

Laparoskopi Çağında Safra Taşı Hastalığı ve Umbilikal Herni Birlikteliğinin Önemi

The Significance of the Coexistence of Cholelithiasis and Umbilical Hernia in Laparoscopy Era

Bahadır Osman Bozkırlı, Rıza Haldun Gündoğdu, Hande Temel, Pamir Eren Ersoy, Turgay Sayın, Soner Akbaba

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Ortak risk faktörlerine sahip kolesistiyazis ve umbilikal herni, aynı hastada cerrahin karşısına çıktığında bazı teknik sorunlara yol açabilmektedir. Buna karşın kolesistiyazisli hastalarda umbilikal herni görülme insidansını araştıran çalışmaların sayısı oldukça azdır. Çalışmamızda, kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastalarda umbilikal herni görülme oranının belirlenmesi ve buradan yola çıkılarak kolesistiyazis ve umbilikal herninin aynı hastada birlikte görülmesinin neden olabileceği sorunların tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntemler: 2006 ve 2012 yılları arasında laparoskopik kolesistektomi yapılan 886 semptomatik kolesistiyazis hastasının kayıtları incelendi.

Bulgular: Sekiz yüz seksen altı hastanın 204'ünde (%23.02) umbilikal herni birlikteliği tespit edildi. Bu hastalardan 163'ü kadın, 24'ü erkekti. Ortalama beden kitle indeksi umbilikal hernisi olan hastalarda 32.6 kg/m², olmayan hastalarda 28.1 kg/m² idi.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi yaptığımız hastalarda umbilikal herni oranı diğer çalışmalara göre yüksek çıkmıştır. İki hastalığın birlikteliği bazı teknik sorunlara neden olabileceğinden umbilikal herninin laparoskopik kolesistektomi öncesinde fark edilmesi önemlidir. (*Gazi Med J 2012; 23: 59-61*)

Anahtar Sözcükler: Kolesistiyazis, laparoskopik kolesistektomi, umbilikal herni

Geliş Tarihi: 16.08.2012

Kabul Tarihi: 30.08.2012

ABSTRACT

Objective: Cholelithiasis and umbilical hernia, which have common risk factors, may cause some technical problems to the surgeon when encountered in the same patient. However, there are only a few studies investigating the incidence of umbilical hernia in patients with cholelithiasis. Our purpose is to define the incidence of umbilical hernia in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy in our clinic, and to discuss the potential problems that can be caused by the coexistence of cholelithiasis and umbilical hernia in the same patient.

Methods: The records of 886 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy for symptomatic cholelithiasis between 2006 and 2012 were investigated.

Conclusion: The incidence of umbilical hernia in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy was higher in our study than in previous studies. Since the coexistence of the two diseases may cause technical problems, it is important to diagnose umbilical hernia before the operation in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. (*Gazi Med J 2012; 23: 59-61*)

Key Words: Cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, umbilical hernia

Received: 16.08.2012

Accepted: 30.08.2012

Sunulduğu Kongre: Bu çalışma 18. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde (23-27 Mayıs 2012 İzmir) sunulmuştur

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Bahadır Osman Bozkırlı, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye Tel: +90 312 291 25 25 E-posta: bbozkirli@gmail.com

©Telif Hakkı 2012 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine www.gazimedicaljournal.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2012 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at www.gazimedicaljournal.org

doi:10.5152/gmj.2012.21

GİRİŞ

Safra taşı hastalığı, sindirim kanalını en sık etkileyen sorunlardan biridir (1). Otopsi çalışmalarında safra taşlarının sıklığı %11 ile 36 arasında değişmektedir (2). Türkiye'deki verileri inceleyen bir çalışmaya erişilememekle birlikte ABD'de yıllık 6,5 milyar dolarlık sağlık harcaması ile sindirim kanalının en maliyetli sorunudur (1). Erişkinlerde sık görülen sorunlardan biri de umbilikal hernidir (3). Umbilikal herniler epigastirik hernilerle birlikte karın duvarı fıtıklarının %10'luk kısmını oluşturur (4). Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada karın duvarı hernileri arasında inguinal hernilerden sonra ikinci sırada geldiği bildirilmiştir (5). Her ikisi de sık görülen bu iki hastalık zaman zaman cerrahların karşısına aynı hastada birlikte çıkabilmektedir (6).

Kolelitiazis ile birlikte umbilikal herni varlığı, laparoskopik kolesistektomi sırasında teknik zorluklara yol açabilmekte ve bir takım komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır (7).

