

Jinekolojide laparoskopik appendektominin yeri: 2 olgu sunumu*

Umur KUYUMCUOĞLU (**), Hüsni GÖRGEN (***), M. Nuri DELİKARA (****)

ÖZET

Appendektomi genellikle genel cerrahların yaptığı bir operasyon olmasına karşılık, pelvik problemi nedeni ile jinekologlar tarafından diagnostik laparoskopi yapılan olgularda appendikse ait patoloji saptanabilir ve appendektomi yapılması gerekebilir. Kronik pelvik ağrı ve tuboovarian abse düşünülen iki olguya diagnostik ve operatif amaçlı laparoskopi yapıldı. Birinci olgumuzda minimal endometriosis (rAFS skor: 3 puan) ile birlikte çekum, appendiks, çıkan kolon ve pelvis yan duvarının konglomerat oluşturduğu gözlemlendi. Postoperatif genel cerrahi konsültasyonunu takiben adezyolizis ve appendektomi yapıldı. İkinci olgumuz genel cerrah tarafından sevk edilen ve jinekolojik patoloji düşünülen akut batın tablosu gösteren olgu idi. Tuboovarian abse ve PID ön tanıları ile laparoskopi yapılan hastada perforate apandisit saptandı, peroperatif genel cerrahi konsültasyonunu takiben hastaya laparoskopik appendektomi yapıldı. Akut veya kronik pelvik ağrı yakınmasıyla jinekologlar tarafından diagnostik laparoskopi yapılan olgularda appendikse ait patoloji saptanabilmektedir. Bu nedenle endoskopik cerrahi yapan jinekologlar gerekli olgularda appendektomi yapabilmelidirler.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, appendektomi

SUMMARY

Appendectomy during gynecologic laparoscopic surgery: 2 cases

Although appendectomy is usually performed by general surgeons, it is not unusual for gynecologists to discover an appendicial pathology when a diagnostic laparoscopy has been undertaken for a woman with pelvic pain. Two cases diagnosed as chronic pelvic pain and tubo-ovarian abscess, underwent diagnostic and operative laparoscopy. The first case had minimal endometriosis (rAFS score: 3 points) together with a conglomerate of cecum, appendix, ascending colon and pelvic side wall. Adhesiolysis and appendectomy are performed following intraoperative consultation by a general surgeon. The second case was referred by a general surgeon for acute abdomen through to be consul by a gynecologic pathology. Perforated appendix is identified and laparoscopic appendectomy is performed after general surgery consultation during the operation. Appendical pathologies can be observed during diagnostic laparoscopies performed by gynecologists for acute or chronic pelvic pain. For this reason, gynecologists dealing with endoscopic surgery should be able to perform appendectomy when necessary.

Key words: Laparoscopy, appendectomy

GİRİŞ

Operatif laparoskopi son yıllarda peçok jinekolojik hastalığın cerrahi tedavisinde tercih edilen bir yöntem halini almıştır. Laparotomi ile kıyaslandığında, hastanede yatış süresinin

kısalması, postoperatif komplikasyonların azalması, kozmetik avantajlar ve düşük maliyet bu yöntemi çok kullanılır hale getirmiştir. Bu yöntemin sık ve yaygın olarak kullanılmaya başlanması sonucu pelvik problemi nedeni ile jinekologlar tarafından diagnostik laparoskopi yapılan olgularda apendikse ait patoloji saptanabilmektedir ve appendektomi yapılması gerekebilmektedir.

Bu şekilde pelvik sorunu nedeniyle laparoskopi yaptığımız ve appendikse ait patoloji saptadığımız iki olguyu sunuyoruz.

(*) Bu çalışma II. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi'nde tebliğ edilmiştir (14-16 Eylül 1995, İstanbul).

(**) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doç. Dr.

(***) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Op. Dr.

(****) Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Asis. Dr.

