

Diagnostik Laparoskopji Cerrahide Yeniden Polülerize mi Oluyor?

Klinik Deneyim ve Literatür Araştırması

IS DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY GETTING POPULAR AGAIN IN SURGERY?

Clinical Experience and Review of Literature

Dr. Haldun GÜNDOĞDU, Dr. Orhan H. ELBİR,
Dr. Elmir BAYRAMOĞLU, Dr. Fuat ATALAY, Dr. Musa AKOĞLU

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Amaç: 3 senelik klinik deneyimin değerlendirilerek literatür araştırmasıyla tamamlanması ve diagnostik laparoskopinin cerrahide bugünkü yerinin ve öneminin belirlenmesi.

Durum Değerlendirmesi: Noninvaziv modern tetkiklerin geliştirilmesiyle kullanım alanını kaybetti gibi gözükken diagnostik laparoskopji ile ilgili çalışmalar yeniden yoğunlaştı.

Yöntem: Haziran 1993'den bu yana diagnostik laparoskopji yapılan gastrointestinal maligniteli 11, konvansiyonel incelemelerle tanı konamayan 11 ve "second look" amaçlı 3 olmak üzere toplam 25 olgu değerlendirildi. Geniş bir literatür taraması yapılarak çeşitli yazarların konuya ilişkin görüşleri derlendi.

Çıkarımlar: 25 olgunun 21'inde (% 84) sonuca ulaşıldı. 2 hastada kesin tanı konamadı ve 2 hastada da laparotomiye gerek oldu. Gastrointestinal malignitesi olan hastalardan % 45.4'ünde diagnostik laparoskopji ile gereksiz laparotomi önendi.

Sonuçlar: Diagnostik laparoskopji direkt görüş altında biopsiye ve kontakt ultrasonografiye olanak sağlaması, 1 cm.den küçük lezyonları yakalayabilmesi gibi nedenlerle cerrahi pratikte daha yaygın kullanılmaya başlamıştır. Gastrointestinal malignitelere gereksiz laparatomileri engelleyen, evrelendirmeyi kolaylaştıran, tanıda güçlük çekilen hastalıklarda yol gösteren minimal invaziv bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Diagnostik laparoskopji

SUMMARY

The laparoscopic procedure that is very well known from the beginning of the century is recently used for diagnosis again as well as therapeutic procedures. Since June 1993 we have performed 25 diagnostic laparoscopy (14 male and 11 female, mean age 41) without any complication and mortality. The indication for diagnostic laparoscopy was gastrointestinal malignancy in 11 patients, difficulty in diagnosis with conventional procedures in 11 patients and second look in 3 patients. The laparoscopic procedure resulted with the correct diagnosis in 21 patients whereas it is continued with laparotomy in 2 patients and it was insufficient for diagnosis in 2 patients. Recently it is known that laparoscopy is widely used in surgical practice because it allows to take biopsies with direct vision even from lesions smaller than 1 cm and which gives the chance of contact ultrasonography. Diagnostic laparoscopy is a minimal invasive procedure which protects the patients with gastrointestinal malignancies from the unnecessary laparotomy, which makes the staging easy and which leads to result in difficult diagnosis.

Keywords: Diagnostic laparoscopy

Peritoneal kavitenin laparoskopik muayenesi ilk defa 1901'de Kelling tarafından yapılmıştır. 1911 yılında Jacobaeus ilk kez laparoskopini kullanmış ve laparoskopinin tümörlerin, siroz ve tüberküloz peritonitin tanısında kullanılabileceğini göstermiştir. 1938 yılında Veress tarafından intraperitoneal CO₂ insüflasyonunun daha güvenilir yapılmasını sağlayacak iğnenin geliştirilmesiyle laparoskopijinekoloji ve gastroenterolojide diagnostik amaçla geniş bir kullanım alanı buldu (1,2,3,4).

Bilgisayarlı tomografi (BT) ve ultrasonografi (US) gibi noninvaziv ve kontrollü biopsi olanağı sağlayan yöntemlerin uygulamaya girmesiyle 1980'li yılların başında özellikle genel cerrahide kullanım alanını bir ölçüde kaybetmiş gözükten diagnostik laparoskopik (DL), son 6-7 senedir modern malzemeye (tele kamera, monitör, trokar vb.) dayanan laparoskopik cerrahi tekniğinin gelişmesiyle yeniden gündeme girmiştir. Son yıllarda DL'nin düşük morbidite ve mortalite ile yapıldığına dair yayınlar vardır (3,4). Türkiye'den de Ökten ve arkadaşları 300 olguluk serilerinde komplikasyon oranını % 0.31 ve mortaliteyi ise %0.06 olarak bildirmişlerdir (5).

Biz de BT, US, endosonografi, endoskopi, ERCP, girişimsel radyoloji ünitesi, gelişmiş bir laboratuvarı ve en önemlisi deneyimli bir cerrahi ekibi olan Hastanemizde DL'nin yerini ve değerini ortaya koymak ve bu nedenle bir literatür araştırması yaparak genel cerrahların DL'ye bugünkü bakış açısını belirlemek amacıyla bir çalışma planladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde ilk laparoskopik kolesistektomi Mart 1992'de uygulandıktan sonra ilk DL Haziran 1993'de gerçekleştirildi.

