

Ek cerrahi girişimler elektif kolesistektominin morbiditesini artırır mı?

Does the additional surgery increase the morbidity of elective cholecystectomy?

Dr. Mükerrerem CETE, Dr. Atilla SORAN, Dr. M. Ayhan KUZU, Dr. Cem TERZİ, Dr. Süleyman HENGİRMEN

Ankara Numune Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET: Bu çalışmanın amacı elektif kolesistektomi sırasında yapılan ek abdominal cerrahi girişimlerin mortalite ve morbidite üzerine olan etkisini incelemektir. Kliniğimizde 1989-1995 tarihleri arasında elektif kolesistektomi yapılan 520 hastanın 140'ına operasyon sırasında ek abdominal cerrahi girişim uygulanmıştır. Yalnızca kolesistektomi yapılan 380 hastada (grup 1) mortalite görülmezken, 26 hastada komplikasyon ortaya çıkmış ve hastanede yatış süresi 7.1 ± 0.1 gün bulunmuştur. Apendektominin eklendiği 95 hastanın (grup 2) 11'inde komplikasyon ortaya çıkmış olup, hastanede yatış süresi 7.30 ± 1.5 gün olarak bulunmuştur. Elektif kolesistektomi sırasında ek cerrahi girişim olarak herni onarımı, gastrik cerrahi, hepatik hidatik kist, kolon rezeksiyonu, nefrektomi ve jinekolojik operasyon yapılan grupta (grup 3) ise 45 hasta olup, 1 hasta ölmüş, 13 hastada postoperatif komplikasyon görülmüş ve hastanede kalış süreleri 9.6 ± 4.9 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Preoperatif durumu değerlendirildiğinde hasta ek operasyon süresini tolere edebilecek tıbbi konduksiyona sahipse apendektomi, herni onarımı, kornik peptik ulkus, hidatik kist ve ovarian kistlere yapılacak girişimler uygun bir yaklaşımdır. İntraoperatif insidental olarak tespit edilen ve küratif tedavi için geniş operasyon gerektiren olguların postoperatif riskin yüksek olması nedeni ile ayrı bir seansta yapılması düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: **Kolesistektomi, ek cerrahi, mortalite, morbidite**

TEKNOLOJİK imkanların ilerlemesi ve radyolojik tanı olanaklarının ülke çapında yaygınlaşması ile her yıl artan sayıda hasta kolelithiazis tanısı ile hastanelere başvurmaktadır. Bu hastaların rutin olarak yapılan incelemelerinde ek başka patolojilerde saptanmaktadır. Bu durumda izlenecek yol konusundaki görüşler farklıdır. Daha önce yapılan çalışmalarda elektif olarak apendektomi ve abdominal aortaya yapılan giri-

SUMMARY: The purpose of this study is to evaluate the mortality and morbidity rates of additional abdominal operations during elective cholecystectomy. 140 additional abdominal operations were performed in 520 elective cholecystectomies between the period of 1989 and 1995 at our clinic. There was no death. 26 patients had complications and the hospital stay was 7.1 ± 0.1 days in the cholecystectomy only group (group 1). 95 appendectomies were added to cholecystectomy, 11 patients had complications and the hospital stay was 7.30 ± 1.5 days (group 2). Herniorrhaphy, gastric surgery, hepatic hydatid cyst surgery, colectomy, nephrectomy and gynecological operations were added in 45 patients and 1 patient died (group 3). 13 patients had various complications and the hospital stay was 9.6 ± 4.9 days ($p < 0.05$). We conclude that, if the patient has been found preoperatively to be in optimal medical condition to tolerate a longer operation period appendectomy, herniorrhaphy, chronic peptic ulcer, hydatid cyst and ovarian cyst operations can be added to the elective cholecystectomy. The patients whose additional disease are incidentally detected intraoperatively which need another major curative operation should be operated at another time after elective cholecystectomy because of higher postoperative risk.

Key words: **Cholecystectomy, additional operations, mortality, morbidity**

şimlerle elektif kolesistektominin beraber yapılmasının enfeksiyon riskinde minimal artış gözönüne alınarak uygulanabileceği göstermiştir (1-8).

