

# Kolesistektomilerde Safra Kesesi Yatağının Reperitonize Edilmesi Gerekli midir?

Dr.MahmutKOÇ, Dr.Sedat YÜCESAN, Dr.Yılmaz KADIOĞLU

Ankara Numune Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, ANKARA

## ÖZET

*Çoğu cerrahi kitaplarında kolesistektomiden sonra safra kesesi yatağının reperitonize edilmesi standart teknik olarak tanımlanmaktadır. Birçok cerrah ise safra kesesi yatağını reperitonize ederek dren kullanmayı tercih etmektedir. Reperitonizasyonun postoperatif drenajın az olması veya olmaması ve karın içi organlarının safra kesesi yatağına yapışmalarının azalması gibi avantajları olduğu ileri sürülmüştür. Prospektif randomize bir çalışma planlayarak kolesistektomide, safra kesesi yatağının reperitonize edilen ve edilmeyen vakaları postoperatif drenaj, hastanede yatış süreleri ve postoperatif komplikasyonlar yönünden karşılaştırdık. Sonuç olarak safra kesesi yatağının reperitonize edilen ve edilmeyen grublarda bir fark saptayamadık*

**Anahtar Kelimeler.** Kolesistektomi, Reperitonizasyon

Kolesistektomi ameliyatını ilk kez 5 Temmuz 1882 yılında, Alman cerrahı Carl Langenbach yapmıştır (8,19). Böylece kolelitiyazis tedavisinde en geçerli ve en etkin yönteminde kolesistektomi olduğu görüşü ortaya atılmıştır.

Bugün intraabdominal ameliyatlarda apendektomiden sonra ikinci sıklıkta yapılan kolesistektomide amaç tüm operasyonlardan gibi sonuçları daha iyiye götürmek ve maliyeti en aza indirmektir.

Çoğu cerrahi kitaplarında kolesistektomiden sonra safra kesesi yatağının reperitonize edilmesi tarif edilir (1,6). Safra kesesi yatağının iki yanındaki periton yaprağının dikilmesinin daha iyi hemostaz, sağladığı

Geliş Tarihi: 8.2.1990

Kabul Tarihi: 22.2.1990

Yazışma Adresi: Dr.MahmutKOÇ  
Ankara Numune Hastanesi  
1. Cerrahi Kliniği

## SUMMARY

### IS REPERITONEALIZATION OF THE GALLBLADDER BED NECESSARY

*Reperitonealization of the gallbladder bed after cholecystectomy is the standard procedure described in many textbooks of surgery. Most surgeons who advocate nondrainage after cholecystectomy also routinely obliterate the gallbladder bed. The theoretic considerations are a decrease in postoperative drainage and avoidance of adhesions to the liver. To evaluate the validity of the first consideration, 60 patients undergoing elective cholecystectomy were randomly allocated into two groups. In the first group, the raw surface was left uncovered whereas in the second group, the gallbladder bed was reperitonealized. No significant difference in the amount of postcholecystectomy drainage could be demonstrated in the two groups of patients studied.*

**Key Words:** Cholecystectomy, Reperitonealization.

küçük safra kanaliküllerinden safra sızıntısını ve diğer karın içi organlarının açık kalan karaciğer alt yüzeyine yapışmalarını azalttığı iddiaları, bu işlemin avantajları olarak sayılmaktadır (4,16). Tüm bu avantajlara karşın cerrahlarda kolesistektomi sonrası dren uygulamasında olduğu gibi, safra kesesi yatağını açık bırakma yönünde artan bir eğilim gözlenmektedir.

Bu yazıda kliniğimizde yaptığımız prospektif randomize bir çalışmada reperitonizasyon işleminin postoperatif drenaj miktarları ve vakaların hastanede yatış süreleri ile muhtemel komplikasyonlar üzerine olan etkilerini tartıştık.