Ağustos 1996'ya kadar 25 hastaya DL uygulandı. Üst karın ameliyatı geçirmiş veya klinik olarak akut kolesistit tanısı konmuş, aslında açık kolesistektomi adayı olan ancak diagnostik (laparoskopik yapılabilir mi?) amaçlı laparoskopik ile başlanan hastalar bu seriye dahil edilmemiştir. 14'ü erkek 11'i kadın olan hastaların yaş ortalaması 41 (20-79) idi. Tüm DL işlemleri yatan hastalarda rutin tetkiklerden sonra ve gerektiğinde kardiyorespiratuar problemler, diyabet, koagülopati gibi ek hastalıklar yönünden hazırlanarak yapıldı. Hastaların tamamından

bilgilendirilmiş onay alındı ve işlem laparoskopik kolesistektomide deneyim kazanmış cerrahlar tarafından gerçekleştirildi.

Hastaların 11'inde tümör vardı ve DL öncesi tümör tanısı ve yeri diğer yöntemlerle kesinleştirilmişti. Bu hastalarda DL'nin amacı karaciğer metastazı ve peritoneal karsinöz yönünden araştırarak tümörün rezektabilitesine karar vermektir. 2 hastada karaciğerde tümör vardı, ancak histopatolojik tanı için biopsi almak ve rezeksiyona uygun olup olmayacağına karar vermek amacıyla DL yapıldı. 2 hastada karaciğerde metastatik olması muhtemel lezyon saptandı ama konvansiyonel yöntemlerle primeri bulunamadığı için ve 1 hastada da pankreasda saptanan bir kitlenin histopatolojik tanısı için DL'ye karar verildi. Pankreas, mide, renmant mide, ince barsak, çekum ve rektum tümörü tanısı konan 6 hastada karaciğer metastazını tanıya ederek rezektabiliteyi araştırmak amacıyla uygulandı. Yapılan tüm incelemelere rağmen kesin tanı koyulamayan 11 hastada en son tetkik yöntemi olarak DL'ye başvuruldu. Kalan 3 hastanın 1'inde laparoskopik kolesistektomiden sonraki 1.gün karın içi kanamadan şüphelenildiği için, 1'inde akut mezenter embolisi nedeniyle yapılan geniş ince barsak rezeksiyonunu takibeden 1.gün "second look" amacıyla ve 1.5 sene önce kolon tm. nedeniyle sol hemikolektomi geçiren son hastada da oluşan postoperatif fıtığı onarmadan önce nüks açısından araştırmak için DL yapıldı.

DL'den önce tanıya ulaşmak için yapılan tetkiklerin dökümü Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. DL'DEN ÖNCE TANIYA ULAŞMAK İÇİN YAPILAN TETKİKLER

Tetkik	Hasta Sayısı
Ultrasonografi	25
Bilgisayarlı tomografi	15
Endosonografi	6
Sonopsi	7
Ponksiyonla asit alınması	8
Perkütan karaciğer biopsisi	4
Lokal lenf biopsisi	3
Kemik iliği biopsisi	3
Radyolojik tetkik (rutin dışı)	3
Gastroduodenoskopi	10
Kolonoskopi	5
Rektoskopi	5
ERCP	2

BULGULAR

US ve BT ile karaciğer tm. saptanan 2 hastaya yapılan DL sırasında lezyondan alınan biopsilerle hepatoselüler karsinom tanısı kondu. Hastalardan 1'ine laparotomi ile segment 2-3 rezeksiyonu yapıldı, diğeri ise ameliyatı kabul etmedi. Preoperatif incelemelerde karaciğerde metastatik olması muhtemel lezyon saptanan ancak primeri bulunamayan ve ultrasonografi eşliğinde biopsiye rağmen histopatolojik tanı konamayan 2 hastada da DL ve biopsi ile tanıya gidildi. Lezyonlardan biri pankreas nöroendokrin tm. metastazı, diğeri de safra kesesi adenokanser metastazı olarak saptandıktan sonra medikal onkolojiye gönderildi. Karaciğerde metastatik lezyonu olan ancak primeri bulunamayan bir diğerk hastada DL ile çekum tümörü saptandı ve aynı seansdaki laparotomi ile rezeksiyon yapıldı.

US, BT ve klinik izlem ile pankreatit veya tümör ayırıcı tanısı yapılamayan 1 hastada DL ile pankreatit düşünülerek laparotomiye geçildi ve biopsi ile tanı kesinleştirildi. Biri remnant, diğeri primer 2 mide kanserli hastada preoperatif tetkiklerle küratif bir ameliyat olanağı görülmediğinden palyatif rezeksiyon şansını araştırmak için yapılan DL ile ilk hastada peritoneal karsinöz ve ikincide de yaygın karaciğer metastazları saptanarak laparatomiden vazgeçildi. Preoperatif tetkiklerle pankreas gövde tümörü olan hastaya yapılan DL ve biopsi tanıyı kesinleştirdi, karaciğerde multipl metastazları da olduğundan olgu inoperabl kabul edildi. US ve BT ile aort bifurkasyonunda solid kitle ve karaciğerde 2 adet metastatik lezyon saptanan hastada DL ile ince barsak mezosunda bir kitle görüldü ve alınan biopside nöroendokrin tm. tanısı konarak laparotomi ile rezeksiyon yapıldı.

