

LAPARASKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE İLK DENEYİMLERİMİZ

Dr. Dursun AKDEMİR*
Dr. S. Selçuk ATAMANALP**
Dr. İlhan YILDIRGAN***
Dr. Mahmut BAŞOĞLU***
Dr. M. Yavuz ÇAPAN***
Dr. Cafer POLAT***

ÖZET

Mayıs-Eylül 1993 döneminde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 29 kolelithiazisli olguda laparoskopik kolesistektomi uygulandı.

Olgunun 27'si kadın, 2'si erkek idi. Yaş ortalamaları 45 (16-84) idi. 27 olguda kolelithiazis, 1'inde safra kesesi polibi, 1 tanesinde hidrops kese mevcuttu. 7 hasta daha önce alt batin operasyonu geçirmişti. ortalama ameliyat süresi 85 (65-135) dakika idi. Olguların hepsinde profilaktik antibiyotik uygulandı. 15 hastaya NGS konuldu. 24 saat sonra oral başlandı. 15'inde postoperatif dönemde ağrı kontrolü için lokal marcaïn enjeksiyonu yapıldı. 3 olguda minimal cilt altı anfizemi gelişti. Bir olguda safra kesesi perforasyonu olutu. Kanama olan 1 hastaya lastik dren tatbik edildi. Hiç bir olguda peroperatuar açık cerrahiye geçilmedi. Hiç birinde postoperatif komplikasyon gelişmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 3 (1-4) gün idi.

Sonuç olarak semptomatik safra kesesi taşlarında ilk tercih edilecek müdahalenin laparoskopik kolesistektomi olduğu kanısına varılmıştır.

GİRİŞ:

Safra kesesi ve yollarındaki taşların tedavisinde yaklaşımlar son yıllarda belirgin değişimler göstermiştir (1). Fransa'da 1987'de Philippe Mouret'in (1,2,3) ilk defa uyguladığı laparoskopik kolesistektomiyi Avrupa'nın diğer ülkeleri ve Kuzey Amerika hızlı şekilde takip etmişlerdir.

* Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Prof. Dr.

** Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doç. Dr.

*** Atatürk Üni. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Arş. Gör.

Laparoskopik cerrahinin genel cerrahi hizmetine sunulması sadece kolesistektomi değil aynı zamanda diğer laparoskopik cerrahi işlemlerin devreye girmesine neden olmuş ve ufukta bir takım yeni işlemlerin uygulanabilir hale gelebileceğini de müjdelediğinden cerrahide devrim niteliğinde bir durum kazanmıştır. Laparoskopik cerrahinin dünyada ve ülkemizde bu şekilde hızlı ilerlemesi bizi de etkilemiş olduğundan anabilim dalımızda laparoskopik koleksistektomi işlemine başladık.

MATERYAL VE METOD:

Hastalar:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na 5.51993-27.9.1993 tarihleri arasında toplam 56 semptomatik safra kesesi taşı olan olgu başvurdu. Bunların 27'sine kanvansiyonel, 29'una laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Laparoskopik kolesistektomi hastalara izah edildi, kabul edenlere laparoskopik cerrahi işlem uygulandı. 4 hastada da akut taşlı kolesistit mevcut olduğundan laparoskopik cerrahi uygulandı.

Kolesistektomi yapılacak hastalar ameliyat öncesi elektif cerrahi uygulanan diğer hastalar gibi operasyona hazırlandı. Hastaların yaş, kilo, cins, geçirdiği sarılık, pankreatit ve geçirdiği amaliyatlar kaydedildi.

Olguların teşhisi preoperatif ultrasonografi ile yapıldı. Gerek görülen hastalarda İV kolanjiografi yapıldı. Postoperatif dönemde ultrason kontrolü yapılmadı.

Operasyon sonrasında teknik arızalar, komplikasyonlar, verilen gaz miktarı, karnın içi basıncı, operasyon süresi, hastanede kalış süresi kaydedildi.

Operasyon Metodu:

Tüm olgularda Kuzay Amerika tekniği (4 delik) kullanıldı (4). Başlangıçta supin pozisyonunda veres iğnesiyle karbondioksit gazı insuflasyonu tamamlandıktan sonra, 10 mm'lik torakarla göbeğin hemen üstünden 5 mm'lik torakarla sağ krista iliaka anterior superior hizasında ön koltuk altı çizgisinin kestiği yerden ve diğer 5 mm'lik torakarla buranın 2-3 cm medialinden karna girildi. 10 mm'lik diğer torakarla ksifoidin altından falsiform ligamenti koruyacak şekilde girildi. Laparoskop göbestedeki porttan yerleştirildi. Fundus forsebsi lateraldeki 5 mm'lik fundus portundan, infundubulum forsebsi medialdeki 5 mm'lik infundubulum portundan yerleştirildi. Ksifoiddeki 10 mm'lik ameliyat portundan hook koter, spatül koter veya makas kullanılarak sistik arter ve sistik kanal diseke edildi klips konuldu ve kesildi. Daha sonra safra kesesi karaciğer yatağından genellikle spatül koter kullanılarak ayrıldı. Her olguda karaciğer yatağı ve loj serum fiz-yolojik ile irriye edildi. Kanama kontrolünü takiben aspirasyon yapıldı. Kese ksifoid altındaki operasyon portundan çıkarıldı.