İki hastalığın birlikte bulunmasının neden olabileceği teknik sıkıntılar da göz önüne alınırsa cerrahların karşısına bu denli sık çıkan bu iki sorunun birlikteliğinin oldukça az sayıda çalışmada incelenmiş olması oldukça şaşırtıcıdır (7, 8). Çalışmamızda, kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastalarda umbilikal herni görülme oranının belirlenmesi ve buradan yola çıkılarak iki hastalığın birlikte görülmesinin neden olabileceği sorunların tartışılması amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER

Ocak 2006 ile Şubat 2012 tarihleri arasında kliniğimizde semptomatik kolelitiazis nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların kayıtlı verileri incelendi. Laparoskopik kolesistektomi ile birlikte umbilikal herni onarımı yapılan hastaların sayısı, cinsiyetleri, yaşları, beden kitle indeksleri (BKİ) ve herni onarımının yöntemi belirlendi. Daha önceden karın ameliyatı geçirmiş olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların umbilikal fasya defektleri preoperatif dönemde yapılan genel muayene sırasında saptandı. Umbilikal herninin saptanmasında ayrıca herhangi bir görüntüleme yöntemi kullanılmadı.

Laparoskopik kolesistektomi, umbilikal defektin saptanmadığı tüm hastalarda göbek altından yapılan yaklaşık 1.5 cm'lik cilt insizyonundan Verres iğnesi girilip karın şişirilerek standart dört trokarlı yöntemle yapıldı. Umbilikal defekt saptanan hastalara ise laparoskopik kolesistektomiye ek olarak aynı seansta umbilikal herni onarımı uygulandı. Bu hastalarda genel anestezi altında umbilikus altından smile insizyon ile girilerek fıtıklaştıran periton kesesi ayrıştırıldı ve kenarları iki adet klemp ile tutuldu. Aradaki periton, visseral organ hasarına yol açmamaya özen gösterilerek kesildi ve buradan laparoskopik kanül ile karın içine girildi (9). Kanül çevresindeki fasya ve peritona çuval ağzı dikişi konularak insuflasyon sırasında CO₂ kaçağı engellendi. Laparoskopik kolesistektomi tamamlandıktan sonra herni onarımı ile ameliyat tamamlandı.

Üç cm'den küçük defektler polipropilen sütürlerle primer onarılrken 3 cm'den büyük defektler için polipropilen sütürlerle yaklaşırlan fasyanın üzerine polipropilen yama ile takviye yapıldı.

Umbilikal hernisi olan ve olmayan hastaların BKİ'leri Student's t-test ile karşılaştırıldı. p<0.01 değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi. İstatistik hesaplamaları için IBM SPSS Statistics Standart programı kullanıldı.

BULGULAR

Kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi uygulanan toplam 886 hastanın 503'ü kadın ve 383'ü erkekti. Bu hastalardan 204 tanesinde (%23.02) umbilikal herni tespit edildi. Yaş ortalaması bütün hastalarda 55.1 (kadın hastalarda 55.8, erkek hastalarda 53.4, bütün hastalarda yaş aralığı 21-79) idi. BKİ bütün hastalarda ortalama 29.2 kg/m² (kadınlarda 30.5 kg/m², erkeklerde 28.1 kg/m², bütün hastalarda BKİ aralığı: 22-40 kg/m²) idi. BKİ değerleri umbilikal hernisi olan hastalarda ortalama 32.6 kg/m² (standart sapma 4.72); umbilikal hernisi olmayan hastalarda ortalama 28.1 kg/m² (standart sapma 4.06) idi. BKİ umbilikal hernisi olan hastalarda olmayan hastalara göre anlamlı ölçüde yüksek bulundu (p<0.01). Umbilikal herni saptanan hastalardan 163 tanesi kadın ve 41 tanesi erkekti. Otuz üç hastanın umbilikal hernisi semptomatik idi. Geri kalan hastaların umbilikal defektleri preoperatif rutin muayene sırasında saptandı. İki yüz dört hastanın 17 tanesine yama ile onarım yapılırken kalan hastalara primer onarım uygulandı.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların hepsinde safra taşı ya da taşları mevcuttu. Akut kolesistit sebebiyle kolesistektomi yapılan hasta yoktu ve safra kesesi kanserine hiç rastlanmadı.

