

Akut Kolesistit Tedavisinde Laparoskopik Kolesistektomi

Dr. Fuat ATALAY, Dr. Özar AKALIN, Dr. Musa AKOĞLU,
Dr. Haldun GÜNDOĞDU, Dr. Vedat KIRIMLIOĞLU, Dr. Orhan ELBİR.

Özet: Laparoskopik kolesistektomi, semptomatik safra kesesi taşının tedavisinde, günümüzde en seçkin tedavi yöntemi olmuştur. Başlangıçta bu uygulama akut kolesistit için kontrendike olarak görülmüştür. Araç, gereç ve teknik gelişmelerle, akut kolesistit tedavisinde de uygulanabilmektedir.

Kliniğimizde, 32 olguda (%20) akut taşlı kolesistit nedeniyle olmak üzere, laparoskopik kolesistektomi toplam 160 olguda uygulanmıştır. 3 olguda aşırı inflamasyon nedeniyle anatominin iyi belirlenememesi, 1 olguda kontrol edilemeyen kanama, 1 olguda safra kesesi perforasyonu, 2 olguda enstriüman yetersizliği, 1 olguda koledok kesisi olması nedeniyle, toplam 8 olguda (%25) açık operasyona dönüldü. Diğer olgularda (%75) laparoskopik kolesistektomi başarı ile gerçekleştirildi. Ortalama operasyon süresi 93 dakika, hastanede kalma süresi 2,7 gün idi. Post-operatif 3 olguda (%9.37) morbidite saptandı. Mortalite olmadı (%0).

Laparoskopik cerrahi; endocerrahin hepatobiliar cerrahi konusunda yeterli deneyim kazanması ile akut kolesistit tedavisinde başarılı bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut taşlı kolesistit, laparoskopik kolesistektomi, cerrahi tedavi.

İnsan yaşamının herhangi bir döneminde erkeklerde %20, kadınlarda %25 oranında safra kesesinde taş geliştiği belirtilmektedir (1). Semptomatik safra kesesi taşının tedavisinde

Summary: LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS.

Laparoscopic cholecystectomy in the most popular treatment modality in symptomatic cholelithiasis. In the early days of laparoscopic surgery this method was known to be contrindicated in cases with acute cholecystitis. With fine advances made in surgical equipment and technical developments, it can now be applied in acute cholecystitis.

In our clinic laparoscopic cholecystectomy was performed in 160 cases where 32 of them (%32) were acute cholecystitis. In 3 cases because of extreme inflammation precise anatomy could not be defined, in 2 cases uncontrolled bleeding, in 1 case perforation of gallbladder, in one case lack of adequate instrumentation and in one case unexpected incision in choledoc obliged us to perform laparotomy in 8 cases (%25). Other cases were being operated successfully with laparoscopic cholecystectomy. Mean operation time was 93 minutes and mean hospital stay was 2.7 days, in 5 cases post-operative morbidity was noticed (%9.37). In our cases there was no mortality (%0).

Laparoscopic surgery can be performed with success in cases of acute cholecystitis with the increasing experience of endosurgeon on hepatobiliary surgery.

Key Words: Acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, surgical treatment.

geleneksel kolesistektomi en etkili tedavi yöntemi idi (2). Son 5 yıl içerisinde geliştirilen laparoskopik kolesistektomi, geleneksel kolesistektomiye göre daha üstün olduğu gibi, dissolüsyon tedavisi, kolesistostomi, ESWL, mini laparotomi ile yapılan kolesistektomi gibi diğer yöntemlere

göre de birçok bakımdan tercih edilmektedir (1, 3-6).

Laparoskopik kolesistektomide daha önceleri belirtilen kontrendikasyon kriterleri günümüzde değişmiştir. Akut kolesistitte inflamasyon nedeni ile anatominin zor belirleneceği, morbidite artışı olabileceği düşünülerek önceleri kontrendikasyon olduğu belirtilmişti (7). Fakat son yıllarda endocerrahide gerekli deneyim ve birikim sağlandıktan sonra akut kolesistit için laparoskopik kolesistektomi serileri bildirilmeye başlandı. Biz bu çalışmamızda akut kolesistit nedeniyle elde ettiğimiz sonuçları yayınlamayı uygun bulduk.