Preoperatif incelemelerle tanı konamamış 11 hastadan 4'ünde DL ve alınan biopsilerle tüberküloz peritonit tanısı kondu. Yapışıklıklar nedeniyle iyi gözlem yapılamayan ve laparotomiye dönülen 1 hastada benign mezoteloma tanısına ulaşıldı. Abdominal lenfoma izlemine veren 1 hastada DL ile lenfadenopatiler dışında patoloji saptanamayınca laparotomi yapıldı ve ince barsaktan alınan tam kat biopsi enterit, lenf bezlerinden alınan biopsiler ise nonspesifik lenfadenit olarak rapor edildi. DL ile ince barsakta darlık gözlenen 1 hastaya laparotomi ve rezeksiyon yapıldı. 15 senedir ülseratif kolit nedeniyle medikal tedavi gören 1

hastada nedeni bulunamayan hepatomegali ve 20 günlük sarılık öyküsü ile yapılan DL ve biopside primer bilier siroz tanısı kondu. Tüm konvansiyonel tetkiklere rağmen nedeni bulunamayan asit, kilo kaybı ve karın ağrılı 1 hastada yapılan DL'de primeri belirlenemeyen peritoneal karsinöz vardı. 2 hastada ise alınan biopsilere ve asit örneklerine rağmen kesin tanı konamadı.

Laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalardan 1'inde postoperatif 1.gün karın içi kanamadan şüphelenildi ve tekrar laparoskopi uygulandı. Peritoneal lavajı takiben kanayan odak koterize edilerek hemostaz sağlandı. Böylece DL ile tanı kesinleştirilmiş ve tedavi de laparoskopik yöntemle yapılmış oldu.

Akut mezenter embolisi nedeniyle geniş ince barsak rezeksiyonu yapılan 1 hastada postoperatif 1. gün hastanın genel durumunun çok iyi olması nedeniyle klasik reintervasyon yerine DL ile başlandı. Ancak nekrozun ilerlediği ve yeni demarkasyon hattının oluşmaya başladığı görülünce laparotomiye geçildi ve tekrar rezeksiyon yapıldı.

1.5 sene önce sol kolon kanseri nedeniyle sol hemikolektomi yapılan hasta postoperatif fitik nedeniyle ameliyata hazırlanırken hafif bir CEA yüksekliği saptandı. Ancak tetkiklerle nüks veya metastaz yönünden hiçbir bulguya rastlanmadı. Bununla birlikte CEA yüksekliği yeterli kabul edilerek herni onarımı için anestezi verildiğinde DL ile karın eksplorasyonu yapıldı ve patolojik görünüm saptanmadığından sadece fitiği onarıldı.

Böylece 25 hastanın 21'inde DL ile sonuca ulaşılmış oldu. 2 hastada laparotomiye gerek oldu, 2 hastada ise kesin tanı konamadı. Hiçbir hastada komplikasyon ve DL'ye bağlı mortalite olmadı.

TARTIŞMA

Laparoskopi, gastrointestinal endoskopik girişimlerin en eskilerinden biri olmasına ve jinekolojide yaygın olarak kullanılmasına rağmen cerrahların tanı amaçlı uygulamaları laparoskopik kolesistektomideki gelişmelere paralel olarak 1990'dan sonra tekrar yoğunlaştı. Minimal invaziv olması, görüntülü olarak biopsi almaya olanak sağlanması gibi nedenlerle yeniden ilgi görmeye başladı. Son zamanlarda, DL'nin diğerk inceleme yöntemlerine üstünlüğü ile ilgili kontrollü çalışmalar artarken özellikle gastrointestinal malignitelerin operabilitesi ve evrelendirilmesi,

1 cm.den küçük metastatik lezyonların saptanması, kronik karaciğer hastalığı, siroz, intraabdominal infeksiyonlar, peritoneal hastalıklar ve nedeni bilinmeyen asitli hastalardaki deneyimlerle ilgili makaleler yayınlanmaktadır. Schrenk ve arkadaşları (6) DL yaptıkları 92 hastanın 80'inde (% 87) doğru tanıyı yakaladılar. Bu şekilde % 85 oranında gereksiz laparotomi engellendi ve 35 hasta (% 71) laparoskopik olarak tedavi edildi.

Kanserli hastalarda DL'nin endikasyonu araştırılırken öncelikle cerrahi tedavi, kemo-terapi veya radyoterapinin belirlenmesi gerekir. Planlanan laparotomi tanı veya evrelendirmede hastaya kazanç sağlayacaksa yapılmalıdır. DL gastrointestinal kanserler içinde kolorektal bölgeden sonra en çok görülen pankreas kanserinde sıklıkla kullanım alanı bulmuştur. Pankreas kanserinde 5 yıllık yaşam süresi %5 civarında olup, hastaların %80'i 1. yıl içinde kaybedilirken 2 cm.den küçük tümörlerde 5 yıllık yaşam süresi %30'a yükselmektedir. Cerrahi eksplorasyon yapılan hastaların ancak %5'ine küratif ameliyat mümkün olabilmekte, diğerlerinde ise histopatolojik tanı konulmakta veya gastrointestinal ve biliodigestif bypass ameliyatları yapılmaktadır. Ancak günümüzde, bilier tıkanmayı perkütan transhepatik veya endoskopik yolla stent koyarak gidermek mümkün olduğundan unrezektabl kanserlerde laparotomiye gerek kalmamaktadır (2,4,7,8). Pankreas kanserinde DL ile %90-95 kesin tanı konabilmekte ve ayrıca lenf ganglionları, peritoneal implantlar, karaciğer metastazları gözlenebilmekte ve direkt görüş altında biopsiler alınabilmektedir. Asit örneği veya periton lavaj sıvısı alınarak sitolojik inceleme yapılabilmektedir. Bu şekilde unrezektabl olduğu belirlenen hastalara stentle tedavi veya yine laparotomi ile bilioenterik ve gastrointestinal drenaj girişimleri uygulamak mümkün olabilmektedir (2,8,9,10,11). Pankreas kanserinde tümör çapı ve invazyonu iki önemli rezektabilite kriteridir. Bunlar dinamik BT ve anjiyografi ile ortaya konabilirse de bu hastalığın lokalize olduğunu garanti edemez. Warshaw (8) ve Castillo (12) preoperatif tetkiklerle ekstrapankreatik tutulum göstermeyen lezyonların %40'ında daha sonra küçük uzak metastazların çıktığını ve bu tümörlerin rezektabl olmakla birlikte çok kısa survi gösterdiğinden rezeksiyonlarının gereksiz olduğunu ifade ettiler. Ayrıca kendi deneyimlerinde BT ve anjiyografiye ek olarak DL

