

Gastroenterolojide Laparoskopinin Değeri (3000 Vak'a Nedeniyle)

TİM VAL VE OF LİPAROSKOPIYIN GASTROENTEROLOJY (DUE TO 3000 CASES).

Prof.Dr.Atilla ÖKTEN, Prof.Dr.Süleyman YALÇIN, Doç.Dr.Güngör BOZTAŞ, Prof.Dr.Oktay YEĞİNSU,
Dr.Sadakat ÖZDİL, Doç.ür.Zeynel MUNGAN, Doç.Dr.Yılmaz ÇAKALOĞLU,
Dr.Sebahattin KAYMAKOĞLU, Prof.Dr.İlhan ULAGAY

İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Gastroenterohepatoloji ABD. İSTANBUL

ÖZET

Laparoskopi kann içi hastalıklarının teşhisinde doğrudan gözle görme yanında, biopsi ile histopatolojik tetkike de imkan veren, komplikasyonu az olan bir muayene yöntemidir. Bu çalışmada 1970-1990 yılları arasında kliniğimizde yapılmış 3000 laparoskopik tetkikin sonuçları gösterilmiştir. Çalışmamızda 1300 vakada (%43.5) kronik karaciğer hastalığı, 764 vakada (%25.4) soliter hepatomegali, 178 vakada (%5.9) eksüda asit, 108 vakada (%3.6) koleslaz, 85 vakada (%2.8) non-sirotik portal hipertansiyon ve 656 vakada (%18.8) diğer sebepler bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi

TKlin Gastroenterohepatoloji 1991,2: 100-104

Laparoskopi (peritonoskopi) 190Tdc Kelling, 1910'da Jacobcaus'un öncülüğünde başlayan, 1920'de Orndorfpun çalışmaları ile klinik araştırmalara giren, sonraki yıllarda hızla gelişen, lokal anestezi altında uygulanabilen, komplikasyonları oldukça az, önemli bir tanı yöntemidir. Bu yöntemle periton boşluğu detaylı olarak incelenmekte, karaciğer yüzeyinin %80'ine yakın kısmı görülebilmekte, 1 mm'ye kadar olan lezyonlar net

Geliş Tarihi: 4.3.1991

Kabul Tarihi: 15.3.1991

Yazışma Adresi: Prof.Dr.Atilla ÖKTLN
İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak.
İç Hastalıkları ABD, Çapa, İSTANBUL

SUMMARY

Laparoscopy is a safe, accurate diagnostic method that yields both macroscopic diagnosis and under its visual guidance, the histopathological nature of the intraabdominal diseases. This study presents the review of 3000 cases to whom laparoscopic diagnosis were made between the years 1970-1990 in our clinic. Of these 3000 cases, 1300 (43.5%) had chronic liver disease, 764 (25.4%) solitary hepatomelagly, 178 (5.9%) exudative ascites, 108 (3.6%) cholestasis, 85 (2.8%) non-chirrotic portal hypertension, and 565 (18.8%) other intraabdominal diseases.

Keywords: laparoscopy

Turk J Gastroenterohepatol 1991, 2: 100-104

olarak incelenmekte, gereğinde ve şartların uygun olduğu hastalarda işlem sırasında biopsi alınabilmektedir (4,5,6,13). Pıhtılaşma bozukluğu nedeni ile ponksiyon biopsisi yapılamayan veya ponksiyon biopsisinin yetersiz ve yanıltıcı sonuçlar verdiği kronik karaciğer hastalıkları, ponksiyon biopsisinin sakıncalı olduğu karaciğerin primer ve sekonder tümörleri, karaciğer hemanjioma ve kistleri, eksüda asitler, karın içi tümörleri ve safra kesesi hastalıkları başlıca endikasyonları oluşturur.

Bilim dalımızda da 20 yıldan beri bu amaçlarla geniş bir uygulama alanı bulmuş ve kesin tanıda güvenilir bir yöntem olmuştur.

Çalışmamız çeşitli nedenlerle laparoskopi uygulanmış 3000 vakanın özelliklerini kapsamaktadır.

