

Akut Kolesistitte Erken Kolesistektomi Sonuçlarımız

The Results of Early Cholecystectomy in Acute Cholecystitis

Burhan Hakan Kanat¹, Mesut Yur², Mustafa Girgin³, Fatih Erol¹, Mehmet Buğra Bozan¹, Seyfi Emir¹,
Mehmet Fatih Yazar¹, Zeynep Özkan¹

¹Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ, Türkiye

²Adıyaman Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Adıyaman, Türkiye

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

AMAÇ: Safra taşları hastalığında Laparoskopik kolesistektomi kesin altın standart haline gelmiş bir tedavidir. Ancak akut kolesistitli hastalarda yaklaşımın ne olacağı bu kadar net olmamakla beraber, her geçen gün soğutma ve elektif operasyon planlama modalitesi değerini kaybedecek gibi gözükmektedir. Bu çalışmanın amacı, akut kolesistitli hastalara uygulanan erken kolesistektominin sonuçlarını irdeleyerek ortaya koymaktır.

YÖNTEMLER: Şubat 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında akut kolesistit tanısı alarak erken Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 39 hasta retrospektifolarak incelendi.

BULGULAR: 39 akut kolesistitli vakanın 35'inde başarılı laparoskopik kolesistektomi gerçekleştirildi, 4 hastada açık ameliyatla devam edildi. Toplam 24 (%61.5) hastada safra kesesi kolesistektomi öncesi aspire edildi. Otuz hastaya (%76.9) subhepatik alana dren konuldu. Üç hastada (%7.7) komplikasyon gelişti.

SONUÇ: Akut kolesistitli hastaların tedavi algoritmasında erken dönemde yakalanmış olan vakalarda cerrahi düşünmek fikri ön plana çıkmaktadır. Gerek operasyon süresi ve gerekse postoperatif morbidite ve mortalite oranları ile erken akut kolesistitte Laparoskopik kolesistektomi etkin bir tedavi şekli olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut kolesistit, Erken Kolesistektomi, Cerrahi Tedavi

Türkçe Kısa Makale Başlığı: Erken Kolesistektomi

ABSTRACT

OBJECTIVE: Laparoscopic cholecystectomy has become the gold standard for definitive treatment of gallstones disease. However, approach to patients with acute cholecystitis is less clear and delayed surgery for acute cholecystitis seems to lose its value day by day. The purpose of this study, is to examine and reveal the results of Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis.

METHODS: Between February 2012 and December 2012 thirty-nine patients with the diagnosis of acute cholecystitis who were treated laparoscopically were retrospectively analyzed.

RESULTS: Laparoscopic cholecystectomy was successful in 35 of 39 cases of acute cholecystitis. Open surgery was continued in 4 patients. The gallbladder was aspirated total of 24 (61.5%) patients prior to cholecystectomy. Subhepatic space was drained in thirty-one patients (76.9%). Complications were developed in three patients (7.7%).

CONCLUSION: In the treatment algorithm for patients with acute cholecystitis, early surgery come to the fore. Both operative time and postoperative morbidity and mortality rates of laparoscopic cholecystectomy in early acute cholecystitis continues to be an effective form of treatment.

Key words: Acute Cholecystitis, Early Cholecystectomy, Surgical Treatment

İngilizce Kısa Makale Başlığı: Early Cholecystectomy

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Burhan Hakan KANAT/ Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

E-Mail: ku318@mynet.com

Tel: 905325790810

Giriş:

Laparoskopik kolesistektomi (LK), semptomatik safra kesesi taşı hastalığında ve diğer benign safra kesesi hastalıklarında altın standart olarak tercih edilen tedavi yöntemidir (1, 2). LK'nin ilk uygulama yıllarında akut kolesistit (AK), kontrendikasyonlar arasında yer almaktayken gerek operatif beceri artışları ve gerekse de cerrahi aletlerdeki gelişmelerle birlikte birçok klinikte AK için de kabul edilmiş ortak bir tedavi yöntemidir (3). Akut kolesistitte ELK'nin yararı ve gerekliliği her ne kadar klasik cerrahi temel kitaplarına kadar girmiş olsa da bazı gelenekçi cerrahlar; halen AK'e bağlı olarak oluşan inflamasyon, ödem ve yapışıklıklardan dolayı erken dönemdeki ameliyatın güvensiz olduğuna inanmaktadırlar (4, 5).