Temiz-kontamine ameliyat grubunda olan ve elektif şartlarda yapılan kronik taşlı kolesistit operasyonuna eklenecek üst gastrointestinal, hepatobilier, jinekolojik ve diğer operasyonların morbidite ve mortalite üzerindeki etkileri tartışmalıdır. Bu nedenle çalışmamızın amacı elektif şartlarda kronik taşlı kolesistit nedeni ile opere

Tablo 1. Kolesistektomi ve kolesistektomiyle birlikte ek abdominal girişim yapılan olguların dağılımı

	Sayı	Kadın/ Erkek	Yaş-yl- (sınır)	Yatış süresi (gün)
Grup 1	380	299/81	49.3 (21-80)	7.1 ± 0.1*
Grup 2	95	85/10	50.1 (22-82)	7.3 ± 1.5*
Grup 3	45	39/6	54.6 (25-82)	9.6 ± 4.9*

Grup 1: Sadece kolesistektomi yapılan olgular

Grup 2: Kolesistektomiye apendektominin eklendiği olgular

Grup 3: Kolesistektomiye 14 herni onarımı 13 gastrik, 11 hidatik kist, 3 jinekolojik, 2 nefrektomi, ve 2 kolon (tüm serideki tek insidental grup) operasyonların eklendiği grup Değerler ortalama ± SEM olarak verilmiştir, *P<0.01 (grup 3 ile karşılaştırınca)

olacak hastalardaki ek abdominal operasyonların risklerini ortaya koyarak getirdiği ek morbidite yükünü belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ankara Numune Hastanesi 1. Cerrahi kliniğinde 1989-1995 tarihleri arasında 423'ü kadın, 97'si erkek toplam 520 hasta kolelithiazis nedeniyle elektif olarak opere edilmiştir. Laparoskopik cerrahi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kolesistektomiler sağ subkostal insizyonla, uzman veya kıdemli asistanlar tarafından yapılmıştır. Hastalar yapılan cerrahi girişime göre üç grupta incelenmiştir; (Tablo 1).

Hastalara ait tüm parametreler, postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süresi ve mortalite değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmada sunulan tüm değerler ortalama±SEM olarak verilmiştir. Gruplar arasındaki karşılaştırma varyans analizi kullanılarak yapılırken yerine göre Mann Whitney U test ve sayısal değerler için Fischer test kullanılmıştır. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Yalnızca kolesistektominin yapıldığı grup 1'deki 380 hastada mortalite görülmezken 14 yara yeri enfeksiyonu, 7 solunum yolu enfeksiyonu, 3 üriner sistem enfeksiyonu ve 2 tromboflebit görülmüştür. Yatış süresi 7.1±0.1 gün olarak bulunmuştur.

Ek girişim olarak apendektomi eklenen grup 2'deki hastaların histopatolojik incelenmesinde 3 hastada akut apandisit, 1 hastada apandikte obliterasyon, 1 hastada apandiks içerisinde tenya yumurtaları ve 90 hastada normal olarak rapor

edilmiştir.

Postoperatif dönemde grup 2'deki hastaların 2'sinde tromboflebit, 1'inde üriner sistem enfeksiyonu, 6'sında yara yeri enfeksiyonu ve 2'sinde üst solunum yolu enfeksiyonu saptanmıştır. Sadece kolesistektomi yapılan grup 1 ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 2).

Grup 3 içerisinde bulunan ve inguinal herni nedeniyle ek cerrahi girişim olarak herniorafi yapılan 14 hastada ayrı bir insizyon ile herniorafi yapılmıştır. Bu hastaların 1'inde üst solunum yolu enfeksiyonu, 1 hastada tromboflebit, 2 hastada yara yeri enfeksiyonu saptanmıştır. Hastanede yatış süresi 8.1±4.3 gün olarak tespit edilmiştir. Yatış süresi ve komplikasyonlar grup 1 ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 2, Tablo 3).

Grup 3 içerisinde hepatik hidatik kist nedeniyle ek abdominal girişim yapılan 11 hastadan 7'sine omentoplasti, 2 hastaya total eksizyon, 1 hastaya

Tablo 2. Sadece Kolesistektomi ve kolesistektomiye ek abdominal cerrahi girişim yapılan olgularda komplikasyonların incelenmesi

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Üriner sistem enfeksiyonu	3	1	2*
Solunum yolu enfeksiyonu	7	2	3*
Tromboflebit	2	2	2*
Yara yeri enfeksiyonu	14	6	6*
Safra fistülü	-	-	1
GIS kanaması	-	-	1
Mortalite	-	-	1

Grup 1: Sadece kolesistektomi yapılan olgular

Grup 2: Kolesistektomiye apendektomi eklenen olgular

Grup 3: Kolesistektomiye apendektomi haricinde eklenen abdominal cerrahi girişimler.

