



BÖLÜM 43

Safra Kesesi Cerrahisi Öncesinde Hastanın Preoperatif Değerlendirilmesi

Emre ÖZORAN ¹

ÖZET

Kolesistektomi öncesi cerrah zor bir safra kesesi ile karşı karşıya olabileceğini düşünmelidir. Hastanın akut ve kronik komorbiditeleri gözden geçirilmelidir. Hastanın preoperatif değerlendirilmesi sırasındaki potansiyel tehlike arz edebilecek noktalar değerlendirilmelidir. Obezite, geçirilmiş batın cerrahisi ve hamilelik gibi diğer faktörlere dikkat edilmelidir. Hangi hastanın ameliyat edileceğine, hangi hastanın ameliyat edilmemesi gerektiğine karar verilmeli, ameliyat dışı girişim ve tedavi yöntemleri gereklilik halinde kullanılmalıdır.

Kolesistektomi öncesi preoperatif değerlendirmede hasta hikayesi, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme tetkikleri, endoskopik girişimler kullanılabilir.

Preoperatif Değerlendirme

Kolesistektomi en sık gerçekleştirilen batın ameliyatlarından biridir. Gelişmiş ülkelerde bu ameliyatların çoğu laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. “Laparoskopik kolesistektomi” kolelitiazisin “altın standart” ameliyat yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bu teknik, açık kolesistektomiye göre daha az ameliyat sonrası ağrı, daha iyi kozmetik sonuçlar, hastanede kalış süresinin daha az olması ile ilişkilendirilmektedir[1-7]. Ancak genel komplikasyon oranı laparoskopik kolesistektomide daha fazladır [8, 9].

Hastanın preoperatif değerlendirilmesi sırasındaki potansiyel tehlike arz edebilecek noktalar değerlendirilmelidir. Obezite, geçirilmiş batın cerrahisi ve hamilelik gibi diğer faktörlere dikkat edilmelidir. Hangi hastanın ameliyat edileceğine, hangi hastanın ameliyat edilmemesi gerektiğine karar verilmeli, kolesistostomi ve antibiyoterapi gibi ameliyat dışı girişim ve tedavi yöntemleri gereklilik halinde kullanılmalıdır[10].

Hikâye, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri sonucunda kolesistektomi adayı olan hasta kontrindikasyon yaratabilecek durum-

¹ Öğr. Gör. Dr. Emre ÖZORAN, Koç Hastanesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü ozoran@gmail.com

larını taklit edebilmektedir. Ancak bu popülasyonda akut kolesistite sık rastlanmaktadır ve iyi değerlendirilmelidir. Ameliyat oldukça riskli olabilir. Hastanın Child/MELD skorunun belirlenmesi, karaciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesi, doğru koagülasyon testleri ve kan grubu analizi istenmeli, potansiyel varisleri saptamak için batın BT istenmesi, hepatobiliyer cerrahi konusunda tecrübeli bir cerraha konsülte edilmesi veya üçüncü basamağa sevk edilmesinin gerekebileceği asla unutulmamalıdır.

Malignte Şüphesi

Mevcut tanımlar ile açıklanamayan pankreatobiliyer obstrüksiyon, kilo kaybı, fistül veya görüntüleme tetkiklerinde kitle görünümü saptanması; ağırlı veya ağrısız sarılık ve/veya enfeksiyon bulguları olması; biliyer obstrüksiyon, karaciğer fonksiyon testlerinde artış; görüntüleme tetkiklerinde safra kesesi polipleri veya kitle saptanması, hastalardan altta yatan malignte olasılığını akla getirmelidir. (Safra kesesi polipleri semptomatik değilse, kan akımı saptanmaz ise, hasta yüksek riskli değilse, karaciğer yatağına invazyon yoksa, porselen safra kesesi yok ise kontrol USG'ler ile takip edilebilmektedir.) Yapılan görüntüleme tetkiklerinde safra kesesinde taş olabilir, safra yollarında dilatasyon bulunabilir, kitle ve asimetrik duvar kalınlaşması bulunabilir.

Sarıklık olan hastalarda sarılığın etiyojisi mutlaka saptanmalıdır. BT veya MR kullanılarak hepatobiliyer anatomi ortaya konulmalıdır. Yüksek riskli hastalarda açık kolesistektomi veya açığa erken dönüş düşünölebilir. Ameliyatı hepatobiliyer alanda uzmanlaşmış bir cerrahın yapması seçilebilir. Kolesistektomi, preoperatif hazırlık tamamlanana kadar ertelenmelidir. Bu sürede hastaya biliyer dekompresyon ve antibiyotik tedavisi gerekebileceği düşünölmelidir.

