



LAPAROSCOPIC TOTAL COLECTOMY IN ULCERATIVE COLITIS: REPORT OF A CASE

C. ALGIN* & A. HACIOĞLU* & E. PAŞAOĞLU**

* Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Kütahya-Türkiye

** Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir - Türkiye

ABSTRACT

In the present study, laparoscopic total proctocolectomy and ileal pouch anal anastomose operation, which was applied to 36 years old female patient, due to ulcerative colitis. Less postoperative pain, better cosmetic outcome and returning to normal life in a short period was obtained by laparoscopic approach.

Key words: Laparoscopic total colectomy, colitis ulcerosa

LAPAROSKOPİK TOTAL KOLEKTOMİ: OLGU SUNUMU

ÖZET

Bu yazıda ülseratif kolit nedeniyle 36 yaşındaki kadın hastaya yapılan laparoskopik total proktokolektomi ve ileal poş anal anastomoz operasyonunu sunuldu. Laparoskopik yaklaşım sayesinde daha az postoperatif ağrı, daha iyi kozmetik sonuç ve kısa sürede normal hayata dönüş sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik total kolektomi, ülseratif kolit

1. GİRİŞ

Ülseratif kolit; kalın barsak işlevlerinde değişiklikler ve intestinal inflamasyon semptomları ile karakterize, sadece kolonik mukozayı tutan inflamatuvar bir süreçtir. Medikal tedaviye yanıtızsızlık, kanser gelişme riski, ciddi gastrointestinal kanamalar cerrahi tedavi endikasyonlarını oluşturmakla birlikte total kolektomi kür sağlar. İlk vakaların rapor edildiği 1991 yılından itibaren laparoskopik kolektomi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır [1]. İnflamatuvar barsak hastalıklarında laparoskopik rezeksiyonlarla ilgili az sayıda olgu bildirilmiştir [2].

2. OLGU

Karın ağrısı ve kanlı ishal yakınması ile 1996 yılında Gastroenteroloji bölümüne müracaat eden hastaya yapılan tetkikleri sonucunda ülseratif kolit tanısı konuldu. 2000 yılına kadar özellikle kış aylarında şikâyetlerinde alevlenmeler olan hastanın, bu yıldan itibaren

semptomlarında şiddetlenme ve sıklığında artma oldu. Medikal tedaviye yanıt vermeyen hastaya cerrahi tedavi planlandı. Hastanın son iki ayda beş kilo kaybı, hematokezya, diare ve kramp tarzında karın ağrısı mevcuttu. Fizik muayenede ateş, taşikardi gibi fulminan hastalık bulguları yoktu. Batın muayenesinde, tüm kadranslarda barsak seslerinde minimal artış ve palpasyonla minimal hassasiyet tespit edildi. Hemoglobün 8.0 g/dl, Lökosit 8200 /mm³ Hematokrit %25.1, trombosit 364.000 /mm³ idi. Hastanın biokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Hastaya operasyon öncesi iki ünite kan transfüzyonu yapılarak hemoglobün değeri 10 g/dl üzerine çıkarıldı. Hasta Eylül 2001' de operasyona alındı.

Göbek altından yapılan eliptik kesiden Veres iğnesi yardımı ile batın insuffle edildikten sonra aynı yerden 10 mm.lik trokar ve kamera yerleştirildi. Ayrıca, her iki alt kadrandan, sağda midklavikuler hatta kosta kavsinin beş cm altından ve solda ön aksiller çizgi ile göbek hizasının kesiştiği yerden olmak üzere toplam üç adet 10 mm.lik ve bir adet beş mm.lik trokar yerleştirildi. Çekum ve distal ileum askıya alındıktan sonra ileoçekal bölge mezosu disseke edilerek ileokolik arter bağlanarak kesildi. Hepatik fleksura düzeyinden de kolon askıya alınarak çıkan kolon serbestleştirildi. Sağ kolik arter de bağlanıp kesildikten sonra transvers kolon askıya alındı ve a. kolika media bağlanıp kesildi. Transvers kolon, gastrokolik ligament ve omentumdan serbestleştirildi. Splenokolik ligament ayrılarak splenik fleksura serbestlendikten sonra, inen kolon ve sigmoid kolon askıya alınıp serbestleştirildi ve sol kolik arter ve sigmoid arter bağlanıp kesildi. Takiben white-line açılarak mesorektum disseke edildi ve superior rektal arter bağlanıp kesildikten sonra rektum tamamen serbestleştirildi. Distal ileumun ileoçekal valve beş cm mesafedeki kısmı ile kolonun distali laparoskopik babcock'la askıya alındı. Bu aşamada laparoskopiyeye son verilerek sol alt kadrandaki trokar yeri genişletildi ve beş cm.lik transvers kesi ile laparotomi yapıldı. İleum distaline rezeksiyon klempleri konularak distal beş cm.lik ileum ile kolon kesiden dışarı alındı. Daha sonra mezorektum linea dentata seviyesine kadar serbestleştirildikten sonra total kolektomi tamamlandı. Distal ileum "S" şeklinde yan yana getirilerek ileal poş oluşturuldu. Hastaya litotomi pozisyonu verilerek rezidü rektal poş anüsten dışarı alınarak mukozal proktektomi yapıldı. İleal poş, rektal poş içinden dışarı alınarak linea dentata hizasında ileoanal anastomoz yapıldı. Daha sonra, anastomoz batına iade edilerek mukozektomi yapılan rektal duvar ileum üzerine sarılarak tespit edildi. Anastomoza doğru iki adet nelaton dren yerleştirilerek operasyona son verildi.