## MATERYAL VE METOD

Mayıs 1989-Şubat 1990 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi 1. Cerrahi Kliniğinde kolesistektomi uygulanan 60 hasta incelendi. Hastalar aynı

**Tablo 1.** Hastaların Klinik Durumu

Safrakesesi yatağı	Grup 1	Grup 2
	Reperitonize edilmeyen	Reperitonize edilen
Hasta sayısı	30	30
Yaş (yıl)	33-69	31-73
Ortalama	50.9	50.1
Cins		
Erkek	9	10
Kadın	21	20

ameliyathane ve servis koşullarında ameliyat edilip takip edildi. Kolesistektomiler, komplike olmayan kronik taşlı kolesistitli hastalara yapıldı. Birbiri ardısıra ameliyat edilen 60 hasta iki ayrı gruba ayrıldı. Tüm ameliyatlarda sağ subkostal insizyon kullanıldı. Birinci grub hastalarda kolesistektomi uygulandıktan sonra safra kesesi yatağı açık bırakıldı, ikinci grub hastalarda ise kolesistektomi sonrası kese yatağındaki periton yaprakları 0:0 ehromie catgut ile kapatılarak reperitonizasyon yapıldı. Tüm hastalara aynı çapta foley sump drenlar yerleştirildi. Hastaların N/G tüpleri ameliyat bitiminde çekildi. Hastalara ameliyat sonrası 24 saat İV sıvı verildi ve postoperatif birinci günde mobilize edildiler. Drenlar 3. gün çıkarılarak toplam drenaj miktarları hesaplandı. Her iki grupta da ameliyat esnasında safradan ve drenlar çıkarılırken uçlarından kültürler alındı. Tüm hastalarda profilaktik amaçla seftazidim kullanıldı. Ameliyat sonrası 5. günde tüm vakalara ultrasonografik inceleme yapıldı. Vakalara ait klinik bulgular Tablo 1 'de gösterilmiştir.

istatistiki değerlendirmeler  $\chi^2$  ve student t testi ile yapıldı.

## BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 30 hastada kolesistektomi sonrası safra kesesi yatağı reperitonize edilmedi (Grup I). Geri kalan 30 vakada ise reperitonizasyon yapıldı (Grup II). Grup 1 'deki hastaların 9'u erkek, 21'i kadın olup yaşları 33 ile 69 arasında (ortalama yaş 50.9) idi. Grup 2'yi oluşturan hastaların 10'u erkek 20'si kadın olup yaşları 31 ile 73 arasında idi (ortalama yaş 50.1). Reperitonize edilmeyen Grup 1 'de ortalama drenaj miktarları  $41.6 \pm 4.1$  ml., reperitonize edilen Grup 2'de ise  $40.1 \pm 3.4$  ml. olarak bulunmuştur (Tablo 2). Şekil 1'de iki grubun drenaj miktarlarının karşılaştırılması görülmektedir. Grup 1'de hastanede kalış süresi ortalama  $7.4 \pm 0.2$  gün, grup 2'de ise  $7.2 \pm 0.1$  gün olarak saptanmıştır (Tablo 2). Her iki grup arasında gerek

**Tablo 2.** Ortalama Drenaj Miktarları ve Hastanede Yatış Süreleri

Safrakesesi yatağı	Grup 1	Grup 2
	Reperitonize edilmeyen	Reperitonize edilen
Ortalama drenaj miktarları (ml.)	$41.6 \pm 4.1$	$40 \pm 3.4$
Hastanede kalış süreleri (gün)	$7.4 \pm 0.2$	$7.2 \pm 0.1$

P>0.05

drenaj miktarları gerekse hastanede kalış süreleri açısından bir fark bulunamamıştır (P>0.05). Reperitonize edilmeyen grupta 2(%6.6) vakada postoperatif ateş görülmüştür. Bu grupta 1(%3.3) vakada dren yerinden safralı sızıntısı olmuştur. Grup 2'yi oluşturan reperitonize edilen grupta ise 1(%3.3) vakada postoperatif ateş ve 1 (%3.3) vakada yara enfeksiyonu görülmüştür. Postoperatif olarak yapılan ultrasonografik incelemede her iki grupta da hiçbir vaka da patolojik bir durum saptanmamıştır.