Olguların 15 tanesine nazogastrik sonda konuldu ve nazogastrik sondalar operasyondan hemen sonra çıkarıldı. Hiç bir hastaya idrar sondası tatbik edilmedi.

SONUÇLAR

Laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız 29 hastanın bazı özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir.

	Ortalama	Aralık
Yaş	45	16-84
Vücut ağırlığı (Kg)	66	52-80
Cins: Kadın/Erkek oranı	27/2	

Tablo 1. Hastaların özellikleri.

Olguların 7'si (% 24) daha önce alt batin operasyonu geçirmişti. Bu olgularda sezeryan apendektomi fitiğe ait insizyon skatristleri vardı (Tablo 2). Laparoskopik cerrahide önceden ameliyat olmuş olmaları sorun yaratmadı.

İnzisyon	Sayı
Göbek altı median	2
Mc Burney	1
Lahey	1
Pfannenstiel	3
Toplam	7 (%24)

Tablo 2: Önceden ameliyat geçirmiş hastalarda insizyonlar.

5 hastada (% 18.5) umblikal hemi, 1 hastada (% 3.7) omfalit vardı. Herniler operasyon sonrası tamir edildi.

Risk faktörü sayılacak hastalıklar tablo 3'te gösterilmiştir.

Risk faktörü	Sayı
Diabetes mellitus	2
1° A-V blok	1
Kronik bronşit	1
Toplam	4 (%13)

Tablo . 3 Hastalara ait risk faktörleri

Olguların 27'sinde kronik taşı kolesistit, birinde safra kesesi polipi ve birinde de safra kesesi hidropsu vardı. Hepsi elektif şartlarda operasyona alındı. Hastalardan sadece 1 tanesi (% 3.7) sarılık geçirdiği için preoperatif İ.V. kolonjyografi çekildi. Koledokta taş bulunamadı.

Peroperatuvar karın içi basınç ortalama 15 mm Hg (14-17 mm Hg)'e ayarlandı. Toplam 51 litre (16-97 litre) karbondioksit gazı kullanıldı.

3 hastada (% 11) minimal cilt altı anfizemi meydana geldi. Bu durum sorun teşkil etmedi. Hiçbir olguda aşırı kanama komplikasyonu ve koledokla ilgili komplikasyon meydana gelmedi. Hiç bir hastada ne komplikasyon ne de teknik nedenlerle açık cerrahiye dönülmedi. Bir olguda (% 3.7) fundus yakalama forsebsi yerinden safra sızıntısı oldu. Bir olguda karaciğerde 2 cm çapında hemangiom vardı, koterize edildi. Bir olguda sistik arterin posterior dalı olma ihtimali olan yerden kanama oldu, koterle durduruldu. Bu olguda gözlem ve emniyet açısından lastik dren tatbik edildi ve dren postoperatif birinci günde alındı.

İşlemler bir öğretim üyesi gözetiminde yapıldı ve operasyon süresi ortalama 85 (65-135 dk) sürdü. Hastalara sefalosporinle antibiyotik profilaksisi yapıldı. Postoperatif dönemde ağrı problemi için olguların 15'ine trokar yerine subkutan markain enjeksiyonu yapıldı. Bu olgularda postoperatif ağrı şikayeti sorun teşkil etmedi. Diğerlerinde normal analweziklerle ağrı kontrolü sağlandı.

Hastalar postoperatif dönemde ortalama 3 gün (1-4) hastanede kaldılar. Bir ay sonra kontrole çağrılmalarına rağmen 3 hasta (% 11) postoperatif kontrole geldi. Kontrole gelen hastaların birinde ateş mevcuttu, ultrasonografi yapıldı ve normal olarak değerlendirildi. Bu hastada gastroenterit tespit edildi.

TARTIŞMA:

Son yıllarda biliyer taş hastalıklarında taşın endoskopik ve perkütan yolla çıkartılması, biliyer lithotripsi, mini laparatomili kolesistektomi gibi açık cerrahiye alternatif çeşitli metotlar geliştirilmiştir (5). Günümüzde laparoskopik cerrahinin komplikasyonları hakkında önemli bilgi veren geniş seriler sunulmaktadır (5,6,7). Komplikasyonlar laparaskopiye ait ve laparoskopik cerrahi işleme ait olmak üzere iki başlık altında toplanır. Laparaskopiye ait komplikasyonlar: başlıca pnomoperitonum, subkutan amfizem, mediastinal amfizem, pnomotoraks, omentum ve abdominal duvar kanaması, gastrointestinal sistem perforasyonu, visseral organ injürisi, kardiak aritmilerdir. Laparoskopik kolesistektomiye ait komplikasyonlar ise; hemoraji, biliyer duktus injürüleri, koledok kanalında taş, infeksiyon, perihepatik koleksiyon ve benzerleridir (4,5,6,7).