yapılmış ve negatif sonuç alınmış olgularda rezektabilitenin %78 olduğunu saptadılar. New York Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi'nden 1996 yılında yapılan bir yayında radyolojik olarak rezektabl görünen 115 peripankreatik kanserde ameliyat öncesi uygulanan DL'nin doğruluk oranı %94, (+) prediktif değeri %100 ve (-) prediktif değeri de %91 olarak bulunmuş ve yazarlar tarafından tüm pankreatik kanserli olgularda uygulaması için önerilmiştir (7).

DL sırasında teknik olarak laparoskopik US kullanılabilen ve pankreas, karaciğer parankimi, retroperitoneal bölge ve diğer dokular yüksek rezolüsyonlu problemler ile incelenebilmektedir. Cuesta ve arkadaşları inspeksiyon ve US'yi birleştiren bu tekniği, US, BT ve MRI ile karaciğer lezyonu, safra kesesi kanseri veya pankreas kanseri tanısı alan 25 hastanın preoperatif değerlendirmesinde kullanarak bu hastaların 20'sinde cerrahi yaklaşımı değiştiren ek bilgi elde ettiklerini açıkladılar (13). Tüm otörlerin ortak görüşü yakın gelecekte DL ile birlikte laparoskopik US'nin pankreas kanseri ve diğer lezyonların tanı ve evrelemesinde bilinen preoperatif radyolojik incelemelerin önüne geçeceği yönündedir (10,13,14,15).

Karaciğerde BT ve US ile tesbit edilemeyen 1 cm.den küçük lezyonlar laparotomi ile görülebilir ve özellikle metastatik karaciğer kanserlerinde lezyonların dağılımı saptanabilir. Ancak karaciğer lezyonlarında en önemli avantajı, görerek ve çok sayıda biopsi alınabilmesi ve oluşabilecek bir kanama durumunda koterize etme imkanının olmasıdır (2,4,16). Jeffers ve arkadaşları (16) DL ile tanı koydukları 27 primer hepatoselüler karsinom olgusu yayınladılar. Kesin tanı laparoskopik gözlem altında Chiba iğnesi ile aspirasyon biopsisi olarak kondu ve hastaların %78'i multipl lezyonlar, %85'i siroz ve %7'si peritoneal yayılım nedeniyle unrezektabl kabul edildi. Harvard Tıp Fakültesi'nden yapılan bir yayında da BT ve US ile rezektabl kabul edilip laparotomi planlanan 29 hastada yapılan DL ile %48'inin unrezektabl olduğu gösterildi (17). Karaciğer lezyonlarında da DL'nin laparoskopik US ile kombine edilmesi hem parankim içindeki lezyonların yakalanmasında hem de unrezektabl olgulara gereksiz laparotomilerin önlenmesinde çok yararlı olmaktadır (13,14,18). Bütün bu yararlarına peritoneal metastazları saptamadaki avantajı da eklendiğinde çoğu yazar laparotomi planlanan her karaciğer kanseri olgusunda DL

yapılması gereği görüşünde birleşmektedir (4,13,17,18,19).

Mide kanserinde de evrelemede ve rezektabiliteyi belirlemede oldukça yararlıdır. Kriplani (20) BT ve US ile rezektabl olarak değerlendirilen 40 mide kanserli hastada lokal anesteziyle laparoskopji yaptı ve %40'ını unrezektabl buldu. Unrezektabilite nedeni %12.5 hastada uzak metastaz ve geri kalanında da lokal ilerlemiş tümör idi. DL ile rezektabl kararı verilen hastaların %87'si laparotomiyle çıkarılabildi ve doğruluk oranı %91.6 olarak saptandı. Chissav (2) 625 hastalık bir seride %22 oranında diğer yöntemlerle belirlenemeyen peritoneal yayılım saptandığını, Watt ve arkadaşları (21) da özofagus ve mide kanserinde lenf nodlarını değerlendirmede laparoskopinin US ve BT'ye göre iki kat daha duyarlı olduğunu bildirdiler. Lowy ve arkadaşları (22) fizik muayene ve BT ile rezektabl kabul edilen 71 hastada DL yaptılar ve % 97 oranında başarılı sonuç bildirdiler. 16 hastada (% 23) BT ile saptanamayan uzak metastaz bulundu. DL, BT ile kombine edildiğinde küratif ameliyat yapılabilecek hastaları doğru belirleme oranı % 93'e yükseldi. DL bizim serimizdeki 11 gastrointestinal maligniteli hastanın 5'inde (%45.4) gereksiz laparotomi önledi.