Pulmoner Hipertansiyon

İnfeksiyon veya biliyer obstrüksiyon olmayan durumlarda, semptomlar altta yatan hastalığın tedavisi ile geçmektedir. Bu hastalar ameliyat edilmemelidir.

Hamilelik

Hamileliğin her trimestrında laparoskopik kolesistektomi güvenle uygulanabilmektedir[18]. Tedavide gecikmeler ek morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. USG, kontrastsız MRG hamilelik sırasında kullanılacak güvenli görüntüleme teknikleridir. Ameliyat kararına klinik değerlendirme ve hasta ile birlikte görüşülerek karar verilmelidir.

Kaynaklar

1. Soper, N.J., P. T. Stockmann, D. L. Dunnegean ve ark., *Laparoscopic cholecystectomy. The new 'gold standard'?* Arch Surg, 1992. **127**(8): p. 917-21; discussion 921-3.
2. Schirmer, B.D., S. B. Edge, J. Dix ve ark., *Laparoscopic cholecystectomy. Treatment of choice for symptomatic cholelithiasis.* Ann Surg, 1991. **213**(6): p. 665-76; discussion 677.
3. Wiesen, S.M., S. W. Unger, J. S. Barkin ve ark., *Laparoscopic cholecystectomy: the procedure of choice for acute cholecystitis.* Am J Gastroenterol, 1993. **88**(3): p. 334-7.
4. Wilson, R.G., I. M. Macintyre, S. J. Nixon ve ark., *Laparoscopic cholecystectomy as a safe and effective treatment for severe acute cholecystitis.* Bmj, 1992. **305**(6850): p. 394-6.
5. Rattner, D.W., C. Ferguson, ve A.L. Warshaw, *Factors associated with successful laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis.* Ann Surg, 1993. **217**(3): p. 233-6.
6. Johansson, M., A. Thune, L. Nelvin ve ark., *Randomized clinical trial of open versus laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis.* Br J Surg, 2005. **92**(1): p. 44-9.
7. Yamashita, Y., T. Takada, Y. Kawarada ve ark., *Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines.* J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2007. **14**(1): p. 91-7.
8. Vollmer, C.M., Jr. ve M.P. Callery, *Biliary injury following laparoscopic cholecystectomy: why still a problem?* Gastroenterology, 2007. **133**(3): p. 1039-41.
9. Khan, M.H., T. J. Howard, E. L. Fogel ve ark., *Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center.* Gastrointest Endosc, 2007. **65**(2): p. 247-52.
10. Ginat, D. ve W.E. Saad, *Cholecystostomy and transcholecystic biliary access.* Tech Vasc Interv Radiol, 2008. **11**(1): p. 2-13.
11. Brunt, L.M., D.J. Deziel, Telem D. A. ve ark., *Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy.* Ann Surg, 2020. **272**(1): p. 3-23.
12. Singer, A.J., G. McCracken, M. C. Henry ve ark., *Correlation among clinical, laboratory, and hepatobiliary scanning findings in patients with suspected acute cholecystitis.* Ann Emerg Med, 1996. **28**(3): p. 267-72.
13. Adedeji, O.A. ve W.A. McAdam, *Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people.* J R Coll Surg Edinb,

1996. **41**(2): p. 88-9.

14. Lee, H.J., B. I. Choi, J. K. Han ve ark., *Three-dimensional ultrasonography using the minimum transparent mode in obstructive biliary diseases: early experience*. J Ultrasound Med, 2002. **21**(4): p. 443-53.
15. Sharma, M., P. Somani, ve T. Sunkara, *Imaging of gall bladder by endoscopic ultrasound*. World J Gastrointest Endosc, 2018. **10**(1): p. 10-15.
16. Kats, J., M. Kraai, A. J. Dijkstra ve ark., *Magnetic resonance cholangiopancreaticography as a diagnostic tool for common bile duct stones: a comparison with ERCP and clinical follow-up*. Dig Surg, 2003. **20**(1): p. 32-7.
17. Dumot, J.A., *ERCP: current uses and less-invasive options*. Cleve Clin J Med, 2006. **73**(5): p. 418, 421, 424-5 passim.
18. Pearl, J., R. Price, W. Richardson ve ark., *Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy*. Surg Endosc, 2011. **25**(11): p. 3479-92.