*p<0.05

GIS: Gastrointestinal sistem

Tablo 3. Kolesistektomiye apendektomi haricinde eklenen abdominal cerrahi girişimlerin sonuçları

Operasyon	Sayı	Yatış süresi (gün)	Komplikasyon	Mortalite
Kolesistektomi	380	7.1 ± 0.1	26	-
Gastrik	13	9.6 ± 4.2	4	-
Hidatik kist	11	10.2 ± 6.0	3	-
Herni onarımı	14	8.1 ± 4.3	4	-
Nefrektomi	2	13 ± 5.7	1	-
Kolon	2	-	-	1
Jinekolojik	3	13 ± 3.6	2	-

Değerler ortalama + SEM olarak verilmiştir.

omentoplasti, t tüp drenajı ve 1 hastaya kist drenajı, kapitonaj ve koledokoduodenostomi yapılmıştır. Bu 11 hastadan 1'inde yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada solunum yolu enfeksiyonu ve 1 hastada ise safra fistülü ile karşılaşmıştır. Hastanede yatış süresi 10.2±6.0 gün olan hastalar komplikasyon ve yatış süresi açısından grup 1 ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Peptik ülser tespit edilip, kolesistektomi sırasında gastrik operasyon eklendiği 13 hastadan 6'sına Billroth II tip rezeksiyon-gastroenterostomi, 4 hastaya trunkal vagatomi-pilorooplasti ve 3 hastaya trunkal vagatomi-gastroenterostomi yapılmıştır. Bu hastaların 1'inde üriner sistem enfeksiyon, 1'inde üst solunum yolu enfeksiyonu ve 1'inde tromboflebit meydana gelmiştir. Hastanede yatış süresi 9.6±4.2 gün olan hastalar grup 1 ile karşılaştırıldığında komplikasyon ve yatış süresi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Altı cm çapın üzerinde ovarian kiste sahip 3 hastaya kolesistektomi sırasında wedge oofektomi yapılmıştır. 1 hastada yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada üriner sistem enfeksiyonu ile karşılaşmıştır. Hastanede yatış süresi 13±3.6 gün olarak bulunmuştur. Ek patoloji olarak hidronefroz tespit edilen 2 hastaya kolesistektomiyle birlikte aynı insizyondan nefrektomi yapılmıştır. Hastanede yatış süresi 13±5.7 olan bu hastaların 1'inde gastrointestinal kanama meydana gelmiştir.

Kolesistektomi sırasında eksplorasyonda tespit edilen 2 sağ kolon tümörlü hastaya kolon temizliği yapılmaksızın sağ hemikolektomi yapılmış olup, bu hastalardan 1'i postoperatif 19. gün sepsis nedeniyle ölmüştür. Diğer hasta 7. gün taburcu olmuştur.

Grup 3'ü oluşturan hastaların her biri ayrı ayrı küçük grup oluşturduğu için kolesistektomiye eklenen abdominal cerrahi girişimler kendi içlerinde değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır, fakat grup 3'ü oluşturan olgular toplu olarak değerlendirildiğinde hastaların yatış süresi diğer gruplara göre anlamlı bir şekilde daha uzun bulunmuştur (grup 1, grup 2 ve grup 3 hastaların hastanede kalış süreleri sırasıyla 7.10±0.1, 7.03±1.5, ve 9.6±4.9 gün olarak bulunmuştur, $p<0.01$). Yine grup 3'teki hastalarda postoperatif komplikasyonlar (üriner sistem, yara yeri, üst solunum yolu enfeksiyonları, tromboflebit) anlamlı olarak fazla bulunmuştur. (Her bir parametre için $p<0.05$, Tablo 1).

Grup 3'te mortalite %2 ($n=1$), safra fistülü %2 ($n=1$) ve gastrointestinal kanama %2($n=1$) olarak bulunurken, grup 1 ve grup 2'de bu komplikasyonlara rastlanmamıştır.

Kolesistektomiyle birlikte en az iki ek abdominal girişim eklenen 10 hastanın yatış süresi 9.9±4.3 gün olup, 1 olguda üst solunum yolu enfeksiyonu, 1 olguda yara yeri enfeksiyonu ve 1 olguda idrar yolu enfeksiyonu ile karşılaşmıştır. Grup 1 ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Kolesistektomi, safra kesesi hastalıklarının tedavisinde çok eskiden beri tercih edilen ve gelişen teknolojik imkanlar ile başarıyla yapılan bir ameliyattır. Prospektif olarak yapılan geniş serilerde ameliyatın major komplikasyon oranı %3.2, minör komplikasyon oranı %9.8 ve yara yeri enfeksiyonu %2.3 ve mortalitesi %0.76 olarak ya-

yınlamıştır (9).

