

Abdominal Aort Cerrahîsi ve Kolesistektomi

Dr.Gülüm ALTACA*

Dr. Ersin ÖZDEMİR*

Dr.Rıfat TOKYAY*

Abdominal aort anevrizması ve kolelitiazis ileri yaşlarda sık görülen iki hastalıktır. Rochester Üniversitesinden bir çalışmada abdominal aort anevrizması olan 865 hastada %4.9 oranında safra kesesi taşı saptanmıştır (1). Okluziv hastalıklar veya anevrizma için aortik rekonstrüksiyon sırasında kolelitiazis saptayan bir cerrah, kolesistektominin postoperatif komplikasyon oranını, özellikle de graft infeksiyonu oranını artırıp artırmayacağını düşünür.

İnsidental olarak saptanan asemptomatik kolelitiaziste abdominal aort cerrahisi gibi majör abdominal cerrahinin erken postoperatif akut kalkülöz kolesistit oranını arttırdığı gösterilmiştir (1). Bu gibi olgularda komplikasyon ve mortalite oranları oldukça yüksektir. Ottinger'in İncelemesinde aortik rekonstrüksiyon sonrası akut kolesistit gelişen 40 hastada %47 oranında mortalite görülmüştür (2).

Ouriel ve arkadaşları abdominal aort anevrizması önerilen ve bu sırada insidental olarak safra kesesinde taş bulunan, ancak kolesistektomi yapılmayan 11 hastayı 2.9 yıl izlemişler ve bunların 9'unda daha sonradan akut kolesistit ortaya çıktığını gözlemişlerdir (1). Aynı merkezde, abdominal aort cerrahisi uygulanan ve kolelitiazis saptanan 42 hastada kolesistektomi yapılmayan grupta, biliyer sepsis nedeniyle ölümle sonuçlanan bir hastayı da içermek üzere %18 oranında perioperatif safra yoluna ilişkin problem ortaya çıkmıştır (1). String de benzer 17 hastayı takip etmiş ve bu hastaların 9'unda postoperatif dönemde kolesistektomi gerektiren kolesistit ortaya çıkmış, 2'sinde daha önceden asemptomatik olan taşlar semptomatik hale dönüşmüş, yalnızca 6 hasta asemptomatik kalmıştır (3). Bu nedenlerle, asemptomatik safra taşlarında kolesistektomi indikasyonları dünyada halen tartışmalı olmakla birlikte, abdominal aort cerrahisi uygulanan hastalarda bulunan safra taşları asemptomatik de olsa kolesistektomi yapılmasının gerekliliğini savunanlar daha ağırlıktadır. Semptomatik kolelitiaziste ise kolesistektomi kaçınılmazdır.

Bu aşamada tartışılması gereken insidental kolesistektominin avantajları ve dezavantajları olmaktadır. İnsidental kolesistektomi yapılacağı zaman şu faktörler gözönünde bulundurulmalıdır (4):

1. Kolesistektomi primer ameliyatın süresini ve operatif kan kaybını artırır mı?
2. Kolesistektomi eklenmesi morbiditeyi artırır mı?
3. Kolesistektomi eklenmesi primer ameliyat sahasının bakteriyel kontaminasyonunu artırır mı?

Bu sorulara yanıt vermek için literatürdeki çalışmalar gözden geçirilmiştir. Kronik taşlı kolesistitlerin %15-30'unda safra kültürlerinde üreme olmaktadır. Elektif kolesistektomi sonrası infeksiyon oranı %6.9'dur. Koledok eksplorasyonu yapıldığında bu oran %17'lere çıkabilmektedir (5). Bu nedenle abdominal aort cerrahisi ile birlikte yapılan kolesistektomilerde infeksiyon oranları araştırıldığında tüm olguların bir arada değerlendirilmesinden önce, koledok eksplorasyonu yapılan ve yapılmayan olguların ayrı ayrı değerlendirilmeleri daha uygun olabilir.

Ouriel ve arkadaşları (1) aort anevrizması ve kolelitiazisi olan 42 hastayı, anevrizmektomi ve kolesistektomi yapılan 18 hasta, yalnız anevrizmektomi yapılan 11 hasta ve yalnız kolesistektomi yapılan 13 hasta olmak üzere üç gruba ayırmışlar ve ilk iki grubu çeşitli parametreler açısından karşılaştırmışlardır (Tablo 1). Hasta sayısı, hastaların yaş ortalaması, ruptüre olmuş anevrizma nedeni ile yapılan ameliyatların oranı, ameliyat süresi, ortalama hastanede kalış süresi ve ortalama takip süresi açısından iki grup arasında istatistiksel fark görülmemiştir. Ayrıca grup Tdeki 16 elektif rezeksiyonda geç graft infeksiyonu oranında da bir artış görülmemiştir

