

Laparoskopik apendektomi (*)

Erdoğan M. SÖZÜER (**), Zeki YILMAZ (**), Nusret AKYÜREK (***),
Ömer ŞAKRAK (***), Nihat BENGİSU (****), Yaşar YEŞİLKAYA (****)



ÖZET

Laparoskopik apendektomi ilk defa 1981 yılında yapılmış ⁽⁷⁾, 1987 yılından sonra ise sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır ⁽⁶⁾. Nisan 1993 ile Aralık 1993 tarihleri arasında klinik olarak akut apandisit tanısı konan 20 hastaya laparoskopik apendektomi yaptık. Bu işlem 3 abdominal trokar vasıtası ile yapılmış olup, ortalama ameliyat süresi 55 dakika, ortalama hastanede kalış süresi ise 30 saat olarak bulunmuştur. Hastaların hiçbirinde operatif veya postoperatif dönemde bir komplikasyon görülmemiştir. Laparoskopik apendektominin avantajları ve problemlerinin tartışıldığı bu çalışmanın sonucunda, bu işlemin güvenilir, hastanede kalma ve normal aktiviteye dönme süresini kısaltan, postoperatif daha az aneljezi gerektiren ve kozmetik sonuçları iyi olan bir metod olduğu görüşüne varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Apendektomi, laparoskopi

SUMMARY

Laparoscopic appendectomy

Laparoscopic appendectomy was performed in 1981 for the first time ⁽⁷⁾, and it began to be used frequently after 1987 ⁽⁶⁾. We have performed laparoscopic appendectomy on 20 patients with a clinical diagnosis of acute appendicitis during the period between April 1993 and December 1993. Laparoscopic appendectomy has been done through three abdominal punctures. Mean duration of operation was 55 minutes, median length of stay in hospital was 30 hours, and there were no complications during or after the operation. The major advantages and possible problems of this procedure are discussed in this article. We conclude that, laparoscopic appendectomy is a safe procedure with short hospitalization, minimal postoperative pain and good cosmetic results.

Key words: Appendectomy, laparoscopy

GİRİŞ

Laparoskopik cerrahinin sınırları ve endikasyonları, enstrümanların gelişmesi ve bu konudaki tecrübelerin artması ile gün geçtikçe gelişmektedir. Semm'in ilk laparoskopik apendektomisinden sonra, laparoskopi, akut apandisit hem tanısında hem de tedavisinde giderek daha yaygın bir kullanım sahası bulmuştur. Bu klinik çalışma akut apandisit tedavisinde alternatif bir yöntem olarak laparoskopik apendektominin yerini değerlendirmek için yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Nisan 1993 ile Aralık 1993 tarihleri arasında Laparoskopik Apendektomi yapılan 20 hasta gözden geçirilmiştir. Hastaların ameliyata hazırlanmaları ve anestezi şekli aynen açık apendektomilerdeki gibi yapıldı. Ameliyatta standart şekilde Veress iğnesi ile ensüflasyon sağlandıktan sonra hastaya trandelenburg ve sağ tarafı yukarı gelecek şekilde pozisyon verildi.

Apendektomi, göbekten, karın sağ üst kadrantından ve suprapubik bölgelerden yerleştirilen 3 trokar vasıtası ile yapıldı. Göbekteki trokardan laparoskop sokulurken, sağ üst kadrantındaki trokar apendiksi tutmak için kullanıldı. Suprapubik trokar ise disseksiyon, apendiks güdüğünün kapatılması ve apendiksin karın dı-

(*) Bu çalışma 1. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi'nde (10-13 Kasım 1993, İstanbul) tebliğ edilmiştir.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(***) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

(****) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

Tablo 1. Hastaların histopatolojik tanıları.

Tanı	Vaka Sayısı	%
Akut apandisit	14	70
Perfore apandisit	3	15
Plastrone apandisit	2	10
Normal apandiks	1	5

şına alınması için kullanıldı. Apendiksin iskeletizasyonu bipolar koter ile birlikte dis-sektör, makas ve klips kullanılarak yapıldı.