MATERYAL ve METOD

Kliniğimizde 10 Mart 1992 - 10 Ocak 1993 tarihleri arasında 10 ay içerisinde 160 hastada laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 160 olgudan 32'si (%20) akut kolesistit nedeniyle ameliyat edildi. Olguların 11'i erkek (%34,4), 21'i kadındı (%65,6). Ortalama yaş 44,8 olup (20-67), ortalama ağırlıkları 74,5 kg. (50-120 kg.) idi.

Akut kolesistite ilave yandaş hastalık olarak, 4 olguda koroner arter hastalığı, 1 olguda hipertansiyon, 1 olguda diabetes mellitus, 1 olguda guvatr ve bir olguda böbrek taşı mevcuttu.

Olgularda tesbit edilen semptomlar arasında sağ üst kadranda ağrı en belirgin semptomdu.

Tablo I : Olgularda semptomların dağılımı

Sağ üst kadranda ağrısı	31/32
Bulantı - kusma	20/32
Ateş > 37,5 C°	5/32
Lökositoz > 12000	25/32
Pozitif ultrasonografi	25/32

32 olgudan 7'sinde karında daha önce geçirilmiş operasyona ait nedbe mevcuttu. 6 olgu alt karın operasyonu, 1 olgu üst karın operasyonu geçirmişti.

Preoperatif hazırlık sonrası operasyona alınırken anestezi indüksiyonu sırasında 1 gr. IV seftriakson profilaktik olarak uygulandı. Postoperatif 5 gün daha aynı dozda devam edildi.

Operatif teknik;

Dundee tekniği (8) ile pnömoperituanı takiben trokarlar girilerek kanüller yerleştirildi. Umblikulus etrafında kesi nedbesi mevcut olan 4 olguda açık laparoskopi tekniği ile önce subumblikal Hasson kanül yerleştirilip, daha sonra diğer kanüller konuldu. Sonra safra kesesi fundustan forseps yardımı ile tutularak etrafındaki yapışıklıklar ayrıldı. Safra kesesi hidrops veya ampiyem nedeniyle ileri derecede gerginse, perkutan anjiocath ile girilip, boşaltılıp, dekomprese edildi. Daha sonra hook koter, endomakas yardımı ile önce D. sistikus ortaya kondu, prepare edilip, proksimal taraf çift klip olacak şekilde klempe edilerek kesildi. Sonra aynı işlem A. sistika için gerçekleştirildi. Safra kesesi yatağından subseröz olarak hook koterizasyon veya endomakas ve elektrokoagülasyon kullanılarak diseke edildi. Safra kesesi yatağından tamamen ayrıldıktan sonra, epigastriumdaki 10 mm.lik kanülden ağızlaştırılıp, içi aspire edilip, taşları forseps yardımı ile boşaltılıp dışarı çıkarıldı. Karaciğer üstü, altı, safra kesesi yatağı ılık serum fizyolojik ile yıkandı. Sağ ön axiller hat üzerindeki kanülden bir adet serum dreni foramen winslow'a yerleştirilip, karındaki gaz boşaltıldı, kanüller alınıp, kesileri subkutan stürlerle dikildi.

Operasyon öncesi konulan levin tüp operasyon akşamı, dren ise postoperatif 1. gün alındı. Komplikasyonu olmayan olgular postoperatif 2. gün hastaneden çıkarıldılar.

SONUÇLAR

Laparoskopik kolesistektomi teşebbüsünde bulunan 32 olgudan 8'inde (%25) açık operasyona dönüldü.

Görüldüğü gibi vasküler ve duktal yapıların tanınamaması, aşırı inflamasyon nedeniyle izah edilemeyen anatomi en çok konversiyon nedeni