Peroperatuar iki ünite kan transfüzyonu yapıldı ve operasyonun toplam süresi beş saat 35 dk olarak tespit edildi. Postoperatif dönemde vital bulguları ve genel durumu stabil seyreden hastanın ikinci günde nazogastrik sondası çekildi, üçüncü günde sulu vasıfta gaita deşarjı oldu. Beşinci gün nelaton drenleri çekilen hasta dokuzuncu gün taburcu edildi.

3. TARTIŞMA

Laparoskopik kolektomi, tümöral barsak hastalıklarına oranla benign inflamatuvar barsak hastalıkları için mükemmel bir endikasyondur [3]. Fakat laparoskopik kolon rezeksiyonlarının morbiditeye neden olduğu da bir gerçektir. Buna rağmen inflamatuvar barsak hastalığı olan özellikle genç hastalar, hayatları boyunca bir veya daha fazla batın operasyonu geçirme riski altındadırlar. Zaten fizyolojik stres altında yaşayan genç hastada, laparoskopinin minimal fizyolojik hasar ile daha az adezyon oluşturması ve kozmetik açıdan daha iyi sonuç vermesi en önemli avantajıdır [2]. Araki ve ark. ülseratif kolit nedeniyle laparoskopik total kolektomi ve J-poş anal anastomoz yapılan hastalarla açık total

kolektomi uygulanan hastaları karşılaştırdıklarında her iki grupta operasyon süresi ve kan kaybı açısından bir farklılık olmadığı, nasogastrik sondanın laparoskopik cerrahi uygulanan grupta postoperatif ortalama ikinci gün, laparotomi yapılan grupta ise beşinci gün çekildiği tespit edilmiştir. Gaita deşarjı laparoskopi yapılan grupta ortalama ikinci gün, laparotomi yapılan grupta ise beşinci günde olmuş, sulu gaita laparoskopi yapılan grupta postoperatif 24. günde, laparotomi yapılan grupta 87. günde katı gaita haline gelmiştir [4]. Diğer bir çalışmada ise familial adenomatöz polipozis ve ülseratif kolit nedeniyle laparoskopik total kolektomi ve laparotomi ile total kolektomi yapılan iki grup karşılaştırılmıştır. Ortalama operasyon süresi laparoskopi grubunda 282 dk. iken, laparotomi grubunda 274 dk.; peroperatuar kanama laparoskopi grubunda 321 ml iken, laparotomi grubunda 471 ml olarak tespit edilmiştir. Nazogastrik sonda laparoskopisi grubunda postoperatif birinci gün, laparotomi grubunda altıncı günde çıkarılabilmiş, gaita deşarjı laparoskopisi grubunda ortalama ikinci gün, laparotomi grubunda ise beşinci günde olmuştur. Sulu gaitanın katılaşması laparoskopisi grubunda 23. günde, laparotomi grubunda 84. gün olmuştur [5]. Bizim olgumuzda, operasyon süresi 335 dk olup, kan kaybı yaklaşık 650 ml.dir. Hastaya postoperatif birinci günde enteral beslenme başlanmış, ikinci günde nasogastrik sonda çekilmiştir. Gaita deşarjı postoperatif üçüncü günde olmuş, sulu gaitası operasyondan 30 gün sonrasına kadar devam etmiştir.