DL gastrointestinal malignitelerin dışında kronik karaciğer hastalığında ve nedeni bulunamayan asitin araştırılmasında değerli bilgiler vermektedir (1,2,3,23). Bizim de diğer yöntemlerle kesin tanı konulamayan ve DL yapılan 11 hastamız vardı ve bunlardan 8'inde nedeni bilinmeyen asit saptanmıştı. Alınan asit örneklerinin incelenmesi ve biopsilerle 7 hastada tanıya ulaşıldı.

Her ne kadar bizim second look amacıyla yaptığımız 3 olguda da sonuca ulaştıysak da bu konudaki endikasyon daha tam oturmuş değildir. Literatürde seçilmiş hastalarda önerilmekle birlikte özellikle tümör için yapıldığında negatif sonuçlara çok güvenilmemesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Örneğin Marti-Vicente ve arkadaşları negatif DL'dan sonra %31 hastada tümör saptadıklarını bildirdiler (4). Acil servise başvuran ve konvansiyonel yöntemlerle tanı konulamayan hastalarda, özellikle gereksiz cerrahi girişimleri önlediği ileri sürülerek ısrarla önerilmektedir. Bayan hastalarda pelvik inflamatuvar hastalıkla apandisitini ayırıcı tanısında, künt travmalarda karın içi kanamanın belirlenmesinde yararları savu-

nulmaktadır (1,3,6,24). Bizim cerrahi akut karın tanısını koymamıza rağmen deneyim amacıyla uyguladığımız ve bu nedenle bu çalışmaya dahil etmediğimiz 2 akut apandisit olgumuz vardır. 2 hastada da apendektomi laparoskopik olarak tamamlandı.

DL için kliniğimizin bugünkü görüşü, abdominal semptomları ön planda olan ve konvansiyonel yöntemlerle tanı konulamayan tüm hastalarda yapılması, nadir olarak cilt altı metastazları bildirilmesine (25) rağmen rezektabilitesi kesinleştirilememiş veya karaciğer metastazı şüphesi olan gastrointestinal malignitelerde daha liberal kullanılması ve kesin tanı konulamayan akut karın olgularıyla, relaparotomi kararı verilen "second look" operasyonlarından önce çekinmeden uygulaması yönündedir. Literatürün eğilimine de bakarak DL'nin genel cerrahide tekrar popülerize olduğunu, sınırlı kontrendikasyonları, düşük morbiditesiyle ve teknolojiye gelişmelerle birlikte daha yaygın kullanılacağını söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Nord HJ, Boyd WP: Diagnostic laparoscopy. *Endoscopy* 1992;24:133-7.
2. İğci A, Özmen V, Müslümanoğlu M: Gastrointestinal kanserlerin tanı ve evrelendirilmesinde laparoskopji. *Klin Deney Cerrah Derg* 1995;2:21-5.
3. Sackier JM, Berci G, Paz-Partlow M: Elective diagnostic laparoscopy. *Am J Surg* 1991;161:326-31.
4. Greene FL: Laparoscopy in malignant disease. *Surg Clin North Am.* 1992;72:1125-37.
5. Ökten A, Yalçın S, Boztaş G ve ark: Gastroenterolojide laparoskopinin değeri (300 olgu nedeniyle). *T. Klin Gastrenterohepatoloji* 1991;2:100-4.
6. Schrenk P, Woisetschlager W, Wayand WU, Rieger R, Sulzbacher H: Diagnostic laparoscopy: A survey of 92 patients. *Am J Surg* 1994; 168: 348-51.
7. Conlon KC, Dougherty E, Klimstra DS, Coit DG, Turnbull ADM, Brennan MF: The value of minimal access surgery in the staging of patients with potentially resectable peripancreatic malignancy. *Ann Surg* 1996;223:134-140.
8. Warsaw AL, Gu Z, Wittenberg J, Waltman AC: Preoperative staging and assessment of resectability of pancreatic cancer. *Arch Surg* 1990;125:230-3.
9. Cuschieri A: Laparoscopy for pancreatic cancer: Does it benefit the patient? *Eur J Surg Oncol* 1988; 14:41-4.
10. Cuschieri A: Laparoscopic surgery of the pancreas. *J R Coll Surg Edinb* 1994;39:178-84.
11. Cuesta MA, Meijer S, Borgstein PJ: Laparoscopy and assessment of digestive tract cancer. *Br J Surg* 1992; 79:486-7.