Tablo II : Konversiyon nedenleri

Anatominin tam belirlenmemesi	3/32
Koledok kesisi	1/32
Sistik arteriyel kanama	1/32
Safra kesesi perforasyonu ve etrafa dağılan taşlar	1/32
Enstrüman yetersizliği	2/32
Toplam	8/32

idi. D.sistikus ve A.sistika'nın diseksiyonu gerçekleştirilmesine rağmen uzun süreli inflamasyon nedeniyle aşırı derecede kalınlaşıp sertleşen safra kesesi duvarının endomakasla kesilememesi nedeniyle de iki olguda konversiyon gerekti. Yine hartman poşunun ileri derecede koledokta yapışık olduğu deneyimimizin tam yeterli düzeye ulaşmadığı başlangıç döneminde bir olguda koledokta tam kesi oldu. Operasyon sırasında olay farkedilerek konversiyona gidildi. Koledok T tüpü üzerinden uç-uca onarıldı. Yine laparoskopik kolesistektomi uygulamalarının başlangıç dönemlerinde bir olguda safra kesesi hook-koter diseksiyonu nedeniyle perfore oldu. Etrafa taşların dağılması nedeniyle laparotomi gerekti. Bir diğer olguda kontrol edilemeyen sistik arteriyel kanama konversiyon gerektirdi.

İntraoperatif dönemde diseksiyon sırasında 6 olguda safra kesesinde perforasyon oldu. Bunlardan birinde laparotomiye geçildi. 4 olguda özel torba kullanılarak taşların dağılımına fırsat vermeden kese çıkarıldı. 1 olguda büyük tek baş olup, kese epigastik kesi biraz genişletilerek dışarı alınabildi. Sistik arter veya dallarının yaralandığı 3 olgudan birinde laparotomiye dönüldü. Diğer iki olguda ise kanama tutulup, kliplenecek kontrol altına alındı.

Post operatif dönemde 1 olguda drenaj 5 gün devan eden, günlük 50 cc miktarda safra sızıntısı oldu. Kese yatağından olduğu tahmin edilen sızıntı kendiliğinden durdu. Bir olguda umbilikal kesi yerinde enfeksiyon gelişti. Safra kesesinin umbilikal kanülden çıkarıldığı bu olgu, lokal tedavi ile düzeldi. Post operatif dönemde kolik tarzında ağrıların geliştiği, alkali fosfatazın yüksek olduğu bir olgumuzda ise ERCP ile koledok taşı tesbit edilip, EST yapılarak taş çıkarıldı. Böylece toplam 3 olguda morbidite tesbit edildi (%9.37).

Ortalama operasyon süresi 93 dakika (32-210) idi. Post operatif dönemde 5 olguda narkotik analjezik ihtiyacı oldu. 23 olguda IV analjezik tek doz verildi. 4 olguda herhangi bir analjezik gereksinimi olmadı.

Postoperatif dönemde ortalama hastanede kalma süresi 2,7 gündü (2-17 gün). Normal aktiviteye dönme süresi ise 10 gündü (7-18 gün).

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi bütün dünyada safra kesesi hastalıklarının tedavisinde alınan iyi kozmetik sonuçlar, kısa hospitalizasyon, kısa sürede işe dönüş, postoperatif herninin olmayışı, düşük maliyet nedeniyle açık kolesistektominin yerini almaktadır (5-10). Laparoskopik kolesistektominin dünyada kabul edildiği ilk yıllarda akut inflame ve gangrene safra kesesinde anatomisinin karışıklığı, safra kesesinin grasping forcepslerle tutmanın güçlüğü ve hemoraji olasılığının çokluğu nedeniyle kontrendike olarak kabul edilirdi (11). Sonradan yapılan sınırlı çalışmalar akut kolesistitlerde laparoskopik kolesistektominin düşük konversiyon yüzdeleri ve akla yakın morbiditeyle yapılabileceğini göstermektedir (12-15).

Tablo III : Akut kolesistitlerde laparoskopik kolesistektominin yayınlanan serilerde bildirilen sonuçları

	Sayı	Konversiyon %	Hospitalizasyon	Morbidite
Flowers ve ark. (12)	15	33	2,2	13
Unger ve ark. (13)	55	7	2,6	11
Jacobs ve ark. (14)	79	15	4,0	1
Richard C Frazee ve arkadaşları (15)	100	16	2,1	5
Bizim çalışmamız	32	25	2,7	9,7

Tablo 3'de görüldüğü gibi bizim sonuçlarımız dünya literatürüyle uygunluk taşımaktadır. Konversiyon yapılan 8 hastanın 5 tanesi ilk 50 hastamızdı.

Operasyon sürelerine bakıldığında zaman Richard C-Frazee'nin 100 vakalık akut kolesistit serisinde bildirdiği 118 dakikalık operasyon süresiyle karşılaştırıldığında zaman 93 dakikalık bizim süremizin daha kısa olduğu görülür (15).