Elektif şartlarda ve eşlik eden başka bir intraabdominal sepsisin olmadığı vakaların temiz-kontamine operasyon grubunda olması bu vakalara önceden planlanmış ve gerekli hazırlıkları yapılmış ek cerrahi girişimleri uygulamak mümkündür. Literatürde preoperatif olarak hazırlanan ve kolesistektomiye ek olarak yapılan sırası ile apendektomi, vasküler cerrahi, kolon cerrahisi, jinekolojik ve herni ameliyatları major morbidite ve mortaliteye neden olmadan sadece kesi enfeksiyonu riskinde minimal bir artmaya neden olduğu akılda tutularak yapılabileceğini gösteren yayınlar mevcuttur (1-8). Buradan yola çıkarak çalışmamızda üç grup hasta üzerinde kolesistektomiye eklenen elektif ameliyatların etkileri incelenmiştir.

Elektif şartlarda yapılan apendektominin komplikasyon riskinin az olması ve apandisit gelişme olasılığı da gözönüne alınarak 50 yaş altındaki hastalarda profilaktik apendektominin güvenle yapılabileceğini gösterilmiştir (2,4,10). Yapılan bir çalışmada 50 yaş altında yapılan her 1000 apendektomiyle 52 olgu apandisitten korunduğu gösterilmiştir. Bu nedenle 50 yaş altında profilaktik apendektomi önerilmektedir (11). Elli yaş altındaki hastalarda elektif kolesistektomi ameliyatına eklenen apendektomilerde komplikasyon oranı %5.3 iken yalnızca kolesistektomi yapılan grupta bu oran %3.8 olarak bulunmuştur (11). Bizim serimizde de ortalama yaşı gözönüne alarak sadece kolesistektomi yapılan gruba göre postoperatif komplikasyon, hastanede yatış süresi açısından herhangi bir farka neden olmadan 95 hastada ek girişim olarak apendektomi başarı ile uygulanmıştır.

Inguinal hernilerin cerrahi tedavisinde çok çeşitli yaklaşımlar ve teknikler uygulamak mümkündür. Her ne kadar kolesistektomi ameliyatı yapılırken intraabdominal yolla yaklaşımda sütür konulabilir veya tıkaç yöntemi uygulanabilirsede bunların nüks oranlarının %3-20 arasında olması nedeni ile serimizde bu yol tercih edilmemiştir (12). Gelişen teknolojik imkanlar ile bazı kliniklerde rutin hale gelen laparoskopik cerrahi yöntemleri ile ayrı bir insizyona ihtiyaç duyulmadan hem safra kesesine hem de inguinal herniye cerrahi tedavi yapılabilirsede çalışmanın yapıldığı yıllarda teknik donanımın olmaması nedeni ile laparoskopik cerrahi yapılamamıştır. Çalışmamızda 14 hastaya ek girişim olarak ayrı bir insizyon-

la inguinal herni onarımı yapılmıştır ve sadece kolesistektomi ile karşılaştırıldığında ek bir morbidite yükü getirmemiştir. Kronik peptik ülser tedavisinde cerrahinin yeri halen tartışma konusudur. Uzun süreli medikal tedaviyi destekleyenlerin karşıtı olarak cerrahi tedavi ile fiyat-fayda ve takipte daha yararlı olduğunu savunanlar mevcuttur. Ülkemiz ve hastaların sosyokültürel durumları, ekonomik faktörler gözönüne alındığında cerrahi tedavi endikasyonunun geniş tutulması gerekliliğini savunduğumuz için 13 hastaya ek cerrahi girişim olarak peptik ülserle yönelik ameliyat yapılmıştır. Bu hastaların hepsinde kronik peptik ülser mevcuttu ve düzensiz tedavi alan hastalardan oluşmaktaydı. Elektif kolesistektomi grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir morbidite artışı görülmemiştir.

Ülkemizde hepatobilier sistemde görülen diğer sık bir hastalık olan hidatik kist halen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kistin yerine, tipine, safra yolları ile olan ilişkisine ve enfeksiyon mevcudiyetine göre çok çeşitli ameliyatlar yapılmaktadır. Çalışmamızda 11 hastaya ek cerrahi girişim olarak hepatik hidatik kist operasyonu yapılmıştır. Postoperatif dönemde 3 hastada morbidite ortaya çıkmıştır.

Premenapozal dönemde overe ait patolojilerin cerrahi tedavisi planlanırken çok dikkatli olmak gerekir. Genelde 6 cm'den büyük over kistlerinde kistektomi, rezeksiyon veya aspirasyon sıklıkla tercih edilen yaklaşımlardır. Son yıllarda peroperatif olarak frozen ile karar verilemeyen hastalarda biyopsi alarak postoperatif değerlendirmeye bırakılması önerilmektedir (1). Bizim serimizde de fertil dönemdeki 3 hastaya overe wedge rezeksiyon ek cerrahi girişimi başarılı olarak uygulanmıştır.

