

AÇIK KOLESİSTEKTOMİ

Ömer Serhat DAĞ¹
Mehmet Tolga KAFADAR²

GİRİŞ

Safra kesesi karaciğer ön-alt yüzünde (segment 4 ve 5 sınırında) kapsülden içeriye uzanan bir çukurda yer alan karaciğere yapışık olarak bulunan bir depo organıdır. Yaklaşık boyutu 7-10 cm arasında değişmekle beraber 30-60 ml safra depolama kapasitesi mevcuttur. Anatomik olarak Fundus, korpus, infundibulum ve boyun bölgele-ri adı verilen 4 bölümü mevcuttur. Boyun kısmı devamında Heister valvlerini içeren sistik kanalı oluşturur. Sistik kanal, sistik damarlar ve safra kesesinin karaciğerle olan peritoneal bağlantılarının kesilerek uzaklaştırılması işlemine kolesistektomi adı verilmektedir. Safra kesesi ve safra yolu hastalıkları toplumda sık görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 1,2 milyon kolesistektomi yapıldığı bildirilmektedir. İlk kolesistektomi açık yöntemle 1882' de Berlin'de gerçekleştirildi ve 1991'e kadar kolesistektomide standart teknik açık kolesistektomiydi. Günümüzde laparoskopik kolesistektomi standart cerrahi teknik olarak belirtilmekle beraber açık kolesistektomi hala güvenle kullanılabilen bir cerrahi teknik olarak belirtilmektedir (1).

ENDİKASYONLAR

Günümüzde laparoskopik kolesistektominin altın standart teknik olarak kullanılmasıyla beraber açık kolesistektomi endikasyonları azalmıştır (2) ancak halen bazı durumlarda öncelikli olarak tercih edilebilmektedir. Açık kolesistektomi en yaygın olarak (%2-%10) laparoskopik kolesistektomiden açık kolesistektomiye geçiş şeklinde görülmektedir (1). Açık tekniğe geçiş birçok farklı endikasyonla olabilmektedir. Anatomik varyasyonlar, yaygın inflamasyon ve yapışıklıklar, safra yolu yaralanmaları, kontrol edilemeyen kanamalar açık tekniğe geçiş endikasyonlarını oluşturmaktadır (3). Safra kesesi kanserleri, adhezyonlara neden olan geçirilmiş üst batin cerrahileri ve komorbiditeleri olan hasta gruplarında (ör; Diabetes mellitus) planlı olarak açık kolesistektomi tercih edilebilmektedir. Bazı kritik hasta gruplarında öncelikli olarak açık teknik tercih edilmesiyle pnömoperitonyum ile tetiklenebilen azalmış kardiyak dönüş ve yüksek ventilasyon basınçlarından kaçınılır, böylelikle cerrahi stres azaltılabilir.

¹ Arş. Gör., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., dr.serhatdag@gmail.com, ORCID iD: 0009-0006-3641-790X

² Doç. Dr., Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., drtolgakafadar@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-9178-7843

AMELİYAT SONRASI BAKIM

Ameliyat bittikten ve hasta anestezi odasında derlendikten sonra hasta yatağına alınır. İdame sıvı tedavisi başlanır. Uygun analjezi sağlanır (opioid analjezikler tercih edilebilir). Gereklik halinde antiemetik ilaçlar da uygulanabilir. Cerrah tarafından hasta tekrar kontrol edilir. Dren kullanılan hastalarda dren takibi yapılır. Genel anestezi etkisi ortadan kalktıktan sonra hastanın erken mobilize edilmesi ve erken dönemde solunum egzersizlerine başlanması ameliyat sonrası yatış süresini kısaltmaktadır. Ameliyattan 4-6 saat sonra sıvı gıda alımına başlanabilir. Gerekli olan hastalarda tam kan sayımı ve elektrolit parametrelerinin kontrol edilmesi uygun olabilir.

KOMPLİKASYONLAR

Açık kolesistektomi ameliyatı sonrası komplikasyon oranlarının laparoskopik kolesistektomiye oranla daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur ancak unutulmamalıdır ki normal bir hasta grubunda işlem açık teknikle yapılmamaktadır(9).

Ameliyat için yapılan kesi standart laparoskopik cerrahiye göre daha büyük olduğundan fitik oluşumu, yara yeri enfeksiyonu ve hematoma görülme sıklığı daha yüksektir.(10) Açık ameliyat genellikle laparoskopik ameliyattan daha ağrılı olmaktadır. Hastane yatış süresi ve maliyet kapalı yöntemle oranla daha yüksektir(15).