Başta karına giriş olmak üzere cerrahi işlemler sırasında herhangi bir komplikasyon olmadı. Çalışmaya dahil edilen hiçbir hasta kaybedilmedi. Hastaların umbilikal herni nüksü ile ilgili kayıtlarına ulaşılamadı.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi, kolelitiazis tedavisinde "altın standart yöntem"dır. Laparoskopik olgularda, umbilikal herni varlığı, CO₂ insuflasyonu ve trokarın girişi ile ilgili teknik sorunlara neden olabilmektedir (7). Bilindiği gibi kolelitiazisin risk faktörlerinden olan kadın cinsiyet, obezite ve multiparite aynı zamanda umbilikal herni için de risk oluşturmaktadır (10, 11). Bu yüzden umbilikal herni insidansının kolelitiazisli hastalarda normal topluma göre fazla olması beklenebilir. Bununla birlikte literatürde bu iki hastalığın birliktelik oranından bahseden çok az çalışma vardır (7, 8). Bu çalışmalardan birini yapan Nassar ve arkadaşları, (7) laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda operasyon öncesinde var olan umbilikal ve paraumbilikal defektlerin insidansını %12 olarak bildirmişlerdir. Kamer ve arkadaşları (8) da kendi serilerinde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarının %10.5'inde aynı seansta umbilikal herni onarımı yaptıklarını belirtmişlerdir. Diğer bir çalışmada ise laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda umbilikal herni oranı %4.7 olarak raporlanmıştır (12). Bizim çalışmamızda bu oran, bugüne kadar yapılan çalışmalarda belirtilen oranlara göre yüksek (%23.02) saptanmıştır. Bu durum, çalıştığımız hasta popülasyonunun özellikleriyle ilişkili olabilir. Hastalarımızın çoğunluğu vücut kitle indeksi yüksek hastalardı. Özellikle umbilikal hernisi olan kolelitiazisli hastalarımızın çoğunluğunun obezite sınırının üzerinde olduğu (bu hastalarda ortalama BKİ 32.6 kg/m²) göze çarpmaktadır. Bulgularımıza göre bu hastaların umbilikal hernisi olmayan kolelitiazisli hastalara göre BKİ'leri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Buradan yola çıkılarak yüksek BKİ'nin aynı hastada kolelitiazis ile birlikte umbilikal herni görülme olasılığını arttırdığı öngörülebilir.

Çalışmamızın sonuçları, laparoskopik kolesistektomi uygulanan yaklaşık her dört hastadan birinde umbilikal herni görüldüğünü göstermektedir. Bu durum, kolelitiazis tanısıyla ameliyat planlanan hastalarda ayrıntılı fizik muayenenin önemini vurgulamaktadır, çünkü

Veress iğnesi ile pnömoperiton oluşturulurken herni kesesi içindeki organların ve yapıların yaralanma riskinden söz edilmektedir (8). Bilindiği gibi laparoskopi uygulanan hastalarda oluşan pek çok komplikasyon laparoskopun karına giriş metodu ile ilgili olarak meydana gelebilmektedir (13). Bu komplikasyonlardan bağırsak, mesane ve majör intraabdominal damarların yaralanmaları hayatı tehdit eder niteliktedir. Laparoskopide karına en uygun giriş tekniği hakkında hala bir görüş birliği yoktur (14). Ahmad ve arkadaşları (14) yayınladıkları Cochrane analizinde hiçbir tekniği visseral ve vasküler yaralanmaların önlenmesi açısından diğerlerine üstün bulmamışlardır. Bununla birlikte bu metaanalizin taradığı, kapalı ve açık laparoskopi tekniklerini karşılaştıran çalışmalar arasında, özellikle umbilikal hernisi olan hastaları da içeren bir çalışma bulunmamaktadır. Bizim klinik yaklaşımımız, umbilikal hernisi olmayan hastalarda operasyona umbilikus altından açılan yaklaşık 1.5 cm'lik bir deri insizyonundan veress girerek başlamak, umbilikal hernisi bulunan hastalardaysa açık trokar tekniği uygulamaktır. Serimizde karına giriş sırasında hiç yaralanma olmaması bu yaklaşımımızın uygun olduğunu göstermektedir kanısındayız.

Kolelitiazis ve umbilikal herninin birlikte saptanması ayrıca postoperatif komplikasyonlar açısından da önem taşımaktadır. Zira, literatürde kolelitiazise eşlik eden umbilikal hernilerin laparoskopik kolesistektomi sonrasında insizyonel herni ihtimalini arttırdığı belirtilmektedir (7, 15). Çalışmamızdaki umbilikal hernili kolelitiazis hastalarından yalnız %16.1'inin umbilikal hernisinin semptomatik olduğu da göz önüne alınırsa, bu hastalarda umbilikal defektin operasyon öncesinde fark edilip operasyonda uygun şekilde onarılmasının büyük önem taşıdığı ortaya çıkacaktır. Ayrıntılı fizik muayene yapılmadığı takdirde pek çok asemptomatik hastanın defekti fark edilmeden atlanıp ameliyat sırasında ve sonrasında sıkıntılara yol açabilecektir. Umbilikal hernili kolelitiazis hastalarımızda BKİ'nin umbilikal hernisi olmayan kolelitiazisli hastalara göre yüksek bulunduğu ve obez hastalarda muayene bulgularının daha kolay gözden kaçabileceği de düşünülürse bu hastalarda fizik muayeneye özel önem vermek gerektiği sonucuna varılabilir.

