

Son Bir Yılda 3. Cerrahi Kliniğinde Yapılan Laparoskopik Kolesistektomi Olgularının Değerlendirilmesi

Dr. Arslan KAYGUSUZ (1), Dr. Mehmet İ. CANSUNAR (2), Dr. Celal ÖZKARABULUT (3), Dr. Erdal KALELİ (4), Dr. Ayhan ARSLAN (4), Dr. Ufuk COŞKUNKAN (4)

ÖZET

Laparoskopik Kolesistektomi (LK) son yıllarda hastanede kalış, normal günlük aktiviteye dönüş süresini kısaltma, psiko-sosyal rahatlık gibi etkenler yönünden Konvansiyonel Kolesistektomiye (KK) oranla daha tercih edilen bir yöntem haline gelmiştir. Bu prospektif çalışmamızda Mart 1995-Ocak 1996 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan tüm LK olgusu değerlendirilmiştir. LK sonrası ortalama hastanede kalış süresi 1.7 gün, hastalık psikolojisinden kurtulma süresi 7 gün, ortalama operasyon süresi 50 dakikadır. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon 1 vakada bulunmuştur. Bu hastada peroperatif A. cysticus yaralanmış, derhal açık laparotomiye geçilip, gerekli müdahale yapılmıştır. Ayrıca 3 vakada anatomik zorluk ve oluşan komplikasyondan dolayı KK'ye geçilmiştir. Sonuç olarak LK'nın semptomatik kolelitiyazis olgularında öncelikle tercih edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Kolesistektomi

SUMMARY

To evaluate Laparoscopic Cholecystectomies at the 3. Surgical Clinic For at Least One Year

Laparoscopic Cholecystectomy (LC) is preferable than Conventional Cholecystectomy (CC), because of reducing time to stay at hospital, to return to normal activity and being psychosocial comfort. In this prospective study, we evaluated all LC cases between March 1995- January 1996, in our department. As a result, we concluded that LC with a mean hospital stay of 1.7 days, the psychological effect of disease curing 7 days and approximately operating time is 50 minutes. Conclusion, we suggested that LC should be preferred to symptomatic cholelithiasis cases.

Key Words: Laparoscopic Cholecystectomy

MATERYAL VE METOD

SSK İstanbul Hastanesi 3. Cerrahi kliniğinde Mart 1995- Ocak 1996 tarihleri arasında 60 adet seçilmiş semptomatik kolelitiyazis vakasına LK uygulanmış ve bu vakalar çalışma kapsamına alınmıştır. Akut kolesistit, akut pankreatit, koledokolitiyazisi mevcut olan semptomatik kolelitiyazisli vakalar LK uygulamasına alınmamıştır.

Olguların 56'sı kadın, 4'ü erkek ve yaş ortamları kadınlar için 44, erkekler için 46 idi. Tüm olgulara preoperatif 3. kuşak herhangi bir sefalosporin ile profilaksi yapıldı. Postoperatif tüm hastalara aynı süre ve miktarda (kg. başına) analjezi uygulandı. 6 olgu-

da seksiyö, appendektomi, insizyonel herni ve umbilikal herni operasyon hikayesi mevcuttu.

Sonuç

Mart 1995 - Ocak 1996 tarihleri arasında kliniğimizde 60 adet LK operasyonu uygulandı. Bu olgularda operasyon süresi ortalama 50 dakikadır ki, elde edilen bu değer KK dan anlamlı bir fark göstermiyor. Hastanede kalış süresi 1.7 gün, hastalık psikolojisinden kurtulma süresi 7 gün, günlük normal aktiviteye dönüş süresi 10 gün olarak değerlendirildi ki, bu değerler KK da elde edilen değerlerden daha kısa olarak saptandı. Gastrointestinal sistem pasajının başlaması LK da daha erken dönemde olmaktadır. Postoperatif daha çok sağ omuza vuran bir ağrı mevcuttu, ortalama 2 gün devam etti. Postoperatif 3. haftada mekanik iktar gelişen bir vakamıza koledokta taş saptanıp, ERCP ve Papillotomi yöntemi ile taş ekstrpe edildi. Toplam 4 (%6.6) hastada A. cysticus yaralanması, anatomik zorluk ve oluşan komplikasyonlar nedeni ile açığa geçilmiştir. Bu oran literatür ile uyumludur