12. Castillo CF, Warshaw L: Peritoneal metastases in pancreatic carcinoma. *Hepato-Gastroenterol* 1993; 40: 430-2.
13. Cuesta MA, Meijer S, Borgstein PJ, Mulder LS, Sikkenk AC: Laparoscopic ultrasonography for hepatobiliary and pancreatic malignancy. *Br J Surg* 1993;80:1571-4.
14. John TG, Garden OJ: Laparoscopic ultrasonography: extending the scope of diagnostic laparoscopy. *Br J Surg* 1994;81:5-6.
15. John TG, Greig JD, Carter DC, Garden OJ: Carcinoma of the pancreatic head and periampullary region: Tumor staging with laparoscopy and laparoscopic ultrasonography. *Ann Surg* 1995;221:156-64.
16. Jeffers L, Spiegelman G, Ready KR et al: Laparoscopically directed fine needle aspiration for the diagnosis of hepatocellular carcinoma. A safe and accurate technique. *Gastrointest Endosc* 1988;34:235-7.
17. Babineau TJ, Lewis WD, Jenkins RL, Bleday R, Steele GD, Forse RA: Role of staging laparoscopy in the treatment of hepatic malignancy. *Am J Surg* 1994;167:151-5.
18. Miles WFA, Paterson-Brown S, Garden OJ: Laparoscopic contact hepatic ultrasonography. *Br J Surg*, 1992;79:419-20.
19. Brady PG, Peebles M, Goldschmid S: Role of laparoscopy in the evaluation of patient with suspected hepatic or peritoneal malignancy. *Gastrointest Endosc* 1991; 37:27-30.
20. Kriplani AK, Kapur BML: Laparoscopy for pre-operative staging and assesment of operability in gastric carcinoma. *Gastrointest Endosc* 1991; 37:441-3.
21. Watt I, Stewart I, Anderson D, Bell G, Anderson JR: Laparoscopy, ultrasound and computed tomography in cancer of the oesophagus and gastric cardia: Prospective comparison for detecting intra-abdominal metastases. *Br J Surg* 1989;76:1036-9.
22. Lowy AM, Mansfield PF, Leach SD, Ajani J: Laparoscopic staging for gastric cancer. *Surgery* 1996; 119: 611-4.
23. Tameda Y, Yoshizawa N, Takase K, Nakano T, Kosaka Y: Prognostic value of peritoneoscopic findings in cirrhosis of the liver. *Gastrointest Endosc* 1990;36:34-8.
24. Berci G, Sackier JM, Paz-Partlow M: Emergency laparoscopy. *Am J Surg* 1991;161:332-5.
25. Cava A, Roman J, Quintela AG et al: Subcutaneous metastasis following laparoscopy in gastric adenocarcinoma. *Eur J Surg Oncol* 1990;16:63-7.

YAZIŞMA ADRESİ:
Dr. Haldun GÜNDOĞDU
İçel sok. 21/9 Kızılay,
06420 ANKARA

Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Gözden Kaçan Maligniteler

MISSED MALIGNANCIES DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Dr. Kaya YORGANCI, Dr. Erhan HAMALOĞLU, Dr. Zafer ÖNER

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Amaç : Kolelitiasis ile eş zamanlı var olan malign bir tümörün fark edilmeyerek, bu hastalara laparoskopik kolesistektomi (LK) yapılması, hasta ve hekim için istenmeyen bir durumdur. Çalışmanın amacı bu malignitelerin niçin gözden kaçtığını tespit etmek ve nasıl önlenebileceğini ortaya koymaktır.

Durum Değerlendirmesi : Laparoskopik kolesistektomi 1987’de ilk tanımlanması ile kısa sürede yaygın kullanım alanı bulmuştur. Ancak bu ameliyatın sık ve kolay yapılır olması, ameliyat öncesi ve sonrası değerlendirme eksikliklerine neden olmakta ve var olan karın içi tümörler gözden kaçabilmektedir.

Yöntem : İki-dokuz ay önce LK yapılmış ve yakınmalarının geçmemesi veya yeni yakınmalarının ortaya çıkması üzerinde kliniğimize başvuran 7 hasta “olgu-kontrol yöntemi” ile değerlendirilmiştir.

Çıkarımlar : Hastaların 4’ünde kolorektal karsinom, 3’ünde pankreas karsinomu tespit edilmiştir. Tüm hastaların semiyolojik incelemelerinde kolelitiasis’e dayandırılan şikayetlerinde atipi hakimdir ve gerekli ileri tetkikleri yapılmadan ameliyata alınmıştır.

Sonuçlar : Kolelitiasis nedeniyle ameliyat edilecek hastalar ameliyat öncesi iyi değerlendirilmeli, yapılacak muayene ve tetkiklerle yakınmalarının kolelitiasise bağlı olduğu konusunda, özellikle yaşlı hastalarda şüpheli davranılmalıdır. Ultrasonografi ile kolelitiasisin tanınması, atipik yakınmaların açıklanması için her zaman yeterli değildir.

Anahtar Kelimeler : Laparoskopik kolesistektomi, malign tümörler, pankreas karsinomu, kolon karsinomu,

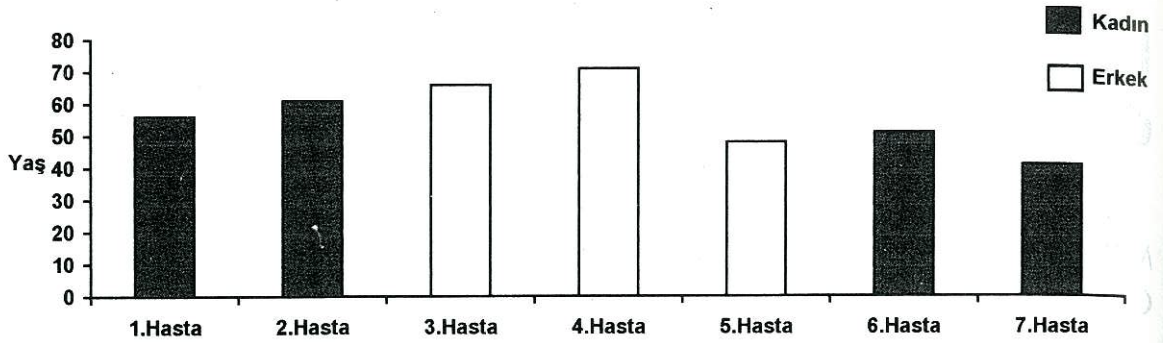
SUMMARY

Laparoscopic cholecystectomy (LC) is now the treatment of choice for symptomatic gallstone disease. Beside it’s great benefits, perhaps the most disappointing complication of this operation is missed malignancies. In this study, 7 patients who had missed malignancies that diagnosed shortly after LC, were studied. Demographic, semiologic, clinical and laboratory findings were analysed. Four patients had colon carcinoma and 3 patients had pancreas carcinoma. All patients complained of recent atypical pain at the time of LC and except 1 patient there were no symptomatic regression. This study emphasizes the necessity of making a careful semiological, physical and laboratory analysis of the pain and associated symptoms before performing a LC, especially in the elderly patients.