MATERYEL VE MEI"OD

Lokal anestezi altında yapılan Laparoskopik muayenede "Kari Storz KG (Tullingen, Almanya)" firmasının laparoskopları ve diğer yardımcı araçları kullanıldı. İşlem sırasında kullanılan aletler "Indox Gas Sterilizer, Model 50" cihazında etilen oksit ile sterilize edildi. Laparoskopik tetkike hastalar aç olarak alındı, lokal anestezi altında sol inguinal bölgeden, dalağı büyük olan hastalarda sağ inguinal bölgeden, filtre edilmiş 3-4 lt. hava pnömopcrituan iğnesi ile verilerek pnömopcrituan yapıldı, yine lokal anestezi altında göbeğin 2-3 cm üstünden sol yandan, dalağı vc/veya karaciğeri büyük olan hastalarda göbeğin 2-3 cm altından, sağ veya sol bölgelerden laparoskop trokarı yerleştirildi. Bunu takiben trokarın içinden laparoskop geçirilerek incelemeler yapıldı.

SONUÇLAR

Laparoskopik inceleme yapılan 3000 hastanın sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. 3000 hastanın 1300'ünde (%43.5) kronik karaciğer hastalığı (1166'sında karaciğer sirozu, 134'ünde kronik hepali) tanısı kondu. Ayrıca, siroz, tanısı kesinleşmiş vakalarımızın %42'sinin mikst nodüler, %24'ünün makro nodüler ve %19'unun mikro nodüler görünümde olduğu saptanmıştır. Vakaların %15'inde çeşitli nedenlerle bu ayırım yapılamamıştır (Tablo 2).

Soliter hepatomegali teşhisi ile incelemeye alınan 764 vakada (%25.4) bulunan başlıca nedenler Tablo 3'de gösterilmiştir. soliter hepatomegalilerin %11.8'inde hepatomegali nedeni belirlenememiştir. Metastatik karaciğer tümörü vakalarının 83 tanesinde (%23.7) laparoskopi sırasında alınan biopsi ile de teşhis doğrulanmıştır. Laparoskopik incelemede hepatosellüler karsinoma tanısı konmuş olan 65 hastanın 24'ünde (%37) hepatosellüler karsinomanın sirozla birlikte olmadığı dikkati çekmiştir.

Eksüda asit tanısı ile incelemeye alınan 178 vakanın 103 tanesinde (%57.8) peritonitis karsinomatoza, 75 tanesinde (%42.2) peritonitis tüberküloza tanısı konmuştur. İşlem sırasında alınan biopsi ile vakaların %49.5'inde peritonitis

Tablo 1. Laparoskopik İnceleme Sonuçları

	Vaka Sayısı	Oran
Kronik kc. hastalıkları		
— Siroz	1166	%38.9
— Kr. hepatit	134	%4.6
Soliter hepatomegaliler	764	%25.4
Lksüda asit	178	%5.9
Kolestaz	108	%3.6
Non-sirotik porlal hipert.	85	%2.8
Diğerleri	565	%18.8
Toplam	3000	%100

Tablo 2. Sirozda Morfolojik Görünüm

	Vaka Sayısı	Oran
Mikst nodüler form	489	%42
Makro nodüler form	281	%24
Mikro nodüler form	226	%19
Sınıflanamayan	170	% 15
Toplam	1166	% 100

Tablo 3. Soliter Hepatomegali Nedenleri

	Vaka Sayısı	Oran
Metastatik karaciğer tümörü	350	% 45.8
İliadatik kist	72	%9.4
Hepatosellüler karsinoma	65	%8.5
Karaciğerde yer işgal eden olay	60	%7.9
Konjestif hepatomegali	34	%4.5
Hepatosleatoz	32	%4.1
Karaciğer hemanjiomasi	26	%3.4
İnfiltratif hepatomegali	18	%2.4
Polikistik karaciğer	13	% 1.7
Lkinokoküs alveolaris	4	%0.5
Diğerleri	90	% 11.8
Toplam	764	%100

karsinomatoza ve %41'inde peritonitis tüberküloza tanısı kesinleştirilmiştir.