OLGU BİLDİRİSİ

Olgu 1: 32 yaşında G.4 P.1 A.3 Y.1 olan hasta kronik pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Ağrı künt vasıfta ve sağ bacağa yayılmakta imiş. Hastaya 6 ay önce yine aynı şikayetleri nedeniyle diagnostik laparoskopi yapılmış. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine hasta diagnostik ve operatif amaçlı laparoskopi yapılmak üzere hospitalize edildi. Hasta dorsolitotomi pozisyonunda ve genel anestezi altında opere edildi. Operasyon süresince mesane distansiyonunun engellenmesi amacıyla Foley sonda tatbik edildi. Uterus manipulasyonunu sağlamak amacıyla transervikal olarak ZUİ-4-0 kanülü yerleştirildi. Veress iğnesi ile infraumblikal olarak batına girildi ve batın içi basıncı maksimum 15 mmHg olacak şekilde CO₂ gazı 7 lt/dk hız ile verildi. Pnömooperiton oluşturulduktan sonra infraumblikal olarak 10 mm'lik trokar ile batına girildi ve teleskop, kamera aracılığıyla görüntü monitöre aktarıldı.

Bütün diğer girişimler laparoskopik görüntüleme ve Trendelenburg pozisyonunda yapıldı. Sağ ve sol suprapubik, rektus kasının distalinden 2 adet 5 mm'lik trokar batına sevk edildi ve yardımcı enstrümanlar bu trokarlardan batına sevk edildi. Hastada minimal endometriozis (rAFS skor: 3 puan) ile birlikte çekum, appendiks, çıkan kolon ve pelvis yan duvarının konglemerat oluşturduğu gözlemlendi. Adezyolizis ve endometriozis odaklarının koterizasyonunu takiben, peroperatif genel cerrahi konsültasyonunun sonucu appendektomi yapılması kararlaştırıldı. Çekum, appendiks etrafındaki adezyonlar açıldıktan sonra retrograd olarak appendiks tabanından appendiks ucuna doğru mesoappendiks bipolar koter ve endoklip yardımı ile kesildi ve appendiks serbestleştirildi. Appendiksin boyu 27 cm idi. Appendiks tabanına 2 adet endoloop sütür konuldu ve distal kısmına bipolar koterizasyonu takiben kesildi. Trokar içerisinden geçirilerek batın dışına alındı. Operasyon sonunda batın bol Ringer Laktat solüsyonu (içerisinde heparin 5000 Ü/1 lt) ile irrije ve aspire edildi. Patoloji sonucu: akut apandisit. Hastanın operasyon sonrasında ağrılarında azalma oldu.

Olgu 2: Bu olgumuz genel cerrah tarafından jinekolojik patoloji düşünülerek sevk edilen ve akut batın tablosu gösteren olgu idi. 27 yaşında G.0 olan olguda akut olarak kasıklarında başlayan ağrı karına yayılmış. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 10400/mm³, tam idrar tahlili normal, gebelik testi negatif idi. Jinekolojik muayenede EGO doğal, vajen relaks, serviks erozyone, kollum hareketleri ağırlı, uterus retrovert, normal cesamette, adnekslerde hassasiyet mevcuttu. Hastaya tuboovarian abse ve PID ön tanıları ile laparoskopi yapılması kararlaştırıldı. Birinci olgumuzda belirtildiği gibi trokarlar batına sevk edildi. Yapılan inspeksiyonda uterus normal büyüklükte, isthmus ve fundusta 2 adet 1x1 cm'lik subseröz myom mevcuttu. Her iki tuba ileri derecede hiperemik, ödemli, kıvrımlı idi. Overler ve tubalar etrafında psödomembranlar ve fibrin depozitleri gözlemlendi. Douglasta 50 cc kadar pü mevcuttu. Appendiks hiperemik ve erektil görünümünde idi. Peroperatif genel cerrahi konsültasyonu sonucu perfore apandisit tanısıyla laparoskopik appendektomi yapılması kararlaştırıldı. Appendiks mezosuna 2 adet endoloop sütür konularak appendektomi tamamlandı ve trokar yardımı ile batın dışına alındı. Batın bol ringer laktat solüsyonu ile irrije ve aspire edildi. Patoloji sonucu: perfore akut apandisit.

TARTIŞMA

Pelvik problemi nedeni ile jinekologlar tarafından diagnostik laparoskopi yapılan olgularda appendikse ait patoloji saptanabilir ve appendektomi yapılması gerekebilir. Kadınlarda birçok jinekolojik rahatsızlık nedeniyle meydana gelen semptom ve bulgular akut apandisit ile karışabilmektedir ⁽¹⁾.