## TARTIŞMA

Kolesistektomilerden sonra subhepatik bölgede safra, kan ve diğer sıvı kolleksiyonları nadir değildir (9). Bu nedenle postoperatif olarak bu bölgenin rutin drenajı uzun bir süre kullanılmamıştır (18). İlk kez 1913 yılında Almanya'da Spivack tarafından drensiz kolesistektomi yapılmıştır (3). O tarihten bu yana konuyla ilgili olarak zaman zaman çeşitli yayınlar olmasına karşılık gerek sistik kanaldan gerekse safra kesesi yatağından olabilecek safra sızıntısı veya kanamayı haber verici bir beğçi gibi kabul edilen drenler bazı cerrahlar tarafından seçici olarak kullanılmışlardır (10). Bu seçicilikte operatif diseksiyon güçlüğü, inflamatuvar reaksiyonun ciddiyeti, safra kesesinin intrahepatik lokalizasyonda yerleşmesi, dren kullanılmasını gerektiriyordu (10). Ancak bu faktörlerin objektif olarak postoperatif safra kaçağı yada postoperatif morbidite ile ilişkisi gösterilememiştir (10). Radionüklitlerle yapılan birçok çalışmada kolesistektomilerden sonra olguların yaklaşık yarısında safra sızıntısı olduğu gösterilmiştir (10). Dren konulsada konulmasada bu sızıntının oluşabileceği ve vakaların hemen hepsinin asemptomatik kalarak postoperatif morbiditeyi artırmadığı Van der Linden ve arkadaşları ile Gilsdorf ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda gösterilmiştir (10,23).

Ne yapılırsa yapılsın titiz bir cerrahi diseksiyon uygulanması ve ameliyat sonunda kuru bir saha elde

Tablo 3. Postoperatif Komplikasyonlar

Safra kesesi	Reperitonize edilmeyen	Reperitonize edilen
Postoperatif ateş	2(%6.6)	1(%3.3)
Yara enfeksiyonu	—	1(%3.3)
Drenden safra akması	1(%3.3)	—

edilmesi temel koşuldur. Bu koşulu sağlayabilmek için safra kesesi yatağının reperitonizasyon ile oblitere edilmesi çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (1,6). Safra kesesi yatağından olan safra sızıntıları Luschka kanallarının kesilmesinden oluşmaktadır (12,15). Bu kanallar çapları 0.3 mm.den küçük kanallardır. Kesilmeleri kolaylıkla gözden kaçabilir ve postoperatif safra sızıntılarının nedeni olurlar (15). Drenajsız kolesistektomiden sonra serum bilirubin düzeylerinde geçici yükselmeler gösterilmiştir (7,22). Kolesistektomiden sonra aktif safra sızıntısı Van der Ünden ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir. Bu araştırmacılar Tc-99m DIDA injeksiyonu ile kese yatağı açıldıktan sonra toplanan sıvıda radionükleotitleri saptamışlardır (23). Bununla beraber toplanan sıvıda radyoaktif düzeylerini kese yatağının sutüre edilmesi değiştirmemektedir (23),

Literatür gözden geçirildiğinde cerrahların çoğunun dren kullanmaksızın safra kesesi yatağını reperitonize ettiklerini görüyoruz (2,7,11,14,20,21). Safra kesesi yatağının iki yanındaki periton yaprağının dikilmesinin bazı teorik avantajları vardır. Bunlar arasında daha iyi hemostaz sağlanması, küçük safra kanallarından olabilecek safra sızıntılarını ve açık kalan karaciğer alt yüzüne diğer karın içi organlarının yapışmalarını azaltması sayılabilir (4,16). Bizim çalışmamız reperitonizasyonun teorik avantajlarının önemli olmadığını ortaya koymuştur. Çünkü gerek reperitonize grupta gerekse reperitonize edilmeyen grupta postoperatif drenaj miktarları arasında istatistiksel bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $P>0.05$ ). Ortalama drenaj miktarları reperitonize grupta  $40.1 \pm 3.4$  ml. reperitonize edilmeyen grupta  $416 \pm 4.1$  ml. dir. Aynı şekilde hastanede yatış süreleri arasında da fark bulunmamıştır. Reperitonize edilmeyen grupta ortalama hastanede yatış süreleri arasında da fark bulunmamıştır. Reperitonize edilmeyen grupta ortalama hastanede yatış süresi  $7.4 \pm 0.2$  gün, reperitonize edilen grupta da  $7.2 \pm 0.1$  gün olup aradaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ( $P>0.05$ ). Bu bulgularımız Mok ve arkadaşlarının 1989 yılında benzer çalışmalarının sonuçlarıyla uyum içindedir (16). Mok ve arkadaşları drenaj miktarlarını reperitonize edilen grupta  $34.6 \pm 3.8$  ml. reperitonize edilmeyen grupta  $37.5 \pm 4$  ml. bulmuşlardır. Aradaki fark istatistiksel olarak önemsizdir (16). Çalışmalarında