Thomas ve arkadaşlarının çalışmasında (6) ise aortik rekonstrüksiyon uygulanan 521 hastanın 76'sında ek nonvasküler girişimde bulunulmuştur. Yapılan ek nonvasküler girişimler Tablo 2'de gösterilmiştir ve bunların %46'sı kolesistektomidir. Yalnızca vasküler cerrahi

* BayındırTıp Merkezi Genel Cerrahi Departmanı, ANKARA

Tablo 1. Kolesistektomi eklenen ve eklenmeyen anevrizmektomilerin karşılaştırılması

	Grup I	Grup II
Hasta Sayısı	18	11
Yaş	67	69
Rüptüre olmuş anevrizma oranı	%11	%36
Ameliyat süresi (dak)	240+39	229+36
Ort.hastanede kalış süresi (gün)	10+3	12+4
Ort.takip süresi (yıl)	2.2	2.9

Tablo 2. Thomas ve arkadaşlarının aortik rekonstrüksiyon uyguladıkları 521 hastanın 76'sında yapılan nonvasküler girişimler

Ek nonvasküler girişim	Hasta sayısı
Kolesistektomi	39
Karın duvarı hernileri	6
Splenektomi	4
Nefrektomi	4
Gastrotomi	4
Vagotomi	3
Oofarektomi	2
Hiatal herniorafi	2
Apendektomi	2
ince barsak rezeksiyonu	3
Diğer	17
Toplam	85

uygulanan hastalar ile ek nonvasküler cerrahi uygulanan hastalar arasında yaş ortalaması ve ortalama hastanede kalış süresi arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Yalnız vasküler cerrahi ve vasküler ve nonvasküler cerrahinin birlikte uygulandığı hastalarda aort rekonstrüksiyonu indikasyonuna göre görülen komplikasyon ve mortalite oranları Tablo 3de gösterilmiştir (6). Ek nonvasküler girişimde bulunan 76 hastadaki komplikasyon oranı (%17) ile yalnızca vasküler girişim uygulanan 445 hastadaki komplikasyon oranı (%9.6) arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Ancak ekstremitte kurtarılması (limb salvage) için aortik rekonstrüksiyon yapılan hasta grubunda ek nonvasküler cerrahi uygulananlardan komplikasyon oranı (%66) diğerlerine

göre (%14) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu nedenle Thomas ve arkadaşları ekstremitte kurtarılması için aortik cerrahi yapılan hastalarda aynı seansta ek nonvasküler girişim yapmaktan kaçınılmasını önermektedirler. Aortik oklüziv hastalıklarda önce nonvasküler bir girişim yapıp vasküler cerrahi daha sonraki bir dönemde uygulanabilmektedir. Ancak abdominal aort anevrizması rezeksiyonunun bu şekilde geciktirilmesi postoperatif dönemde %40-80 oranında mortalite ile seyreden anevrizma rüptürüne yol açabilmektedir (6). Svanson ve arkadaşlarının serisinde 10 hastada bu şekilde postoperatif anevrizma rüptürü görülmüştür; bu yazarlar laparotomi sonucunda kollajen IIzisinde bir artış olduğunu ve bunun da rüptüre yol açtığını düşündürmektedirler (7). Postoperatif dönemde görülen kan basıncı artışları ve pozitif inotropik yanıt da rüptür etiolojisinde alternatif bir neden olarak ileri sürülmektedir (6).

Eşzamanlı kolesistektominin aortik cerrahinin komplikasyonlarını artırdığına ilişkin sonuçların elde edildiği ender çalışmalardan biri Bickerstaff ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (8). Tablo 4de görüldüğü gibi, kolesistektomi eklendiğinde komplikasyon ve mortalite oranları artmıştır. Ancak yalnızca abdominal aort anevrizması onarımı yapılan ve buna ek olarak kolesistektomi yapılan iki grup arasında komplikasyon ve mortalite oranları arasında istatistiksel bir fark bulunmamış ve görülen komplikasyonların kolesistektomiyle doğrudan ilişkisi saptanamamıştır (8). Bu ve diğer bir çok çalışmada aortik cerrahiye ek olarak kolesistektomi yapıldığında kolesistektominin kendisine bağlı komplikasyonlardan daha çok kardiyovasküler sistemle ilgili komplkasyonlar görülmektedir (4,8,9).