Serimizde 2 hastaya hidronefroz nedeni ile nefrektomi ek cerrahi girişim olarak uygulanmış ve bir hastada postoperatif stres ülser kanaması gelişmiştir. Üriner sistemin bakteriyel florası, idrarın asiditesi ve kimyasal peritonite neden olması gibi özellikler değerlendirildiğinde böyle major bir cerrahinin elektif kolesistektomiye eklenmesinin yerine ayrı bir seansta yapılmasının uygun olacağı kanısındayız.

Kolona yapılacak cerrahi girişimlerde komplikasyon oranını minime indirebilmek için mekanik temizlik ve antibiotik tedavisine gereksinim vardır. Bu nedenle insidental kolon operasyonlarında primer anastomoz yerine osto-

miller tercih edilmektedir (1). Elektif kolon rezeksiyonu ve kolesistektomi yapılan hastalarda morbidite oranıyla ilgili farklı yayınlar vardır (7,13). Kolesistektomi yapılırken peroperatif kolon tümörü tespit edilen 2 olgumuza kolektomide eklenmiş ve 1 hasta postoperatif sepsis nedeniyle ölmüştür.

Elektif kolesistektomi yapılacak hastalar preoperatif belirli çok iyi değerlendirilmeli, tespit edilecek ek patolojiye yönelik girişim için gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Her ne kadar major intraabdominal cerrahiyi gerektiren ek ameliyat sayısı az ise de peroperatif olarak fark edilen ve küratif cerrahi için radikal ameliyat gerektiren

vakaların gerekli hazırlık ve incelemelerinin yapılmasından sonra en kısa zamanda başka bir seansa opere edilmesinde yarar vardır. Böylece hem peroperatif fark edilen patolojinin hastayı ne kadar etkilediği araştırılır hem preoperatif hazırlıklar yapılabilir ve hasta ile planlanan ameliyatin genişliği tartışılabilir.

Sonuç olarak preoperatif olarak abdominal ek bir patoloji tespit edildiğinde gerekli hazırlık ve inceleme yapılmalı, hastanın tıbbi kondüsyonu ek ameliyat süresini tolere edebilecekse kolesistektomi sırasında patolojiye yönelik gerekli cerrahi girişimde yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bonwman DL. The management of unexpected findings at surgery. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 2 203-212.
2. Andrew MH, Roty AR. Incidental appendectomy with cholecystectomy: Is the increased risk justified? *Am Surg* 1987; 53: 553-555.
3. Ikand IW. Prospective analysis of the effect of incidental appendectomy and infection rate after cholecystectomy. *S Med J* 1987; 80: 292-295.
4. Koç M, Kale T, Soran A ve ark. Elektif kolesistektomilerde insidental apendektominin yeri. *Karadeniz Tıp Dergisi* 1990; 3: 178-181.
5. Ameli FM, Welss Provan JL, et al. Safety of cholecystectomy with abdominal aortic surgery. *Can J Surg* 1987; 30: 170-174.
6. Ouriel K, Ricotta JJ, Adams JT, et al. Management of cholelithiasis in patients with abdominal aortic aneurysm. *Ann Surg* 1983; 198 717-720.
7. Bragg LE, Thomson JS. Concomitant cholecystectomy for asymptomatic cholelithiasis. *Arch Surg* 1989; 124: 460-462.
8. Sonpal IM, Schreiber H, Byramjee AM. The rationale for incidental cholecystectomy during major abdominal vascular surgery. *Am Surg* 1991; 57: 579-581.
9. Dunn D, Nair R, Fowler S, Mc Cloy R. Laparoscopic cholecystectomy in England and Wales: results of an audit by the Royal College of Surgeons of England. *Ann Roy Coll Surg Eng* 1994; 76: 269-275.
10. Voitek AJ, Dowry JB. Is incidental appendectomy a safe practice? *Can J Surg* 1988; 31 448-451.
11. Wolf BG. Current status of incidental surgery. *Dis Col Rec* 1995; 38: 435-441.
12. Nyhus LM. The preperitoneal approach and iliopubic tract repair of inguinal hernai. In Nyhus L.M., and Condon R.D: *Hernia* 2nd ed. Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1978; p. 227.
13. Shennib H, Fried GM, Hampson LG. Does simultaneous cholecystectomy increase the risk of colonic surgery. *Am J Surg* 1986; 151: 266-268.