Bu çalışmadaki amacımız kurumumuzda AK için erken dönemde uyguladığımız LK olgularını analiz ederek sonuçlarını literatür bilgisi dahilinde sunmaktır.

Yöntemler:

Şubat 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında AK tanısı nedeniyle tarafımızdan erken laparoskopik kolesistektomi (ELK) uyguladığımız 39 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Akut kolesistitli olgularda tanı kriterleri olarak;

- (a) sağ üst kadranda ağrısı ve sağ subkostal hassasiyet
- (b) ateş >37.8 ve/veya lökositoz >10x10³/mm³ (normal, <10x10³/mm³),
- (c) ultrasonografik (USG) bulgular (safra kesesi duvar kalınlığı >5 mm, hidropik safra kesesi, safra taşı varlığı, USG Murphy pozitifliği ve perikolesistik sıvı koleksiyonu) değerlendirildi (6,7) (Tablo I-II).

Tablo 1: Hastaların bulguları (n=39)

Semptom ve Bulgular	n	%
Sağ üst kadranda ağrısı	36	92
Sağ üst kadranda hassasiyet	30	76.9
Lökositoz >10x10 ³ /l	34	87.1
Ateş >37.8°C	14	35.8
USG bulgusu	39	100
Histopatoloji	39	100
Kadın/Erkek oranı		2.9
Hastanede kalış süresi (gün)		4.1

Tüm hastalara LK uygulandı ve postoperatif dönemde beslenmesi tam olan, muayene ve vital bulgularında problem olmayan hastalar taburcu edildi. ELK; semptomların başlangıcından itibaren 72 saat içinde yapılan LK olarak tanımlandı.

Semptomlar ve başlama süresi, USG bulguları, ameliyat süresi, safra kesesinin histolojik özellikleri, açığa dönüş oranları, postoperatif mortalite ve

morbidite, hastanede kalış süresi, postoperatif ve erken tekrar girişim oranı ve eksplorasyon bulguları analiz edildi.

Bulgular:

Hastaların 29'u (%74.3) kadın ve 10'u (%25.7) erkek olup yaş ortalaması 49.5 yıl (16-64) idi. USG bulguları Tablo-II' de ve ameliyat sırasında uygulanan işlemler Tablo-III' de gösterilmiştir.

Tablo 2: Ultrasonografi Bulguları (n=39)

Ultrasonografi Bulgusu	n	%
Safra kesesi duvar kalınlığı >5 mm	28	71.7
Hidropik safra kesesi	34	87.1
Safra taşı varlığı	39	100
USG Murphy pozitifliği	20	51.2
Perikolesistik sıvı koleksiyonu	8	20.5

Tablo 3: Ameliyat özellikleri (n=39)

	n	%
Safra kesesi aspirasyonu	24	61.5
Dren kullanımı	30	76.9
Ksifoid altı port giriş yerini genişletme	10	25.6
Operasyon süresi (dakika)	62 min (25-129)	
Açığa dönüş oranı		%10.3

Otuz beş hastada (%89.7) karın ağrısı, 14 hastada (%35.8) ateş mevcut olup, 30 hastada (%76.9) ise sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Beyaz küre yüksekliği de 33 hastada (%84.6) mevcuttu.

Otuz beş hastada (%89.7) LK başarıyla uygulandı. Dört hastada (%10.3) açığa geçildi. Anatomiye yeterli şekilde ortaya koyamamak ve hartmann poşundaki yapışıklıklar, kanama, gangrenöz ve perfore safra kesesi açığa geçmenin nedenleriydi. Ortalama ameliyat süresi 62 dakika (25-120) olarak hesaplandı. Toplam 24 (%61.5) hastada safra kesesi kolesistektomi öncesi aspire edildi. Otuz hastaya (%76.9) subhepatik alana dren konuldu. Üç hastada (%7.7) komplikasyon gelişti. Mortalite ya da major safra yolu yaralanması olmadı. Bir hastada (%2.5) safra kaçağı gelişti. Bu hastada lökositozla birlikte peritoneal irritasyon bulgularının olması üzerine karın USG yaptırıldı. USG'de karında yaygın sıvı vardı. Hafta sonu olması nedeniyle ERCP yaptırılmadığından postoperatif 2.günde tekrar ameliyata alındı. Sistik kanaldan kaçak

olduğu görüldü ve laparoskopik olarak sistik kanal kliplendi. Diğer iki komplikasyon ise pulmoner emboli ve port giriş yeri enfeksiyonuydu. Tüm hastaların eksplorasyon bulguları ve patolojik incelemeleri akut kolesistit ile uyumluuydu.