Kolesistektomi ve aortik cerrahi birlikte yapılacağı zaman, infeksiyöz komplikasyonları artırmamak için, önce aorta yönelik girişimin yapılması, retroperitoneal bölge kapatıldıktan sonra kolesistektominin yapılması ve eğer koledok eksplorasyonu gerekiyorsa kolesistektominin ertelenmesi önerilmektedir (1,4,9). Koledok eksplorasyonu gerekebilecek olgularda kolesistektominin yapıp, koledok eksplorasyonunun ertelenmesi veya postoperatif dönemde ERCP gibi nonoperatif yöntemlerle koledok patolojilerinin tanı ve olanaklı ise tedavisi diğer bir alternatif olabilir.

Aortik cerrahi ve kolesistektominin birlikte uygulandığı olgulardan oluşan serilerdeki graft infeksiyonu ve

Tablo 3. Aort rekonstrüksiyonu indikasyonuna göre görülen komplikasyon oranları

Aort Rekonstrüksiyon indikasyonu	Vasküler Cerrahi		Vasküler*Nonvasküler Cerrahi	
	Kompl. (%)	Mort. (%)	Komp. (%)	Mort. (%)
Ekstremitte kurtarılması	14	10	66	16
Claudication	12	1.3	14	7
Rüptüre abd. aort anevrizması	23	44	50	16
Elektif abd. aort anevrizması	4.5	4.5	e	8
Diğer	6	27	—	—

Tablo 4. Anevrizma cerrahisi ve kolesistektomiden sonra görülen komplikasyon ve mortalite oranları

	Anevrizma Cerrahisi	Anevrizma Cerrahisi* Kolesistektomi
Hasta sayısı	335	45
Komplikasyon (%)	12.8	35.55
Mortalite (%)	2.6	4.4

mortalite oranları Tablo 5'de gösterilmiştir. Kolesistektominin graft infeksiyonunu artırdığına ilişkin görüşler artık pek taraftar bulmamaktadır.

Sonuç olarak abdominal aort cerrahisi uygulanacak hastalarda insidentai veya semptomatik kolelitiazisi-

Tablo 5. Literatürde aortik cerrahi ve kolesistektomide morbidite ve mortalite oranları

	n	Graft inf. (%)	Mortalite (%)
Ochsner (10)	51	0	5.8
Tompkins (11)	15	0	9
Thomas (3)	39	0	9
Bickerstaff (8)	45	0	3.7
Ouriel (1)	18	i	6.5
Ameli (9)	56	0	5.8

sin tedavisi için her hasta ayrı değerlendirilmeli, aort cerrahisinin ve kolesistektominin her hastadaki indikasyon ve kontraindikasyonları ayrıca tartışılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Ouriel K, Ricotta JJ, Adams JT, Dewese JA. Management of cholelithiasis in patients with abdominal aortic aneurysm. *Ann Surg* 1983; 198:717-9.
- Ottinger LW. Acute cholecystitis as a postoperative complication. *Ann Surg* 1976; 184:162-5.
- Thomas JH, McCroskey BL, Iliopoulos JI, Hardin CA, Herreck AS, Pierce GE. Aortoiliac reconstruction combined with nonvascular operations. *Am J Surg* 1983; 146:784-7.
- Kovalcik PJ, Burrell MJ, Old I. Cholecystectomy concomitant with other intra-abdominal operations. *Arch Surg* 1983; 118:1059,62.
- Howard RJ, Simmons RL. Biliary Tract Infections. In: *Surgical Infectious Diseases*. 2nd edition. Norwalk, Connecticut/San Mateo, California: Appleton&Lange, 1988:647-59.
- String ST. Cholelithiasis and aortic reconstruction. *J Vac Surg* 1984; 1:664-9.
- Swanson RJ, Littooy FN, Hunt TK, Stoney RJ. Laparotomy as a precipitating factor in the rupture of intra-abdominal aneurysms. *Arch Surg* 1980; 115:299-304.
- Bickerstaff LK, Hollier LH, Van Peenen HJ, Melton U, Pairó-lero PC, Cherry KJ. Abdominal aortic aneurysm repair combined with a second surgical procedure-morbidity and mortality. *Surgery* 1984; 95:487-91.
- Ameli FM, Weiss M, Provan JL, Johnston KW. Safety of cholecystectomy with abdominal aortic surgery. *Can J Surg* 1987; 30:170-3.
- Ochsner JL, Cooley DA, DeBakey ME. Associated intra-abdominal lesions encountered during resection of aortic aneurysm. *Dis Colon Rectum* 1960; 3:485-90.
- Tompkins WC Jr, Chavez CM, Conn JH, ve ark. Combining intraabdominal arterial grafting with gastrointestinal or biliary tract procedures. *Am J Surg* 1973; 126:598-600.