Bunların başlıcaları ovulasyon, over kisti, endometriosis, salpenjit ve üriner sistem hastalıklarıdır. Akut apandisit semptom ve bulguları akut pelvik enflamatuvar hastalık ile oldukça benzemektedir ve karıştırılabilmektedir. Orta derecede lökositoz her iki hastalıkta da bulunur. Ultrason incelemesinde appendikste distansiyon saptanabilir ve ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Tüm yapılan muayene ve tetkiklere

rağmen teşhiste şüpheye düşülebilir ve laparoskopik yapmak gerekir. Kadınlarda akut apandisit yanlıştır teşhis oranı % 39'dur (2). Diagnostik laparoskopik ile normal appendektomi oranı % 1'e düşmektedir (3).

İnsidental olarak appendektomi yapılan 100 olgunun 52'sinde appendiks normal, 28'inde adezyon, 14'ünde endometriosis odakları, 4'ünde fokal kronik inflamasyon, 1 olguda benign mukosel ve 1 olguda da karsinoid saptanmıştır (4). 1718 olgunun incelendiği bir diğer çalışmada ise olguların % 21.4'ü normal, % 65.1'i kronik hastalık bulgusu ve % 5.6'sında karsinoid, mukosel ve endometriosis saptanmıştır (5).

Bu nedenle inspeksiyonda normal görünen appendikste patoloji saptanabilmesi ve gelecekte sağ alt kadran ağrısında şüpheye düşmemek amacıyla da profilaktik appendektomi yapılabilir. Birinci olgumuzda kronik pelvik ağrı şikayeti ile 6 ay önce diagnostik laparoskopik yapılmış, ancak olguda operatif girişim yapılmamış. Yapılan 2. laparoskopide adezyonların açılmasından sonra genel cerrahi konsültasyonu ile appendektomi yapılması kararlaştırılmış ve P.S.'in incelemesinde patoloji saptanmıştır.

Olgularımızda bipolar elektrokoagülasyon, endoklip ve loop sütür tekniği uygulanmıştır. Bunların dışında tubal sterilizasyonda uygulanan klipler (Hulka, Filshie) ve staplerler uygulanabilir. Appendiks stumpa purse-string veya Z-sütür konulmamıştır. Bu konuda yapılan prospektif bir çalışmada invaginasyonun bir üstünlüğü gösterilememiştir (6). Basit ligasyon teknik olarak kolay ve operasyon süresi kısadır, ayrıca çekümde deformasyona neden olmayarak daha sonraki radyolojik incelemelerde neoplazi olasılığını akla getirmez.

Jinekolojik operasyonlarda olduğu gibi genel cerrahi, üroloji ve torasik cerrahi dahil birçok alanda operatif laparoskopik hızla yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Akut veya kronik pelvik ağrı yakınmasıyla jinekologlar tarafından diagnostik laparoskopik yapılan olgularda appendikse ait patoloji saptanabilmektedir. Appendektomi genellikle genel cerrahların yaptığı bir operasyon olmasına karşılık, pelvik problemi nedeni ile jinekologlar tarafından diagnostik laparoskopik yapılan bu tür olgularda appendektomi yapılması gerekebilir.

Bu nedenle endoskopik cerrahi yapan jinekologlar gerekli olgularda appendektomi yapabilecek bilgi, tecrübe ve deneyime sahip olmalıdır. Gelecekte endikasyon ve kondisyonlar daha net olarak belirlenecek olan bu yöntemin kullanılmasına bağlı istenmeyen komplikasyonların önlenmesi amacıyla yeterince eğitim ve tecrübe kazanılması gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Bongard F, Landers DV, Lewis F. Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease: a prospective analysis. *Am J Surg* 1985; 150:90
2. Paterson-Brown S, Thompson J, Eckersley J. Which patients with suspected appendicitis should undergo laparoscopy? *Br Med J* 1988; 296:1363-64.
3. Leape L, Ramenofsky M. Laparoscopy for questionable appendicitis. *Ann Surg* 1980; 191:410-13.
4. Nezhat C, Nezhat F. Incidental appendectomy during videolaparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:559.
5. Krone HA. Preventive appendectomy in gynecologic surgery report of 1718 cases. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1989; 49:1035.
6. Engstrom L, Fenyo G. Appendectomy: assessment of stump invagination versus simple ligation: a prospective, randomized trial. *Br J Surg* 1985; 72:971.

Alındığı tarih: 11 Nisan 1996

Yazışma adresi: Op. Dr. Hüsnü Görgeç, Eminalipaşa Cad. Tüccar Sokak, Paksa Apt. No:22/15, 81110 Bostancı-İstanbul