Tartışma:

Laparoskopik cerrahinin ilk yıllarında akut kolesistit LK için relatif kontrendikasyon olarak kabul edilirdi (7). Akut kolesistitli hastalarda uygulanan LK ile elektif laparoskopik kolesistektomi karşılaştırıldığında operasyon süresi, hastanede kalış süresi, açığa dönüş oranında ve morbidite oranında anlamlı artışlar tespit edilirdi. Çalışmalarda akut kolesistit için yapılan LK'de açığa dönüş oranları %30'lara varmaktaydı. (9,10). Yüksek oranlar daha çok laparoskopik cerrahinin ilk yıllarına aitken, gerek teknolojik gelişmeler gerekse de cerrahların beceri ve tecrübelerinin artması ile daha yeni tarihli yayınlarda bu oran %3'lere kadar düşmüştür. Bu serideki toplam olgu sayısı az ve seçici davranılmış olmasına rağmen açığa geçme oranı % 10.3 olarak tespit edildi. Bu oran literatüre göre düşük seviyenin biraz daha üstündedir.

Akut kolesistitli hastalarda açığa geçme oranındaki yüksekliğin en önemli nedenleri inflamasyon ve fibrozise bağlı yapışıklıklar, kanama ve safra yolu yaralanmalarıdır (3). Serimizde anatomiye yeterli şekilde ortaya koyamamak ve hartmann poşundaki yapışıklıklar, kanama, gangrenöz ve perfore safra kesesi açığa geçmenin nedenleriydi.

Tekin ve ark. (3) çalışmasında ise ELK yapılan toplam 182 hasta değerlendirilmiş. Bu çalışmaya göre açığa geçme oranı %17 ve hastanede kalış süresi ortalama 4 gündür. Bizim incelediğimiz olgularda da hastanede kalış süresi bu çalışmaya benzerdir.

Aslında akut kolesistitli tüm hastalarda konservatif medikal tedavi ve daha sonra elektif LK doğru bir yaklaşım değildir. Özellikle seçilmiş ve riski düşük erken başvuran hastalarda ELK kesinlikle ön planda düşünülmelidir. Çekinilmesi gereken durumlar açığa geçme ve major safra yolu yaralanma riskleri olup bu oran bizim analiz ettiğimiz hastalarda yüksek değildir.

Olgu sayısı az olan bu retrospektif değerlendirmeye göre AK'li hastalarda LK yaparken bazı önemli noktalar mevcuttur. Örneğin safra kesesini fundustan rahat kavrayabilmek için safra kesesi dekompresyonu yapmaktan çekinilmemelidir. Bizim hastaların %61.5'inde dekompresyona ihtiyaç duyulmuştur. Ameliyatın ilk başlarında Callot üçgenini ortaya koymak için safra kesesi retraksiyonu yapılamıyorsa dekompresyon işlemi geciktirilmemelidir. Aksi taktirde ameliyat süresini uzatıp, yapılmaya çalışılan

disseksiyonu güçleştirerek komplikasyon riskini artırabilir.

Laparoskopik kolesistektomilerde korkulan ve morbiditesi yüksek olan komplikasyonlardan birisi de safra yolu yaralanmalarıdır. Bu oran %0.1 ile % 1 arasında değişmektedir (3,11). Bizim olgularımızda safra yolu yaralanması yoktu. Ancak bir hastada (%2.5) postoperatif dreninden safra gelmesi üzerine tekrar laparoskopik eksplere edildi ve sistik kanal güdüğünden sızdığı görülerek tekrar kliplendi. Bu hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.