Laparoskopik kolesistektomi planlanan hastalarda saptadığımız yüksek umbilikal herni insidansı, ayrıca, umbilikal herni için ameliyat planlanan hastalarda ameliyat öncesi safra taşı hastalığının ekarte edilmesinin gerekliliğini de vurgulayan bir veri olabilir. Yapılacak greftli bir umbilikal herni onarımının göbek çevresinde oluşturacağı yoğun fibrozis nedeniyle göbek trokarının karına girilmesinde zorluk yaratacağı ve hatta trokarın uygun alandan girilmesine engel olabileceği kanısındayız. Bu yüzden umbilikal herni onarımı planlanan hastalarda ameliyat öncesi dönemde karın ultrasonografisi yapılmasının gerekliliği tartışılabilir. Bununla birlikte aynı hastada önceden yapılmış greftli umbilikal herni onarımlarının daha sonra yapılacak bir laparoskopik işlem sırasında yol açabileceği teknik sorunlar ile ilgili bir çalışmaya rastlayamadık. İleride yapılacak çalışmalar bu konudaki bilgimize katkı sağlayabilir.

SONUÇ

Kolelitiazis için operasyon planlanan hastalarda preoperatif dönemde umbilikusun muayenesine dikkat edilmeli, obez hastalarda bu konuya ayrıca önem verilmelidir. Eğer umbilikal defekt varsa karına giriş sırasında özel dikkat sarf edilmeli ve kolesistektomi tamamlandıktan sonra defekt uygun yöntemle (gerekirse yama kullanılarak) kapatılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Saldinger PF, Cocieru A. The natural history of gallstones. In: Jarnagin WR, editor. Blumgart's surgery of the liver, biliary tract, and pancreas. 5th ed. New York: Elsevier; 2000. p. 483-6.
2. Hunter JG. Gallbladder and Biliary System. In: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editors. Schwartz's Principles of Surgery. 9th ed. USA: The McGraw-Hill Companies; 2010; 1135-66.
3. Kulaçoğlu H, Yazıcıoğlu D, Özyaylalı I. Prosthetic repair of umbilical hernias in adults with local anesthesia in a day-case setting: a comprehensive report from a specialised hernia center. Hernia 2012; 16: 163-70. [\[CrossRef\]](#)
4. Malangoni MA, Rosen MJ. Hernias. In: Townsend JM, Jr, Beuchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. Sabiston Textbook of Surgery. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012.p.1114-40.
5. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle GT. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? JRSJ Short Rep 2011; 2: 5. [\[CrossRef\]](#)
6. Wright BE. Laparoscopic cholecystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair. J Postgrad Med 2007; 53: 156. [\[CrossRef\]](#)
7. Nassar AH, Ashkar KA, Rashed AA, Abdulmoneum MG. Laparoscopic cholecystectomy and the umbilicus. Br J Surg 1997; 84: 630-3. [\[CrossRef\]](#)
8. Kamer E, Unalp HR, Derici H, Tansug T, Onal MA. Laparoscopic cholecystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair: a retrospective study. J Postgrad Med 2007; 53: 176-80. [\[CrossRef\]](#)
9. Gett RM, Joseph MG. A safe technique for the insertion of the Hasson cannula. ANZ J Surg 2004; 74: 797-8. [\[CrossRef\]](#)
10. Bellows CF, Berger DH, Crass RA. Management of gallstones. Am Fam Physician 2005; 72: 637-42.
11. Velasco M, Garcia-Urena MA, Hidalgo M, Vega V, Carnero FJ. Current concepts on adult umbilical hernia. Hernia 1999; 3: 233-9. [\[CrossRef\]](#)
12. Ermilychev AA, Kravchenko VV, Popenko GA. Technical aspects of laparoscopic cholecystectomy in umbilical hernia. Klin Khir 2004; 2: 8-10.
13. Jansen FW, Kolkman Wendela, Baccum EA, de Croon CD, Trimbo-Kemper TCM, Trimbo JB. Complications of laparoscopy: An inquiry on closed versus open-entry technique. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 634-8. [\[CrossRef\]](#)
14. Ahmad G, O'Flynn H, Duffy JM, Phillips K, Watson A. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database Syst Rev 2012; 2: CD006583.
15. Azurin DJ, Go DS, Arroyo LR, Kirkland ML. Trocar site herniation following laparoscopic cholecystectomy and the significance of an incidental pre-existing umbilical hernia. Am Surg 1995; 61: 718-20.