(16). LK'nın neden olduğu operasyon ağrısının daha kısa sürmesi, sindirim sistemi fonksiyonlarının daha kısa sürede geri dönmesi, hastanede kalış süresinin daha kısa olması, kozmetik üstünlük gibi nedenlerle uygun kolelitiazisli hastalara laparoskopik metod ile kolesistektomi operasyonunu öneriyoruz.

Tartışma

KK, 17. yüzyıl sonlarından beri başarı ile uygulanmakta iken, yaşadığımız yüzyılın sonlarında yeni alternatifler oluşmuştur. LK, ilk kez 1978'de FRİMD-BERG tarafından domuzlara uygulanmıştır. 1985'te ise FİLİPİ MALL ve ROOSMA hayvan modellerinde LK uygulamıştır. Bir insanda ilk kez LK 1987'de Fransa'da Lyon da PHİLİPPE MOURET tarafından uygulanmıştır. (8,9,10).

1988'den itibaren bu işlem rutin olarak uygulamaya başlandı (8,10). Ülkemizde ise 1990 yılından itibaren LK başarı ile yapılmaktadır.

1987'ye kadar KK oldukça yaygın iken, günümüzde kolesistektomiler % 95 oranında LK şeklinde yapılmaktadır (11). LK insan bedeninde cerrahi zorluk durumları da dikkate alındığında bazı değişikliklere neden olabilmektedir.

LK sonrası postoperatif 3. gün kese lojunda sonografik olarak minimal mayi saptanabilir. Bu durum literatürde % 10-53 oranında görülmüş ve hastalarda klinik şikayet oluşturmamıştır (12,13). Zor olgulardaki sıvı birikimi daha fazla olmakta ise de postoperatif 8. haftada kontrollerde hiçbir olguda mayi tespit edilememektedir (13). Sıvı birikimi LK sonrası belli oranda doğal olarak görülebilmekte ve belli bir süre sonra rezorbe olmaktadır (12,13). Bu sebeple erken müdahalelerden kaçınmak gerekir. Şayet klinik ve uzun takiplerde kolleksiyon gelişip artıyor, abse formasyonu oluşuyorsa cerrahi müdahale düşünülebilir. LK sonrası ayrıca bazı kan tetkiklerinde değişimler olabilmektedir.

Örneğin hematokrit ortalama değerleri sayısal artış gösterir (14). Beyaz küre sayısı istatistiksel olarak artar (15). Alkalin fosfataz, SGOT, SGPT, total ve indirekt bilirubin değerleri de ameliyat sonrası artmaktadır.

Ancak bu değerler 8. haftada ameliyat öncesi düzeylerine inmektedir. LK hem sonografik hem de laboratuvar bulgular sonucu oldukça emin bir yöntemdir, klinik problem olmadıkça, kolleksiyonlar ve biyokimyasal değişimler sorun teşkil etmemektedir. Günümüzde laparoskopik girişimler oldukça çeşitlilik kazanmıştır.

Kolesistektomi dışında da başarılı girişimler yapılmaktadır. koledok eksplorasyonu, karaciğer biyopsisi, splenektomi, gastroözofageal reflü cerrahisi, peptik ülser cerrahisi, duodenal ülser delinmesi, morbid obesite, appendektomi, kolektomi, salpingo-ooforektomi, histerektomi, pelvik adenektomi, inguinofemoral fitik tamiri, ekstra peritoneal fitik tamiri gibi konular örnek olarak verilebilir.

KK en güvenli ve etkili girişim olmasına rağmen postoperatif ağrı, rahatsızlık hissi, uzun süreli hareketsizlik gibi problemler olması LK'yı ön plana çıkarmaktadır. Akut veya kronik kolesistiti olan hastalar laparoskopik şekilde tedavi edilebilirler, ancak bu iş için tecrübeli bir ekibe ihtiyaç vardır. Zaman içerisinde operatif ekibin tecrübesinin artmasına bağlı kontrendikasyonlar oldukça azalmıştır.