Marcello ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ülseratif kolit ve Crohn hastalığında acil kolektomi için laparoskopik kolektominin güvenliği ve uygulanabilirliği araştırılmış, konvansiyonel kolektomi ile karşılaştırılmıştır. Laparoskopik total kolektomi yapılan tüm hastalara end ileostomi ve fistüllerin kapatılması işlemi yapılmıştır. Hastaların hiçbirinde taşikardi, ateş, aşırı lökositoz, peritonit gibi fulminan hastalık bulguları gözlenmemiştir. Her iki grup arasında operatif kan kaybı açısından fark tespit edilmemiş, laparoskopisi yapılan grupta operasyon süresinin daha uzun olduğu görülmüştür. Laparoskopisi grubunda barsak fonksiyonları daha erken başlamış, hospitalizasyon süresi daha kısa olmuştur. Komplikasyonlar açısından laparoskopik grupta 32 (%16) hastanın ikisinde yara yeri enfeksiyonu, birinde ileus oluşmuştur. Laparotomi yapılan grupta yedi (%24) hastada komplikasyon gelişmiş, bunlardan üçünde yara yeri enfeksiyonu, üçünde derin venöz trombozu, birinde ise üst gastrointestinal sistem kanaması olmuştur [6].

Reissman ve ark., inflamatuvar barsak hastalığı olan 72 hastaya laparoskopisi veya asiste laparoskopik operasyon yapmışlar, 29 hastada terminal ileitis, 23 hastada mukozal ülseratif kolitis, 11 hastada Crohn koliti, dört hastada ciddi perianal Crohn hastalığı, üç hastada duodenal Crohn hastalığı, bir hastada Crohn'a bağlı rektovajinal fistül, bir hastada rektouretral fistül tespit etmişlerdir. 30 hastaya total abdominal kolektomi (22 ileoanal rezervuarlı total proktokolektomi, altı ileorektal anastomozlu total abdominal kolektomi, ve iki ileostomili total abdominal kolektomi), 30 hastaya ileokolik rezeksiyon, altı hastaya loop ileostomi, daha önce total abdominal kolektomi ve end ileostomi yapılmış üç hastaya ise ileostomi kapatılması ve ileorektal anastomoz, ve üç hastaya duodenal bypass gastrojejunostomi yapılmıştır. 13 hastada (%18) 16 komplikasyon meydana gelmiştir. Bunlar: üç enterotomi, dört kanama atağı, üç pelvik abse, iki intestinal obstrüksiyon, iki uzamış ileus, bir anastomoz kaçağı, bir gastrojejunostomi sonrası efferent loop obstrüksiyonudur. Ayrıca üç hasta morbidite nedeniyle laparotomiye gerektirmiş, hiçbir hastada mortalite gözlenmemiştir. 7 (%10) hastanın dördünde fistülle birlikte olan büyük inflamatuvar kitle, ikisinde kanama, birinde de enterotomi nedeniyle laparotomiye geçilmiştir. Ortalama operasyon süresi üç saat, ortalama hospitalizasyon süresi yedi gün olarak hesaplanmıştır. İleokolik rezeksiyonla karşılaştırıldığında, total kolektomi daha fazla

morbiditeye ve daha uzun hospitalizasyona neden olmaktadır [7]. Bizim vakamızda yukarıda sözü edilen komplikasyonlardan hiçbirisi gelişmemiş hasta postoperatif dokuzuncu günde taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak, benign kolon hastalıklarının cerrahi tedavisinde laparoskopinin önemi giderek artmaktadır. Laparoskopik total kolektomi daha az ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi kozmetik sonuç ile ülseratif kolitin elektif cerrahisinde güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

- [1] Panis, Y., 2000, Laparoscopic surgery for benign colorectal diseases. J Chir; 137:261-7.
- [2] Bemelman, W.A., van Hogezaand, R.A., Meijerink, W.J., Griffioen, G., Ringers, J., 1998, Laparoscopic-assisted bowel resections in inflammatory bowel disease: state of the art. Neth J Med; 53:39-46.
- [3] Champault, G., Barrat, C., Catheline, J.M., Rizk, N., Buenos, P., 1996, Laparoscopic colectomy. Techniques and indications. J Chir; 133:247-61.
- [4] Araki, Y., Ishibashi, N., Ogata, Y., Shirouzu, K., Isomoto, H., 2001, The usefulness of restorative laparoscopic-assisted total colectomy for ulcerative colitis. Kurume Med J; 48:99-103.
- [5] Araki, Y., Isomoto, H., Tsuzi, Y., Matsumoto, A., Yasunaga, M., Toh, U., Yamauchi, K., Shirouzu, K., 1998, Clinical aspects of total colectomy -- laparoscopic versus open technique for familial adenomatous polyposis and ulcerative colitis. Kurume Med J; 45:203-7.
- [6] Marcello, P.W., Milsom, J.W., Wong, S.K., Brady, K., Goormastic, M., Fazio, V.W., 2001, Laparoscopic total colectomy for acute colitis: a case - control study. Dis Colon Rectum; 44:1441-5.
- [7] Reissman, P., Salky, B.A., Pfeifer, J., Edey, M., Jagelman, D.G., Wexner, S.D., 1996, Laparoscopic surgery in the management of inflammatory bowel disease. Am J Surg; 171:47-50; discussion 50-1.