka dalındaki kanama 1 olguda koledok tam kesisi, 4 olguda kotere bağlı yaralanma olabileceği şüphesi idi.

Akut kolesistit nedeniyle LK uygulanan 32 hastanın 6'sında (% 18.7) açığa geçilirken, kronik taşlı kolesistitli 236 hastanın 10'unda (% 4.2) açığa geçmiştir. Aradaki bu önemli fark, inflamasyon nedeniyle anatominin tam olarak ortaya konulamaması olup bu en sık açığa dönme nedeni olmuştur.

Kronik taşlı kolesistitle beraber dalak absesi, dalak kist hidatiği, karaciğer sol lobunda basit kist ve sağ overde basit kiste de girişim yapılmıştır. Sadece dalak absesine aynı seansta sol subkostal kesi ile girilip müdahale edilirken diğerlerine laparoskopik işlem yeterli olmuştur.

İntraoperatif kolanjiografi bir olguda uygulandı ve patolojik bulgu tesbit edilmedi.

Ameliyat süresinin ilerleyen zamanda gittikçe kısaldığı, son zamanlarda açık kolesistektomiden daha kısa sürdüğünü tesbit ettik. Ortalama ameliyat süresi 50 dk olarak bulundu (ilk 3 ayda 60-130 dk, son üç ayda 30-60 dk).

Kanama şüphesi ile 15 olguda ameliyat anında kese yatağına dren kondu. Bir olgu hariç dren postoperatif birinci gün alındı. Bu olguda birinci gün drenden 400 cc kan geldi, 1 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Kanama ikinci gün azalarak üçüncü gün kesildi. Vital bulguları stabil olduğundan laparotomiye gerek kalmadı.

Komplikasyonlar ilk olgularda meydana geldi. Koledok yaralanması olan birinci hastada klips ko-

ledoğa konmuştu. Ameliyata alınarak T tüpü üzerinden koledok tamir edildi. 2 ayrı olguda koterin yaptığı şelasyona bağlı koledok yaralanması oldu. Postoperatif ilerleyen sarılık nedeniyle tekrar ameliyata alınan hastalarda koledokta kotere bağlı yanık ve buradan batın içine safra kaçağı tesbit ettik. 2 hastaya Roux-Y koledokojejunostomi uygulandı. Döndüncü hastada diseksiyon sırasında sistik kanal olduğu düşünülen bir yapının kesilmesi sonunda koledokta tam kesi meydana geldi. Peroperatif farkedilen bu komplikasyon açığa geçilerek T tüpü üzerinden uç uca koledok anastomozu yapılarak giderildi.

Diğer iki hastamızdaki duodenum yaralanması peroperatif farkedildiği için açığa geçilerek primer tamir edildi. Bu olgularda postoperatif komplikasyon görülmedi. Serimizde mortalite görülmedi.

TARTIŞMA

LK tüm dünyada taşıdığı sayısız avantajları ile hızla açık kolesistektominin yerini almaktadır. Girişimin başarısı dikkatli seçilmiş hastalar ve deneyimli cerrahlarca uygulanmasına bağlıdır. Başlangıçtaki bazı kontrendikasyonlar (örnek: şişmanlık akut kolesistit gibi) bugün kontrendikasyon olmaktan çıkmış, LK'nın endikasyon sahasının içinde kalmıştır (5).

LK kronik kolesistitli hastalarda yüksek başarı oranı ile uygulanmaktadır. Akut kolesistitli vakalarda açığa dönme oranının ve komplikasyon riskinin yüksek olduğu düşünülerek daha dikkatli olunmalıdır. Açığa dönme kararı mümkün olduğunca erken verilmeli, aşırı ısrarcı olunmamalıdır. Akut kolesistitin derecesi ve cerrahın teknik yeterliliği, açığa geçme ve komplikasyon oranını etkileyen önemli faktörlerdir.

Serimizde açık kolesistektomiye geçme oranı (% 6) idi. Pek çok yazar %5-10'luk bir oranının kabul edilebilir olduğu fikrindedir (5, 6, 7, 8). Açığa geçme oranının elektif vakalarda düşük olduğunu söyleyebiliriz. Akut kolesistit varlığında % 20'lik bir açığa dönme oranının şaşırtıcı olmadığı belirtilmektedir (5, 7, 8). Serimizde oran % 18.7 idi. Bizim çalışmamızdaki açığa dönme nedenleri diğer çalışmalardaki sebeplerle uyumluydu. en sık neden akut kolesistit nedeniyle anatominin tam olarak or-

taya konulamamasıydı.