Tablo 1: LK sonrası bildirilen ortalama hospitalizasyon süreleri

Referans	Yıl	Hasta Sayısı	Hospitalizasyon süresi (gün)
Spaw(1)	1991	500	0.98
Berci ve Sachier(2)	1991	418	1.0
Peters(3)	1991	100	1.1
Walsh(4)	1991	55	1.1
Nathanson(5)	1991	60	2.9
Fersli ve Kloss(6)	1991	111	1.4
Cuschieri(7)	1991	1236	3

Tablo 2: LK sonrası ortalama normal aktiviteye dönüş

Referans	Yıl	Hasta sayısı	Normal aktiviteye dönüş süresi (gün)
Cushieri(7)	1991	1236	11
Spaw(1)	1991	500	5,2
Peters(3)	1991	100	12,8

Tablo 3: LK de açığa geçiş oranı

Referans	Yıl	Hasta sayısı	Açığa geçiş oranı(%)
Spaw(1)	1991	500	1.8
Berci ve Sachier(2)	1991	418	5
Cuschieri(7)	1991	1236	3.6

KAYNAKLAR

- 1- **Spaw AT., Reddick EJ, Olsen DO:** Laparoscopic Laser Cholecystectomy, analysis of 500 procedures. *Surgecol Laparoscopy and Endoscopy* 1991; 1:2-7.
 - 2- **Berci G, Sachier JM.** Los Angeles experience with Laparoscopic cholecystectomy. *Am. J Surg* 1991; 161: 382-4.
 - 3- **Peters JH, Ellison C, Innes JT.** Safety and efficiency of Laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patients. *Ann Surg.* 1991; 213: 3-12.
 - 4- **Walsh NS.** Laparoscopic cholecystectomy, the first six months. *JSG Med Assoc* 1991; 87: 263-5
 - 5- **Nathanson LK, Shinmi S, Cuschieri A.** Laparoscopic cholecystectomy, the Dundee technique. *Br J Surg* 1991; 78: 155-9.
 - 6- **Fersli G, Kloss DA:** Laparoscopic cholecystectomy. 111 consecutive cases. *Am J Gastroenterol* 1991; 86: 1176-8.
 - 7- **Cuschieri A, Dubois f, Maniel J.** The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 385-7.
 - 8- **Asbun HJ, Rossi RL:** Techniques of laparoscopic cholecystectomy. *Surg Clin Nort Am.* 1994; 74: 755-75.
 - 9- **Filipi CJ, Fitzgibbons RJ, Salerno GM:** Historical review: Diagnostic laparoscopy to laparoscopic cholecystectomy and beyond in: Zucker KA *Surgical laparoscopy*, St. Louis, Quality Medical Publishers 1991: 3-21.
 - 10- **Göney E:** Endoskopik cerrahinin tarihçesi. *T. Klin. Tıp Bilim* 1994; 14: 79-86
 - 11- **Munsan JL, Sanders LE:** Cholecystectomy. *Surg Clin Nort Am.* 1994; 74: 741-54.
 - 12- **Ascher SM, Evans SR, Goldber JA:** Laparoscopic cholecystectomy. Postoperative sonographic findings. *Diges Diseas- Scien.* 1993; 38: 2212-9.
 - 13- **Wright NB, Williamson VC:** Ultrasound findings following laparoscopic cholecystectomy. *Br J Rad* 1994; 67: 429-30.
 - 14- **Jekeways MS, Mitchell V, Hashim IA, Chadwick SJ:** Metabolic and inflammatory responses after open or laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1994; 81: 127-31.
 - 15- **Kloosterman T, Von Blomberg BM, Borgstein P, Guesta MA:** Unimpaired immune functions after laparoscopic cholecystectomy. *Surg* 1994; 115: 424-8.
 - 16- **Kama N, Göçmen E, Öner Z:** Laparoskopik kolesistektomi. *T. Klin Tıp Bilim* 1994; 14: 100-10.
-