SONUÇ

Safra kesesi hastalıklarının çoğunlukla standart tedavisi laparoskopik kolesistektomidir ancak uzman bir cerrahın tüm kolesistektomi teknikleri ve endikasyonları hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Uygun hasta grubunda planlı olarak açık teknik kullanılabilirliği unutulmamalı, yetersiz eksplorasyon, safra kesesi kanseri, anatomik varyasyonlar nedeniyle yapıların tam ortaya konulmadığı durumlarda açık tekniğe dönmenin her zaman bir seçenek olacağı bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Jones MW, Guay E, Deppen JG (2023). Open cholecystectomy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
2. National Institutes of Health (US). Office of Medical Applications of Research. (1992). *Gallstones and laparoscopic cholecystectomy* (Vol. 10, No. 3). National Institutes of Health, Office of Medical Applications of Research.
3. Silverstein A, Costas-Chavarri A, Gakwaya MR, Lule J, Mukhopadhyay S, Meara JG, Shrimo MG (2017). Laparoscopic versus open cholecystectomy: a cost-effectiveness analysis at Rwanda Military Hospital. *World journal of surgery*, 41, 1225-1233.
4. Gomes CA, Junior CS, DiSaveiro S, Sartelli M, Kelly MD, Gomes CC, de Fadel Guimarães S (2017). Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. *World journal of gastrointestinal surgery*, 9(5), 118.
5. Ece I, Ozturk B, Yilmaz H, Yormaz S, Şahin M. (2017). The effect of single incision laparoscopic cholecystectomy on systemic oxidative stress: a prospective clinical trial. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 92(4), 179-183.
6. Parra-Membrives P, Díaz-Gómez D, Vilegas-Portero R, Molina-Linde M, Gómez-Bujedo L, Lacalle-Remigio JR. (2010). Appropriate management of common bile duct stones: a RAND Corporation/UCLA Appropriateness Method statistical analysis. *Surgical Endoscopy*, 24, 1187-1194.
7. Tay WM, Toh YJ, Shelat VG, Huey CW, Junnarkar SP, Woon W, Low JK. (2020). Subtotal cholecystectomy: early and long-term outcomes. *Surgical Endoscopy*, 34, 4536-4542.
8. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, Sorge R, Al-Hamali S, Ebdewi H. (2015). Subtotal cholecystectomy for "difficult gallbladders": systematic review and meta-analysis. *JAMA surgery*, 150(2), 159-168.
9. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Grandrath FA. (2014). Meta-analysis of laparoscopic versus open cholecystectomy in elderly patients. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(46), 17626.
10. Grau-Talens E, Motos-Micó JJ, Giraldo-Rubio R, Aparicio-Gallego JM, Salgado JF, Ibáñez CD, Arias-Díaz J. (2018). Small-incision cholecystectomy (through a cylinder retractor) under local anaesthesia and sedation: a prospective observational study of five hundred consecutive cases. *Langenbeck's archives of surgery*, 403, 733-740.
11. Naeem MQ, Ahmed MS, Hamid K, Shazlee MK, Qureshi F, Ullah, MA. (2020). Prevalence of different hepaticobiliary tree variants on magnetic resonance cholangiopancreatography in patients visiting a tertiary care teaching hospital in Karachi. *Cureus*, 12(12).
12. Singh K, Singh R, Kaur M (2017). Clinical reappraisal of vasculobiliary anatomy relevant to laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Minimal Access Surgery*, 13(4), 273.
13. Madni TD, Nakonezny PA, Imran JB, Taveras L, Cunningham HB, Vela R, Cripps MW (2019). A comparison of cholecystitis grading scales. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 86(3), 471-478.

14. Stanisić V, Andjelković I, Vlaović D, Babić I, Kocev N, Nikolić B, Milicević M. (2013). Feasibility of applying data mining techniques for predicting technical difficulties during laparoscopic cholecystectomy based on routine patient work-up in a small community hospital. *Hepato-gastroenterology*, 60(127), 1561-1568.
15. Bray, F., Balcaen, T., Baro, E., Gandon, A., Ficheur, G., & Chazard, E. (2019). Increased incidence of cholecystectomy related to gallbladder disease in France: Analysis of 807,307 cholecystectomy procedures over a period of seven years. *Journal of visceral surgery*, 156(3), 209-215.