Tablo 4. Kültürlerde Üreyen Mikroorganizmalar

	Reperitonize edilmeyen		Reperitonize edilen	
	Safra	Dren	Safra	Dren
E.coli	4	1	3	1
Staf.aureus	—	5	—	2
Klebsiella	—	—	—	—
Koliform	—	—	—	—
basil	—	—	—	—

Rrptonwe edilen

IteperiSotiEe edilmeyen

Şekil 1. Reperitonize edilen ve edilmeyen grupların drenaj miktarlarının karşılaştırılması.

hastanede yatış sürelerini ve postoperatif komplikasyonları incelememişlerdir.

Safra kesesi yatağındaki açık yüzeyde hızla reperitonizasyon oluşur, iyileşme 7 gün içinde tamamlanır (5,16). Gerçekte geniş bir safra yatağını sutüre etme girişimleri bazen daha fazla soyulmaya ve kanamaya yol açar. Böyle bir durumda koterle iyi hemostaz sağlanması ve hemostatik ajanlardan faydanılması daha gerçekçi bir girişimdir. Bu işlem daha emin daha çabuk yapılarak gereksiz yere frajil kısımların yırtılmalarını önler.

Bazı yazarlar safra kesesi yatağının sutüre edilmesinin subhepatik bölgedeki adezyonların oluşmasında azaltıcı bir faktör olduğuna inanmaktadır (4). Buna karşılık bazı yazarlar bunun aksini iddia etmektedir. Safra kesesi yatağının sutürlü obliterasyonu gerçekte lokal iskemi yaratıp daha fazla adezyonlar doğurur (5). Çünkü bugün intraabdominal

adezyonlar için serozal defektin tek neden olmadığı bilinmektedir. Serozal defektle birlikte iskemi oluşturabilen geniş hemostaz, gergin sutür, doku ezilmesi, infeksiyon ve hematoma gibi faktörler veya granulom oluşmasına neden olan yabancı madde bulunmasında etken olmaktadır. Bu görüşleri Belzer ve Ellis deneysel araştırmalarında göstermişlerdir (5).

Çalışmamızda iki grub arasında postoperatif komplikasyonlar bakımından bir fark saptanmamıştır (Tablo 3), Komplikasyon oranları literatürdekilerle uyumlu bulunmuştur. Myer tarafından %5.3 oranında bildirilen "Dren Ateş" bizim serimizde %3.3 olarak saptanmıştır (13,17,20). Reperitonize edilmeyen bir vakada dren yerinden safralı sızıntı gözlenmiştir. Bu vakada safralı sızıntı 48 saatte spontan şekilde kesilmiştir. Bu vaka intravenöz kolanjiyografik incelemeyle araştırılmış olup normal olarak değerlendirilmiştir. •

Literatürde belirtildiği gibi bizim vakalarımızda da safra kültürlerinde en fazla E.coli üremiştir. Dren ucundan alınan kültürlerde ise en çok staf.aureus üremiştir. Bu da dren ucundan retrograd kontaminasyon olduğunu düşündürmektedir (13) (Tablo 4).