Keywords : Laparoscopic cholecystectomy, missed tumours, colon carcinoma, pancreas carcinoma.

Günümüzde laparoskopik kolesistektomi (LK) safra kesesi taşlarının standart tedavisi haline gelmiştir (1,2,3). İlk dönemlerde açık kolesistektomi ile arasındaki komplikasyon oranları tartışılırken, laparoskopideki deneyim-

ler arttıkça iatrojenik safra yolu ve damar yaralanması, barsak zedelenmesi, oranları LK lehine azalmıştır (1,2,3,4). Ancak fazla rastlanmayan, görüldüğünde de oldukça moral bozucu bir komplikasyon; LK sırasında var olan malign tü-



Şekil 1. Hastaların demografik dağılımı

mörlerin gözden kaçmasıdır. Şimdiye kadar İngiltere' den 2, Fransa'dan 7 olgu bildirilmiştir (5,6). Bu yazıda kolelitiasis nedeniyle dış merkezlerde ameliyat edilen ve daha sonra yakın zamanda karın içi malign tümör tespit edilen 7 hasta bildirilecektir.

HASTALAR VE BULGULARI

Hastaların yaş ortalaması 57 (44 - 71) olup 4'ü kadın, 3'ü erkektir (Şekil 1).

Tüm hastalar semptomatik kolelitiasis ön tanısıyla ameliyat edilmiş ve ameliyata bağlı erken komplikasyon gelişmeyerek ortalama 36 saat içerisinde kliniklerinden taburcu edilmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1 . HASTALARIN LK ÖNCESİ VE SONRASI ŞİKAYETLERİ

Hasta	Laparoskopik Kolesistektomi Öncesi	Sonrası
1	Karın ağrısı, kabızlık, halsizlik	Aynı
2	Karın ağrısı, bulantı, çabuk doyma	Aynı + kilo kaybı
3	Karın ağrısı, sırt ağrısı, hazımsızlık, şişkinlik	Aynı + sarılık
4	Karın ağrısı, halsizlik	Aynı
5	Karın ağrısı, sağ omuz ağrısı	dışkıda kan
6	Karın ağrısı, hazımsızlık, kilo kaybı, bulantı	Aynı
7	Karın ağrısı, şişkinlik, geğirme	Aynı

Hastaların ortak şikayetleri karın ağrısı olmasına karşın, ağrının şekli, süresi ve yandaş yakınmalarla ilişkisi bilier ağrı için tipik değildi. Halsizlik, kilo kaybı, kusma gibi atipik yakınmalar ağrıya eşlik ediyordu (Tablo 1). Laparoskopik kolesistektomi sonrası 7 hastanın ancak birinde şikayetlerinde iyileşme olmuştu.

Hastaların tümünde şikayetlerinin nedenini araştırmak için sadece ultrasonografi yapılmış ve kolelitiasis tanınarak ek bir tetkike gerek duyulmayarak LK kararı alınmıştı.

Dördüncü hastanın ameliyat öncesi anemisi olmasına karşın ileri tetkiki yapılmayarak ameliyata alınmıştı. Daha sonraki tetkiklerinde anemi sebebinin kolon tümörü olduğu ortaya çıktı.

Beşinci hastanın ameliyat öncesi rutin muayenesinde rektal tuşe yapılmamış ve tanınabilecek olan rektum karsinomu atlanmıştı.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası yakınmaları geçen beşinci hasta dışında, yakınmaları geçmeyen 6 hastanın hepsi de hekimlerle olan ilişkilerini kesmemişlerdir. Ancak ameliyat sonrası erken dönemde bunlar önemsenmemiş, şikayetlerinin artması veya ek semptomlarının ortaya çıkması nedeniyle ileri tetkikler yapılmıştır. Pankreas karsinomu olan üçüncü hastada sarılık, beşinci hastada hematokezia, taniya yöneltici ek semptomlar olmuştur.

Tüm hastalarda tanısız gecikme ortalama 5.7 aydır (2- 9 ay) (Tablo 2). Bu süre içerisinde üç hastada pankreas karsinomu, 4 hastada da kolorektal karsinom tespit edilmiştir.

Pankreas karsinomu olan 3 hastadan 2'si tanı sırasında inoperabl kabul edilerek doğrudan onkoloji bölümüne sevk edilmiş, üçüncü hastaya da palyatif amaçlı hepatikojejunostomi yapılmıştır. Kolorektal karsinomu olan hastaların dördü de ameliyat edilerek rezeksiyon uygulanmıştır.