Laparoskopik tetkikler sırasında 108 hastanın (%3.6) kolestaz (87'sinde ekstrahepatik, 21'inde intrahepatik) olduğu saptanmıştır. Ekstrahepatik kolestaz tanısında kolestazlı karaciğerde metastatik nodüllerin varlığı ve/veya büyük, gergin safra kesesinin (Curvoisier Terrier bulgusu) varlığı kriter olarak alınmıştır. Laparoskopik incelemede

Tablo 4. Laparoskopik İnceleme Sonuçları

	Vaka Sayısı	Oran
Splenomegali	118	% 20.9
Normal karaciğer	79	% 14.0
I lepatosplenomegali	77	% 13.6
intraabdominal tümör	74	% 13.1
Perihepatit	72	% 12.8
Periton yapışıklıkları	49	% 8.7
Normal karın içi	13	%2.3
Safra kesesi patolojisi	12	%2.1
Akut karaciğer hastahğı	7	% 1.2
Dubin Johnson sendromu	5	%0.9
Situs inversus	2	%0.4
İlemokromatoz	1	% 0.1
Sınıflanamayanlar	56	% 9.9
Toplam	565	% 100

Tablo 5. Laparoskopi Komplikasyonlarımız

	Vaka Sayısı	Oran
Barsak perforasyonu	5	%0.16
Cilt altına kanama	2	% 0.06
Pnömotoraks	1	% 0.03
Ölüm	2	% 0.06
Toplam	10	% 0.31

vakaların 85'inde (%2.8) non-sirotik portal hipertansiyon saptanmıştır. Ayrıca 565 vakada (%18.8) saptanan diğer bulgular Tablo 4'de gösterilmiştir.

Laparoskopik tetkikler sırasında görülen başlıca komplikasyonlar Tablo 5'de gösterilmiştir. Barsak perforasyonu olan 5 vakanın (%0.16) 2'sinde cerrahi müdahale gerekmiştir. Bu 2 vakadan, cerrahi girişim sırasında alınan biopsilerden l'inde peritonitis tüberküloza, diğerinde peritonitis karsinomatoza tanıları konmuştur. Cilt altı kanaması olan 2 vaka (%0.06) ve pnömotoraks gelişen 1 vaka (%0.03) tıbbi önlemlerle düzelmiştir. İki vaka (%0.06) laparoskopik tetkikten sonra 24 saat içinde intraperitoneal kanama nedeniyle kaybedilmiştir.

TARTIŞMA

Ülkemizde, çalışmamızda da görüldüğü gibi karaciğer sirozu laparoskopi yapılan vakaların en geniş grubunu (%38.9) ve başlıca endikasyonunu oluşturmaktadır. Karaciğer sirozu serimizde gerek

koagülasyon bozuklukları, gerekse trombopeni (hipersplenizm) nedeniyle karaciğer ponksiyon biopsisinin yapılamaması, kesin tanıda laparoskopinin üstünlüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca, karaciğer biopsisi yapılabilen hastalarda da, biopsi materyelinin özellikle makro ve mikst nodüller sirozlarda zaman zaman yetersiz kalması, karaciğer sirozu teşhisinde laparoskopik tetkikin önemini ortaya çıkarmaktadır (3,6,13). Oran ve ark. siroz tanısında laparoskopik yöntemin başarı oranının %97.2, karaciğer ponksiyon biopsisinin ise %42 olduğunu saptamışlardır (7). Ülkemizde sirozun başlıca nedeninin batı ülkelerinden farklı olarak viral hepatit olması ve bu vakaların makro veya mikst nodüller oluşu laparoskopik tetkik yönteminin değerini daha da arttırmaktadır.

Yirmi yıllık sürede 764 hasta (%25.4) soliter hepatomegali tanısı ile laparoskopik incelenmeye alınmıştır. Tablo 3'de de görüldüğü gibi soliter hepatomegalinin en sık sebebinin 350 vaka (%45.8) ile metastatik karaciğer tümörü olduğu, bunu karaciğer hidatik kistin (%9.4) ve hepatosellüler karsinomunun (%8.5) izlediği anlaşılmaktadır. Metastatik karaciğer tümörü tanısı koyulmuş 350 vakanın sadece 83 tanesinde (%23.7) laparoskopi işlemi sırasında biopsi alınarak tanı doğrulanmıştır. Diğer vakalarda tipik göbekenme gösteren metastatik nodüllerin görülmesi tanı için yeterli bulunmuştur. Metastatik karaciğer tümörlerinde, karaciğer ponksiyon biopsisinin tanı değerinin %50'yi bile bulamayacağı, bu nedenle metastatik karaciğer tümörü düşünülen vakalarda laparoskopik tetkikin çok önemli olduğu, pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiştir (1,8,12).