Açık kolesistektomiyle karşılaştırıldığında elektif olgularda olan %5'lik konversiyon yüzdesine göre %16'lık konversiyon hızı yüksektir (6). Fakat bu oran hastanın sağlığı düşünüldüğünde zaman önemli değildir.

Akut kolesistitlerde diseksiyon ilk 48 saatte kolay, 72 saatten sonra ise güçtür (16). Bizim 2 olgumuzda da bu yüzden safra kesesi duvarı çok kalın olduğundan makas diseksiyonu yapılamamış ve açığa dönülmüştür.

Laparoskopik kolesistektominin son yıllarda endikasyonları cerrahların deneyimlerinde artma, cihaz ve enstrümanlarda gelişmeler yüzünden genişlemiştir. Kontrendikasyonları rölatif ve mutlak diye ikiye ayrılmıştır. 3 cm'den büyük taş, obezite (17), daha önce geçirilmiş üst karın operasyonu, akut kolesistit, sklerotrofik safra kesesi (18), gebelik (9) rölatif, portal hipertansiyon, koagülopati, biliodigestif anastomoz veya

fistül bulunuşu (10, 11); genel anestezi riski olan hastalar mutlak kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir. Akut kolesistitli hastalarda yaptığımız bu çalışmada görüldüğü gibi, laparoskopik kolesistektomi endocerrahi deneyimi yeteri derecede kazanılmışsa, her türlü kolesistopatiye emniyetle uygulanacak ilk tercih yönü olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Naarilla A Hirsch. Laparoscopic cholecystectomy, Australian Institute of Health; November 1990.
2. Mc Sherry CK, Cholecystectomy: the gold standard. *Am J Surg* 1989; 158: 174-8.
3. Lana GK, Heimbach DM, Olson H, Hanson J, Hospital stay following biliary tract surgery: a comparison of two community hospitals. *Arch Surg*, 1986; 121: 693-6.
4. Moss G, Regal ME, Lichtig L. Reducing postoperative pain, narcotics and length of hospitalisation. *Surgery*, 1986; 99: 206-10.
5. Reddick J, Olsen D.: Laparoscopic laser cholecystectomy: a comparison with mini-lap cholecystectomy. *Surg Endosc*, 1989; 3: 44-8.
6. Reddick J, Frasier W. Laparoscopic cholecystectomy: are port on 500 consecutive cases. *Surg Endosc Laparosc*, 1991; 1: 2-7.
7. Zucker KA, Bailey RW, Gadacz TR, Imbembo AI. Laparoscopic guided cholecystectomy. *Am J Surg*, 1991; 161: 36-44.
8. Nathanson, LK, Shimi Sand Cuschieri A, Laparoscopic Cholecystectomy: The Dundee technique. *Br J Surg*. 1991; 78: 155-59.
9. Larson, GM, Vitale GC, et al. Multipractice analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1983 patients. *Am J Surg*, 1992; 163: 221-5.
10. Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J, The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg*, 1991; 161: 385-7.
11. Dubois, F, laparoscopic cholecystectomy, *Prob in Gen Surg*, 1991; 8: 587-1.
12. Flowers JL, Bailey RW, The Baltimore Experience with laparoscopic management of acute cholecystitis. *Am J Surg*, 1991; 161: 388-92.
13. Unger SW, Edelman BS, Scott JS, Laparoscopic treatment of acute cholecystitis. *Surg laparosc Endosc*, 1991; 1: 14-16.
14. Jacobs M, Verdejaj C, laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis, *laparoendoscopy*, 1991; 1: 174-13.
15. Frazee RC, Roberts JW, What are the contraindications for laparoscopic cholecystectomy? *The Am J Surg*, 1992; 164: 491-3.
16. Zucker KA, Bailey RW, Laparoscopic management of acute and chronic cholecystitis, *Surg Cl North Am*, 1992; 72: 1045-67.
17. Manzini ND, Robe S, et al, Obesity is not a contraindication to laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*, 1992; 79: 72-3.
18. Wilson, RG, Nixon SJ, et al, laparoscopic cholecystectomy for complicated acute cholecystitis. *Br J Surg*, 1992; 79: 73-4.