Serimizdeki tüm vakalara postoperatif ultrasonografik inceleme yaptırıldı. Bu incelemeyi aynı uzman hekim yaptı. Subhepatik koleksiyon ve intraabdominal abse yönünden yapıtırılan bu inceleme tüm vakalarda normal olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak safra kesesi yatağının obliterasyonu postoperatif drenaj, hastanede kalış süresi ve komplikasyonları etkilememiştir. Bu işlem daha iyi bir cerrahi teknik olarak yapılmayıp geleneksel bir eğilimin sonucudur. Bu çalışmada kolesistektomide yeterli hemostaz sağlandıktan sonra safra kesesi yatağının reperitonize edilmeden bırakılabileceği sonucuna vardık. Safra kesesi yatağının mutlaka reperitonize edilmesinin gerekli bir işlem olduğuna katılmamakta ve istenildiğinde atlanabilecek bir basamak olduğuna inanılmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Bailey II, Love M: Short practice of surgery. 19 th ed. London: H.K: Lewis, 1984; 888-9.
2. Baraldi U, Macellari G, David P: Cholecystectomy without drainage: A dilemma? Am.J.Surg. 1980; 658-9.
3. Budd DC, Cochran RC, Fouty WJ: Cholecystectomy with and without drainage. Am.J.Surg. 143:307,1982.
4. Davidson CM.: The biliary system, in: Keen, G. Operative surgery and management. Bristol. England: John Wright, 1981:211-5.
5. Ellis H: The causes and prevention of postoperative intraperitoneal adhesions. Surgery. 133: 497-1971.
6. Farquharson EL, Rintoul RF: Textbook of operative surgery. 6 th. ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1978; 591-6.
7. Follund G, Gedda S, Van der Linden W: Intraperitoneal drains and nasogastric tubes in elective cholecystectomy. Am J. Surg. 1977; 137:775-9.
8. Glenn F, grafe WRj Historical events in Biliary Tract surgery, Arch. Surg. 93:848, 1960.
9. Glenn F: Complications of biliary tract surgery. Surg. Gynecol obstet 1960; 110: 141-56.
10. Gildsford SR, et all: Radionuclide evaluation of bile leakage and the use of subhepatic drains after cholecystectomy. American Journal of Surgery, 1986,151,259-262.
11. Goldber IM, Goldber, JP, Liechty RD, Buerk C, Giseman B, Norton, L: Cholecystectomy with and without surgical drainage. Am.J.Surg. 1975; 130:29-32.
12. Johnson G, Gildsford R: Routine versus selective drainage of the gallbladder bed after cholecystectomy Am. J.Surg. 1981; 142: 651-3.
13. Kama N A, Karaayvaz M, Sınay M: Kolesistektomiden sonra dren uygulaması. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi. 1988; 6:448-453.
14. Kambouris AA, Carpenter WS, Allaben RD: Cholecystectomy without drainage. Surg. Gynecol Obstet. 1973; 177:613-7.
15. Missen AJB: Aberations of the biliary passages on the surface of the liver and gallbladder and in the gallbladder wall. BrJ.Sugr. 1969; 56:427-31.
16. Mok SD, Li KC: Is Reperitonealization of the Gallbladder bed a Ritual or Necessity? Am.J.Surg. 1989; 157:312-314.
17. Myers MB: Drain fewer: A complication of drainage after cholecystectomy. Surgery 1962.52(2): 314-317.
18. Ronaghan JE, Miller SF: A satistical analysis of elective cholecystectomy. Surgery Gynecology and obstetrics, 1986; 162:253-255.
19. Sayek I, Yalın R: Safra Kesesi ve Safra yolları hastalıkları. 1985:11-13.
20. Söylemez A, Özdemir A, Ercan F, Ayas N: Elektif Kolesistektomilerle Rutin Drenaj Gerekli midir? Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi. 1989; 7: 181-183.
21. Trowbridge, P.E.: A randomized study of cholecystectomy with and without drainage. Sur. Gynecol obstet 1982; 155: 171-6.
22. Truedson H: Cholecystectomy with and without intraperitoneal drain. Acta Chir. Scand 1983; 149: 393-9.
23. Van der Linden W, Kempf V, Gedda S: A radionüclid study on the effectiveness of drainage after elective cholecystectomy. Ann. Surg. 1981; 193:155-60.