Günümüzde US, CAT ve NMR gibi non-invazif yöntemler hidatik kist tanısını koymada büyük kolaylıklar sağlamaktadır (11). Çalışmamızda hidatik kist tanısı koyduğumuz hastaların büyük bir kısmı, yukarıda saydığımız modern tıp imkanlarının henüz, yaygınlaşmamış olduğu dönemlerde incelenmeye alınmıştır. Karaciğer ponksiyon biopsisi hidatik kist ve hemanjioma vakalarında komplikasyonlara neden olabileceğinden, bu vakalarda laparoskopik incelemenin önemi tartışılmaz. Ayrıca alveoler kistte laparoskopik görünüm metastatik karaciğer tümörünü andırabilir. Bu vakalarda laparoskopik biopsi seçilecek tanı yöntemidir.

Hepatosellüler karsinoma %60-80 oranında karaciğer sirozu zemininde gelişir, Ökten ve ark. yapmış oldukları çalışmada hepatosellüler karsinomanın %61 oranında siroz zemininde, %39 oranında siroz olmaksızın geliştiğini göstermişlerdir (9). Çalışmamızda bu oran sırasıyla %63 ve %37'dir. Ayrıca hepatosellüler karsinomanın damardan zengin oluşu nedeniyle kanama komplikasyonu da dikkate alındığında laparoskopik yöntem, karaciğer ponsiyon biopsisine tercih edilmektedir. Bununla beraber makroskopik görünüm bazı vasküler yapıdan zengin hepatosellüler karsinomanın hemanjiomla karıştırılmasına da sebep olduğu unutulmamalıdır. Laparoskopi sırasında hepatosellüler karsinomadan alınacak biopsi sonrası olası kanama komplikasyonlarına karşı elektrokoter uygulayıp, kanamanın kontrol altına alınması mümkün olmaktadır (5).

Peritonitis karsinomatoza tanısı koyarken periton ve karın içi organlardaki lezyonların yaygınlığı ve nodüler oluşu, sınırlı, şeffaf ve palpasyon sondası ile sert kıvamda olmaları yol gösterici olmaktadır. Peritonitis tüberküloza vakalarında paryetal ve visseral peritonun konjestif, kırmızı, ödemli görünümü ve yapışıklıkların bulunması ile birlikte (barsak ansları, omentum, karaciğer, dalak ve karın duvarı arasında) 1-3 mm büyüklüğündeki, beyazımsak, milier granülomların varlığı tipik bulgular olarak kabul edilmektedir (2,10). Eksüda asitli hastalarımızda bu bulgular dikkate alındığında 178 vakanın 103'ünde (%57.8) peritonitis karsinomatoza, 75 tanesinde (%42.2) peritonitis tüberküloza tanısı konmuştur. Ancak 178 vakanın 82 tanesinde (%46) lezyonlardan biopsi yapılmıştır. Peritonun metastatik tümörleri ile tüberküloz lezyonlarının ayrılmasında bazen biopsi yapılmasının şart olduğunu da belirtmeliyiz. Laparoskopi ve laparoskopik biopsinin eksüda asitlerin ayırıcı tanısında kolay uygulanabilir, erken ve doğru tanı koyma üstünlüğü taşıyan, komplikasyonsuz bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

Kolestazlı hastaların laparoskopik tetkikleri sırasında karaciğerin koyu yeşilimsak görünümüne ilaveten, üzerinde metastatik nodüllerin görülmesi ve/veya gergin, büyük safra kesesinin bulunması, kolcstazın ekstrahepatik olduğunu gösteren önemli bulgulardır (13). Gustavo ve ark. ikterli hastalarda yaptıkları laparoskopik tetkiklerde, olayın %77.5

oranında ekstrahepatik nedenlere bağlı olduğunu göstermişlerdir (4). Çalışmamızda kolcstazın 87 vakada (%80) ekstrahepatik nedenlerden dolayı olduğunu tesbit ettiğimizden sonuçlar arasında uygunluk bulunmuştur.