Ülkemizde yapılan bazı laparoskopik kolesistektomi serilerinden örnekler verdiğimizde 200 vak'alık bir laparoskopik kolesistektomi olgusunun değerlendirilmesinde 17 hastada (% 8.5) komplikasyon görülmüş, 7 hastada (% 3.5) açık kolesistektomiye geçilmiştir (8). 280 olguluk diğer bir çalışmada çeşitli nedenlere 18 olguda açık operasyona geçildiği (% 6.42), iki olguda (% 0.71) reo-

perasyon gerekli görüldüğü, 10 olguda (% 3.57) morbidite saptandığı, 1 olgunun (% 0.3) safıralı peritonit ve sepsisten kaybedildiği açıklanmıştır (8). 65 vak'alık diğer bir çalışmada ise % 7.6'lık dönüş, % 4.6'lık komplikasyon ve % 0'lık mortalite görülmüştür.

Yabancı ülkeler'deki çalışmalardan bazı örnekler verildiğinde Deniel ve arkadaşlarının geniş serilerinde hastaların % 2'sinde önemli komplikasyon oluşmuştur (7). Bunların başlıcaları % 0.59'unda koledok yaralanması, % 0.25'inde vasküler ve barsak yaralanması olup, mortalite % 0.04 olarak rapor edilmiştir. Başka bir yayında ise 1518 hastanın % 5.1'inde komplikasyon olduğu, % 15.9'unda açık cerrahiye geçildiği ve 1 hastanın da öldüğü rapor edilmiştir (9).

Bu çalışmadaki olgu sayımızın azlığı ve ilk deneyimlerimiz olması nedeniyle komplikasyon, mortalite ve morbidite yönünden istatistiki bir bilgi veremeyeceğimiz açık bir gerçektir. Bir olguda yakalama fundus forsebsiyle safra kesenin perfore olması (%.3,4), 3 vak'ada (% 10.3) minimal cilt amfizemi gelişmesi, 1 olguda (% 3.7) lastik dren koyduracak kadar kanama olması minimal komplikasyonla olarak kabul edildi. Bu komplikasyonların erken devrede problem çıkarmadığı tesbit edildi. literatür gözden geçirildiğinde ilk 100 vakada ana safra yolları ve diğer major komplikasyonların daha fazla olduğu bildirilmektedir (1). Bizde böyle bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Sonuç olarak bizim ilk deneyimlerimizde görüşümüz laparoskopik kolesistektominin kronik taşı kolesistitte açık kolesistektomiye tercih edilmesi gerektiği doğrultusunda dır.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY (Our First EXPERIENCES)

Laparoscopic cholecystectomy was performed in 29 patients with cholelithiasis between May-1993 and September 1993, in Atatürk University, School of medicine, Department of General Surgery.

Twenty nine patients were female and 2 were male. The mean age was 45 (between 16-84). Twenty seven patients had cholelithiasis, one patient had gallbladder polip and the other one had hydropic gallbladder. Seven patients had undergone lower abdominal operation previously. The mean operation time was 85 minutes (between 65-135). Prophylactic antibiotic was given to all of the patients. Nasogastric tube was administered in 15 patients. The patients were begun to feed orally 24 hours after the operations. Fifteen patients were administered local marcain injection for pain after the operation. In three patients (11 %) minimal subcutaneous emphysema was occurred. In one patient gallbladder was perforated. In one patient, we performed a passer drain because of haemorrhage. In no case we converted to open cholecystectomy. There were no complication in patients.

The mean hospitalisation time was 3 (between 1-4) days.

As a conclusion, laparoscopic cholecystectomy must be the first choice for the treatment of symptomatic cholelithiasis.

KAYNAKLAR

- 1- Kılıç YE. Laparoskopik kolesistektomi "İlk deneyim ve sonuçlarımız" Klinik ve Deneysel Cer Der 1993; 1: 14-17.
- 2- Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A. Laparoscopic cholecystectomy. The Dundee Tecnique. Br J Surg 1991; 78: 155-159.
- 3- Rosin D, Menncke K, Alemdaroğlu K. Laparoskopik cerrahi "teorik uygulamalı eğitim". 15-17 Haziran 1992, Aksaray Vatan Hastanesi, İstanbul.
- 4- Cooperman AM (çeviri Akdemir D). Laparoskopik Kolesistektomi (Problemler, olgular ve çözüm yolları).
- 5- Peters, JH, Ellison C, Innes JT. Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy Ann Surg 1991; 213: 3-12.
- 6- Ponsky JU. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 393-395.
- 7- Gaddecz TR. U.S. Experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165: 450-454.
- 8- Serbest bildiriler. Klinik ve Deneysel Cerrahi Dergisi 1993; 1: 1-3
- 9- The Southern Surgeons Club. a Prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. N Engl J med. 1991; 324: 1073-1078.