Erken laparoskopik kolesistektomi hastalar için kesin tedavi sağlar. Konservatif medikal tedavi ve sonrasında elektif LK yönteminde olan tekrar atak gelişme riskini ortadan kaldırır. Ayrıca erken cerrahi konservatif yaklaşıma göre toplamda daha az hastanede kalış süresine sahiptir. Bu durumun sağlık sistemine ekonomik faydası da tartışılmazdır. Konservatif yaklaşımda hastanın ilk antibiyotik dönemi ve sonrasında ameliyat dönemi birlikte daha fazla maddi yük oluşturmaktadır. Elektif kolesistektomi için bekleme süresi 4 hafta ila 12 ay arasında değişir ve % 12 -24 oranları arasında bu hastalar daha kısa süre içerisinde tekrar başvurur. Bu durum da göz önünde bulundurulursa ELK'nin ekonomik faydası daha ön plana çıkmaktadır (12,13).

Güncel literatür artık akut kolesistit için erken laparoskopik cerrahi tedaviyi (semptomların başlangıcından itibaren 72 saat içinde yapılan) önermektedir (14). İlk 72 saat içinde operasyon kabul edilebilir olmasına karşın, laparoskopik kolesistektominin daha düşük bir açığa dönüş oranı, daha az hastanede kalış süresi ve morbiditenin azaltması için semptomların başlamasından sonra mümkün olduğu kadar erken yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Elektif LK'lere göre daha yüksek komplikasyon oranlarının kaydedildiği akut kolesistit olgularında majör komplikasyonların oluşmasını engellemek için titiz cerrahi uygulanması şarttır.

Sonuç olarak akut kolesistitte erken laparoskopik kolesistektominin yararı artık tartışılmazdır ve tedavi yönetimi algoritmasının en önemli noktasını oluşturur.

Kaynaklar

1. Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J, et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161:385-7
2. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Laparoscopic cholecystectomy: historic perspective and personal experience. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:52-7.
3. Tekin A, Küçükkartallar T, Belviranlı M ve ark. Akut kolesistit için erken laparoskopik kolesistektomi, *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2009; 15(1):62-6
4. Azra A Ghani, Waqar Alam Jan, Aminul Haq. Acute cholecystitis: Immediate versus interval cholecystectomy *J Postgrad Med Inst* 2005;19(2);192-5
5. Saeed A, Nawaz M, Noreen V, Ahmad S. Early cholecystectomy in acute cholecystitis: experience at dhq hospital abbotabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010;22(3): 182-4
6. Ralls PN, Colletti PM, Lapin SA, et al. Real-time sonography in suspected acute cholecystitis: prospective evaluation of primary and secondary signs. *Radiology* 1985;155: 767-771
7. Kolla SB, Aggarwal S, Kumar A, Kumar R, Chumber S, Parshad R ,Seenu V. Early vs delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Surg Endosc* 2004; 18:1323-1327
8. van der Steeg HJ, Alexander S, Houterman S, Slooter GD, Roumen RM. Risk factors for conversion during laparoscopic cholecystectomy - experiences from a general teaching hospital. *Scand J Surg.* 2011; 100(2):169-73.
9. Belloso, R.M., Ayala, L.A., Souchon, E.A., Henriquez, L.J., Leon- Ponte, O.: Colecistitis aguda: es un procedimiento laparoscopico? *G.E.N* 1993;47:226.
10. Kum, C.K., Goh, P.M.Y., Isaac, J.R., Tekant, Y., Ngoi, S.S.: Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br. J. Surg.* 1994; 81:1651.
11. Karvonen J, Gullichsen R, Laine S, Salminen P, Grönroos JM. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: primary and long-term results from a single institution. *Surg Endosc* 2007;21:1069-73.
12. Somasekar K, Shankar PJ, Foster ME, Lewis MH. Costs of waiting for gallbladder surgery. *Postgrad Med J* 2002; 78: 668-69.
13. Cameron IC, Chadwick C, Phillips J, Johnson AG. Management of acute cholecystitis in UK hospitals: time for a change. *Postgrad Med J* 2004; 80: 292-94.
14. Madan A, Aliabadi-Wahle S, Tesi D, Flint LW, Steinberg SM. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? *Am J Surg* 2002 ; 183: 232-236