Presinüzoidal intra veya ekstrahepatik portal hipertansiyon ve hipersplenizmi vakalarda trombositopeni nedeni ile karaciğer biopsisi yapılmadığında, sirozun olup olmadığını göstermede ve tanıyı kesinleştirmede laparoskopinin önemi küçümsenemez. Bu hastalarda laparoskopi sırasında büyük ve konjestif bir dalağın, omentumda yaygın kollaterallerin görülmesi yanında karaciğerin normal olarak bulunması, hastada siroz dışında bir portal hipertansiyon sebebinin bulunduğunu işaret etmektedir (6). Vaka serimizde 85 hastada (%2.8) portal hipertansiyon tanısı konmuş, olayın siroza bağlı olmadığı gösterilmiştir.

Laparoskopi, tecrübeli ellerde oldukça tehlikesiz bir yöntem olmakla birlikte, yine de bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir. Geniş serilerde barsak perforasyonu, intraabdominal veya cild altına kanama, pnömotoraks gibi komplikasyonlara %0.14-%0.87 oranında rastlandığı, ölümün %0.014-%0.090 oranında görüldüğü bildirilmektedir (13). Çalışmamızda komplikasyon oranı %0.31 olup, ölüm oranı %0.06 dır ve sonuçlar literatüre uygunluk göstermektedir. Ölümle sonuçlanan iki laparoskopik tetkikin, laparoskopi uygulamamızın ilk beş yılında görülmesi, son 15 senede buna benzer bir olayla karşılaşmamış olmamız dikkati çeken bir durumdur.

Sonuç olarak: 20 yıllık laparoskopi tecrübesinin ışığında özellikle şu hususları belirtiriz.

1. Her hastanın önce klinik olarak gayet iyi değerlendirilmesi yapılarak, diğer tanı yöntemleri ile zaman ve mali kayba düşmeden, laparoskopi ile kısa yoldan karaciğer, periton hastalıklarının tanısı yapılabilir.

2. Laparoskopi, klinik-bioşimik ve invazif yöntemlerle de sonuca ulaşamayan belirli vakalarda son en emin teşhis aracı olabilir.

3. Portal hipertansiyon ve kronik-karaciğer hastalıklarının tanısında, hepatic biopsinin yapılmadığı veya yetersiz kaldığı durumlarda laparoskopi tek ve emin tanı aracıdır.

KAYNAKLAR

1. Çalangu S, Oran M, Ökten M, Kaysı A, Yeğinsü O, Yıldır C, Ulagay İ: Soliter hepatomgalide karaciğer tümör ve kistlerinin yeri ve laparoskopinin tanı değeri. Tıp Fak. Mecm. 1980, 43: 668.
2. Geake TMS, Spitaels JM, Moshal MG, Simjee AE: Peritoneoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis. Gastrointest. Endoc. 1981, 27: 66.
3. Herrera J, Brewer T, Peura D: Diagnostic laparoscope A prospective review of 100 cases. The Am. J. Gastroent. 1989, 84:1051.
4. Kuster G, Biel F: Accuracy of laparoscopic diagnosis. Am. J. Med. 1967, 42: 388.
5. Lightdale JC: Laparoscopy and biopsy in malignant liver disease. Cancer 1982, 50: 2672.
6. Oran M: Karaciğer safra yolları ve kronik periton hastalıklarında laparoskopinin tanı değeri. Cömertiş matbaası: İstanbul 1975.
7. Oran M, Ökten A, Oral T, Çalangu S, Yalçın S, Ulagay İ: Karaciğer sirozu tanısında ponksiyon biopsisi ve laparoskopinin karşılaştırılması. Tıp Fak. Mecm. 1979, 42: 315.
8. Ökten A, Yalçın S, Ulagay İ, Oran M: Metastatik karaciğer kanserleri. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu yayınları. 1976, 176.
9. Ökten A, Yalçın S, Yeğinsü O, Özdi S: Hepatosellüler karsinom (49 Vak'alık bir seri). 6. Ulusal Kanser Kongresi Bildirileri, 1985, 2: 135.
10. Ökten A, Tözün N, Yıldır C, Yalçın S, Ulagay İ: Eksüda asitlerde peritoneoskopinin tanı değeri. Tıp Fak. Mecm. 1983, 46: 215.
11. Sherlock S: diseases of the liver and biliary system. Blackwell Scientific Pub., London, Eighth Ed. 1989, 568.
12. Van Waes L, D'aveloose J: Diagnostic accuracy of laparoscopy in the detection of liver metastases. Gastroenterology 1978, 74: 1107.
13. Zakim D: A Textbook of liver disease. WB. Saunders Comp. Philadelphia, Sec. Ed, 1990, 701.