Apendiks güdüğünün kapatılması için 13 vakada karın dışında (ekstrakorporeal) hazırlanan Endoloop, 6 vakada Endo GIA kullanıldı. Apendiks karın dışına alınırken, trokar içinde muhafaza edilerek, karın duvarı yapılarını kontamine etmemesi için özel bir ihtimam gösterildi.

Hastalar yaş, cins, histopatolojik tanılar, operasyon ve hastanede kalış süreleri ve komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.

SONUÇLAR

Hastaların 12'si (% 60) erkek, 8'i (% 40) kadın idi. Yaşları 18 ile 55 arasında değişmekte olup ortalama yaş 24' idi. Hastalarda akut apandisit tanısı klinik, laboratuvar ve ultrasonografi bulguları ile kondu. Hastaların hiçbiri daha önceden abdominal bir cerrahi girişim geçirmemişlerdi.

Hastaların 19'unda (% 95) apendektomi laparoskopik olarak gerçekleştirilirken, 1'inde (% 5) aşırı yapışıklıkların sebep olduğu diseksiyon güçlüğü nedeni ile açık appendektomiye geçildi. Eksplorasyon bulgusu olarak bir vakada bilateral salpenjit tespit edilirken, diğerlerinde akut, perfore ve plastrone apandisit halleri tespit edildi ve bu tanılar histopatolojik olarak doğrulandı (Tablo 1). Dolayısı ile tanıda yanlışlama oranı % 5 olmuştur. Perfore apandisit tespit edilen 3 vakada douglas dreni kondu ve drenler 2 gün sonra çekildi. Hastaların hepsinde profilaktik antibiyotik tedavisi uygulandı. Perfore ve plastrone vakalarda antibiyotik tedavisi 5 güne tamamlandı.

Ameliyat süreleri gözönüne alındığında ilk 10 vakada ortalama 68 dakika olan operasyon süresi (30 ile 120 dakika arasında değişiyor), son 10 vakada ortalama 42 dakikaya düşmüştür. Hastalar postoperatif 10 saat içinde normal rejimlerini almışlar, kalkıp dolaşmışlardır. Ortalama hastanede kalma süresi ise 30 saattir. Serimizde gerçek işleme ait gerekse primer olayla ilgili herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

TARTIŞMA

Laparoskopik apendektomi teknik olarak kolay ve açık apendektomiye göre bazı avantajlara sahip bir işlemdir. Bu işlem minimal invaziv bir teknik olup dokular ve barsaklar daha az travmatize olmaktadır. Çoğu açık apendektomiler ortalama 5 cm'lik bir insizyondan yapılabilmesine rağmen bazı vakalarda yeterli eksplorasyon için insizyonların uzatılması gerekmekte veya yara dudaklarına aşırı retraksiyon uygulamak gerekmektedir. Bu da doku travmasına ve hipoksiye yol açarak postoperatif dönemde hem daha fazla ağrıya yol açmakta hem de yara enfeksiyonu riskini arttırmaktadır⁽²⁾.

Diğer taraftan literatürdeki en geniş laparoskopik apendektomi serilerinden birine sahip olan Pier, laparoskopik apendektomiden sonra karın içi adezyonların açık apendektomiye göre daha az geliştiğini vurgulamaktadır. Böylece kadınlarda infertilitenin önemli bir sebebi olan postoperatif tübal yapışıklıkların bu yöntemle daha az olmasını bir avantaj olarak öne sürmektedir⁽⁵⁾.

Yine bu yöntemle, barsaklık daha az travmatize edilmekte ve bazan önemli bir problem olarak karşımıza çıkan postoperatif adinamik ileus ihtimali de azalmaktadır. Perfore apandisitlerden sonra % 20-25 gibi yüksek oranda görülebilen yara enfeksiyonu riski de laparoskopik olarak yapılan apendektomilerde çok daha az görülmektedir.

Önemli hususlardan birisi de tanı zorluğu çekilen hastalardır. Özellikle kadınlarda ve yaşlı hastalarda akut apandisit tanısı zorluk arzemektedir. Laparoskopik yöntem, bu hastalarda

kesin teşhisin konulmasına yardımcı olduğu gibi aynı seansta ameliyatın yapılmasını da mümkün kılar. Eğer apandisit hali yoksa hasta gereksiz apendektomiden kurtulmuş olur ⁽⁴⁾.