Tablo 2 . HASTALARDAKİ TANISAL GECİKME VE MALİGN TÜMÖRLERE AİT BİLGİLER

Hasta	Tanısıl Gecikme (ay)	Tümör cinsi	Cerrahi Tedavi	Tümör Evreleri
1	5	Sağ kolon	Sağ hemikolektomi	Dukes B
2	6	Pankreas gövde	-	T3, N1, M1
3	5	Pankreas başı	Hepatikojejunostomi	T3, N1
4	9	Sağ kolon	Sağ hemikolektomi	Dukes C
5	3	Rektum	Low anterior rezeksiyon	Dukes B
6	2	Pankreas gövde	-	T3, N1, M1
7	9	Sigmoid kolon	Sigmoid rezeksiyon + TAH + BSO	Dukes C

TARTIŞMA

Kolelitiazis diğer bazı hastalıklar gibi tipik semptomatolojiye sahip değildir (7). Mide, duodenum, ince ve kalın barsaklara ait patolojiler de benzer yakınmalara neden olabilmektedir. Bu nedenle semiyolojik incelemede yakınmalar üzerinde dikkatli olunmalıdır.

Non-invaziv olması nedeniyle ultrasonografi ilk etapta istenen tetkik olmakta ve kolelitiazisin saptanması ile semptomlar buna bağlanmaktadır. Safra kesesi taşlarının % 75-80 oranında asemptomatik olduğunu düşünürsek, şikayetlerin her zaman kolelitiazise bağlı olduğunu düşünmek doğru olmayabilir (3,7). Serimizdeki hastaların ancak birinde kolesistektomi sonrası semptomlarda gerileme olmuştur.

Laparoskopik kolesistektomi sonrası rektum karsinomu tespit edilen hastada esas üzerinde durulması gereken konu ise ameliyat öncesi fizik muayenenin tam ve eksiksiz olması gerekliliğidir. Rektal tuşede 8. cm.de olan kitle muayenede gözden kaçmıştır. LK nin sık ve kolay yapılan bir ameliyat olması, onu klasik bir ameliyat olarak görmemizi engellememeli, alışılmış ameliyat hazırlıkları dışına çıkılmamalıdır.

Rektum karsinomu olan hastanın dışındaki diğer 6 hastada ameliyat sonrası erken dönemde şikayetlerin geçmemesi önemsenmezken, bir süre sonra semptomların artması dikkati çekmiş ve ileri tetkiklere yönelinmiştir. Hasta taburcu edildikten sonra esas hekimi tarafından kontrole çağırılmalı ve ameliyat öncesi/sonrası şikayetleri üzerinde durulmalıdır. LK sonrası hastaların erken taburcu edilmesi gözden kaçan patolojileri kolaylaştırıcı bir faktör olabilir.

Serimizdeki 7 hastanın da yaşlarını göz önüne alarak, özellikle yaşlılarda şikayetlerini dinlerken dikkatli olunmalı, ağrının bilier kaynaklı olduğu konusunda şüpheli davranılmalıdır (8).

Laparoskopik kolesistektomi teknik olarak açık kolesistektomiden farklıdır. LK' de karın içi eksplorasyon şansı açık kolesistektomiye oranla oldukça azdır (2). Genel anestezi altında hastanın kas tonusunun azlığından yararlanarak muayene tekrarlanabilir. Kolesistektomiye başlamadan ise laparoskopik olarak tüm karın incelenmeli ve atravmatik tutucularla kalın ve ince barsaklar, transvers kolon mezosu gözden geçirilmelidir. Eksplorasyonun değişik açılı laparoskoplarla yapılması bulguları zenginleştirebilir (2). Retroperitoneal organların görülememesinin önemli bir kısıtlayıcı faktör olduğu kabul edilmelidir.

Malignite şüphesi olan hastaları ameliyat öncesi gerekli tetkiklerle ayrıntılı incelemek gerekir. Ağrının atipik olması, ileri yaş, halsizlik, defekasyon alışkanlıklarının değişiklik, kilo kaybı gibi yakınmalar uyarıcı olmalıdır. Serimizdeki hastalarda rastlantısal olarak tespit edilen 2 malignite hariç diğerleri ileri evre tümörlerdir. Erken tanının prognozu ne derece etkileyeceği kesin olmakla birlikte LK' nin tanısıl gecikmeye neden olduğu bir gerçektir.

KAYNAKLAR

1. Tekant Y, Goh P: Laparoskopik cerrahi. Sayek İ. Editör. Temel Cerrahi. Güneş Kitapevi:1996; 1609-1618.
2. Zucker KA, Bailey RW, Flowers J: Laparoscopic management of acute and chronic cholecystitis. Surg Clin North Am, 1992; 72(5) 1045-1067.
3. Sawyers JL: Current status of conventional (open) cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg, 1996; 223(1) 1-3.
4. Schwesinger WH, Diehl AK: Changing indications for laparoscopic cholecystectomy. Surg Clin North Am, 1996; 76(3) 493-504.
5. Sharp EJ, Springall RG, Theodorou NA: Delayed diagnosis of malignant tumours missed at laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg, 1994, 81, 1649-1650.
6. Slim K, Pezet D, Clark E, Chipponi J: Malignant

- tumors missed at laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg, 1996, 171, 364-5.
7. Sanaç Y: Safra Kesesi. Sayek İ. Editör. Temel Cerrahi. Güneş Kitapevi:1996; 1280-1292.
8. Kahng KU, Roslyn JJ: Surgical issues for the elderly patient with hepatobiliary disease. Surg Clin North Am, 1994, 74(2) 345-374.

YAZIŞMA ADRESİ:
Dr.Kaya YORGANCI
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
ANKARA