İlk 50 olguda ameliyat süresi daha uzundu (ortalama 90 dk). Major operatif komplikasyonların öğrenme periyodunda daha fazla olduğu belirtilmektedir (5). Bizim serimizde 6 olguda ciddi operatif komplikasyon meydana geldi. Tam koledok kesisi olan olgu serimizin son vakalarından biriydi. Ana safra yolu yaralanması LK'nin en korkulan komplikasyonudur. Bu nedenle intraoperatif kolanjiografi çekilmesi çoğu yazarlarca tavsiye edilmektedir (2, 9). Ameliyat süresini 15-20 dk uzatsa da bilier sistemi tam olarak ortaya koyduğu için, öğrenme periyodunda ve akut kolesistitli olgularda faydalı olduğu söylenmektedir. Ek olarak öğretim amacıyla rutin kolonjiografinin faydalı olabileceği belirtilmektedir (2, 9). Bir vakada intraoperatif kolanjiografi uyguladık, rutin olarak uygulamadık.

LK'nin endikasyon sahası, laparoskopik cerrahi uygulayanların tecrübelerinin artmasıyla genişlemektedir. Mutlak ve relatif kontrendikasyonlar LK tecrübesi geliştikçe daralmaktadır.

CO2 insuflasyonunun kardiyak riskli hastalarda problemlere neden olduğu bildirilmiştir. Peritoneal kavitenin aşırı distansiyonu sonucu gelişen kardiyak ve respiratuar yetmezlik, azalan organ perfüzyonları ve hava embolisi önemlidir. Kardiyak aritmiler nedeniyle ölüm bildirilmiştir (10, 11). Kardiyak problemlerli hastalarda LK uygulamadığımızdan böyle bir problemle karşılaşmadık.

LK'nin komplikasyon oranı literatürde % 1-3 arasında bildirilmektedir (6, 7, 8). Açık kolesistektomide görülen komplikasyon oranı ile aynıdır. Komplikasyonlar genellikle öğrenme periyodunda meydana gelmektedir. Bizim serimizdeki olgulardan 5'i ilk 50 vaka içinde meydana gelmiştir.

Gilleland ve Traverso 671 elektif standart kolesistektomide morbidite % 4.5, mortaliteyi % 0, Major safra kanalı yaralanması % 0.5, yara enfeksiyonu % 1.4, subhepatik kolleksiyon (safra sızıntısı) % 0.3 olarak tesbit etmişler. LK'lerin gözden geçirilmesi ile elde edilen veriler morbidite % 4, mortalite % 0.08, major safra yolu yaralanması % 0.3, yara enfeksiyonu, % 0.6, postoperatif safra sızıntısı % 0.4 olarak bulunmuş. Arada anlamlı bir fark tesbit edilmemiş (6). Mc Sherry ve Glenn 55

senede 11000 kolesistektomide mortaliteyi % 0.5 olarak bulmuştur. LK'de de mortalite bu oranlarda belirtilmektedir (6). Serimizde mortalite görülmemiştir.

Bu çalışmadaki 268 hastada gerçekleştirilen girişimdeki komplikasyon oranının yüksek olmasını,

girişimin kliniğimizde yeni uygulanmaya başlanmış olmasına bağladık. LK'nin yeterli eğitimden sonra yapılmak kaydıyla tüm kolelitiazislerde uygulanması gereken bir yöntem olduğu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Fabre JM, Pyda P, Hons CS, Lepage B, Balmes M, Baumel H, Domergue J. Evaluation of the laparoscopic cholecystectomy on patients with simple and complicated cholelithiasis. *World J Surg* 1992; 16: 113-7.
2. Berchi ME, Sackier JM, Paz-Partlow M. Routine or selected intra-operative cholangiographie during laparoscopic cholecystectomy. *Arc Surg* 1991; 126: 646-9.
3. Dubois F, Icard P, Berthelot G, and Levard H. Coelioscopic cholecystectomy: Preliminary report of 36 cases. *Ann Surg* 1990; 211: 61-2.
4. Reddick EJ, Olsen DO, Laparoscopic laser cholecystectomy. *Surg Endosc* 1993; 3: 131-3.
5. Orlando R, Russel JC, Lynch J, Mattie A. For the connecticut laparoscopic cholecystectomy, Registry *Arc Surg* 1993; 128: 494-9.
6. Scott TR, Zucker KA, and Balley RW. Laparoscopic cholecystectomy. A review of 12.397 patients. *Surg Laparos* 1992; 2 (3): 191-9.
7. Deyo GA. Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Laparoscopy & Endoscopy* 1992; 2 (1): 35-40.
9. Stocer ME, Leveillee RJ, James C, Mc Cann JR. and Maini BS. Laparoscopic common bile duct exploration. *Journal of Laparoendoscopic Surg* 1991; 1 (5): 287-93.
10. Shanta TR, and Harden J. Laparoscopic cholecystectomy: Anesthesia-related complication and guidelines. *Surg Laparos Endosc* 1991; 1 (3): 173-178.
11. Safran D, Sqambali S, and Orlando R. Laparoscopy in high risk cardiac patients. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 548-54.