Laparoskopik apendektomide ameliyat sürelerine bakacak olursak Pier ilk 50 vakasında 38 dakika olan ameliyat süresinin daha sonra 20 dakikaya düştüğünü bildirmektedir ⁽⁵⁾. Ülkemizde 14 hastalık ilk laparoskopik apendektomi serini yayınlayan Alemdaroğlu ise, ortalama ameliyat süresini 85 dakika olarak bildirmektedir ⁽¹⁾. Bizim serimizde ise ilk 10 vakada 68 dakika olan operasyon süresi daha sonra 42 dakikaya düşmüştür. Bu gelişmede prosedür ile ilgili olarak artan tecrübemizin yanı sıra, apandiks lümenini Endo GIA ile kapatmamızın önemli rolü olduğunu düşünüyoruz. Önceki vakalarımızda ekstrakorporeal olarak hazırlanan ve apandiks köküne oturtulan üç adet düğüm önemli zaman kaybına yol açmıştır. Endo GIA'nın kullanımı zamandan önemli ölçüde tasarruf etmemizi sağlamıştır. Eğer apandiksin iskeletizasyonunda da Endo GIA kullanabilirsek bu sürenin de altına inebileceğimize inanıyoruz. Fakat laparoskopik enstrümanların son derece pahalı olmaları kullanımda daha konservatif davranmamız gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Literatürde laparoskopik apendektomide açığa dönme oranları % 2-3 olarak bildirilmektedir ^(3,5). Alemdaroğlu'nun serisinde ise açığa geçen vaka yoktur ⁽¹⁾.

Açığa geçme sebepleri olarak kanama, adezyonlar, perforasyon, abse oluşumu, anormal pozisyon ve aşırı şişmanlık sayılabilir. Bizim serimizde açığa geçme oranı % 5'dir. Bu oran literatüre göre biraz yüksek görülmektedir.

Fakat açığa dönme oranlarının çok düşük olduğu serilerde normal apandiks oranı da yaklaşık % 15 olarak bildirilirken ^(3,5), bizim serimizde ise bu oran daha düşüktür (% 5).

Postoperatif daha az analjezik gereksinimi, daha erken beslenebilme ve mobilize olabilmeye imkanı, hospitalizasyon süresinin daha kısa olması, fizik aktivitelere daha erken dönme, kozmetik neticelerin daha iyi olması laparoskopik apendektominin diğer avantajları olarak sıralanabilir.

Organın direkt palpasyon ve muayenesinin yapılamaması, özel bir eğitim, tecrübe ve özel enstrümanlar gerektirmesi ise bu işlemin dezavantajlarıdır.

Sonuç olarak hasta sayımız kısıtlı olmakla beraber, neticelerimiz laparoskopik apendektominin emin, kolay uygulanabilen, hastanede kalma ve normal aktiviteye dönme sürelerini kısaltan bir metod olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Alemdaroğlu K. Laparoskopik Apendektomi. *Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi* 1992; 2:158-161.
2. Charoonratana V, Chansawang S, Maipang T, Totemchokchayakarn P. Laparoscopic Appendectomy. *Eur J Surg* 1992; 159:235-237.
3. Götz F, Pier A, Bachar C. Modified Laparoscopic Appendectomy in Surgery. A Report on 388 patients. *Surgical Endoscopy* 1990; 4:4-9.
4. Nowzaradan Y, Westmoreland J, McCarter CT, Harris RJ. Laparoscopic Appendectomy for acute appendicitis: Indications and current use. *J Laparoendosc Surg* 1991; 247-257.
5. Pier A, Götz F. Laparoscopic Appendectomy. *Problems in General Surgery* 1991; 8:416-425.
6. Schreiber JH. Early experience with laparoscopic appendectomy in women. *Surg Endosc* 1987; 1:212-216.
7. Semm K. Endoscopic Appendectomy. *Endoscopy*, 1983; 15:59-64.

Alındığı tarih: 28 Ocak 1994

Yazışma adresi: Doç. Dr. Erdoğan M. Sözüer, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri