

Laparoskopik histerektomi

3 Olgu nedeniyle:

Ramazan MERCAN (*), Ahmet ALPONAT (**), Atilla KAYA (**),
Osman ÖZBAN (***)



ÖZET

Laparoskopik histerektominin endikasyonları abdominal histerektomiden farklı olmayıp, erken mobilizasyon ve hastanın aktif hayata erken dönebilmesi yöntemin en önemli avantajlarını oluşturmaktadır. Daha az nekroza ve doku reaksiyonuna neden olması, daha iyi hemostaz sağlaması ve operasyon süresini kısaltması dolayısıyla Endo GIA kullanılması koter ve lazer uygulanmasına göre daha üstün olarak kabul edilmektedir.

Biz bu çalışmamızda Endo GIA 30 ile yaptığımız 3 laparoskopik histerektomi olgumuzu sunduk. Per-operatif ya da postoperatif herhangi bir komplikasyon gözlemedik.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, histerektomi

SUMMARY

Laparoscopic hysterectomy

The indications of laparoscopic hysterectomy are not different from those of abdominal hysterectomy. The most important advantages of procedure are faster recovery and faster return to daily activity compared to abdominal hysterectomy. Endo GIA is accepted superior to cauterization and laser, because it causes less necrosis and tissue reaction. Also better hemostasis can be achieved with usage of Endo GIA stapler. We presented three cases of laparoscopic hysterectomy performed with Endo GIA in this study. We observed no per-operative complication.

Key words: Laparoscopy, hysterectomy

GİRİŞ

Operatif laparoskopi jinekolojik cerrahide önemli bir yere sahip olup, kullanım alanı giderek genişlemektedir. Laparoskopik cerrahinin gelişmesinde önemli katkısı olan Semm, 8943 hastalık seride sadece % 0.28 oranında komplikasyon gözlemiştir ⁽¹⁾. Laparoskopik histerektomi ilk defa 1989'da Reich tarafından uygulandıktan sonra olgu sayısında hızlı bir artış olmuştur ⁽²⁾. Bu çalışma laparoskopik histerektomi yapılan 3 olguyu içermektedir.

OLGU BİLDİRİSİ

Birinci hastamız 40 yaşındaydı ve akıntı yakınması ile başvurdu. Hastanın servikal sitolojisi

servikal intraepitelyal neoplazi II (CIN II) ile uyumlu idi. Tedavi alternatifleri anlatıldıktan sonra hasta histerektomiye tercih etti. Hastanın pelvik muayenesinde, uterusu normal irilikte idi ve adneksiel bir patolojisi yoktu.

İkinci hastamız 50 yaşındaydı ve polimenore/menorji yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın pelvik muayenesinde uterus 1.5 aylık gebelik büyüklüğündeydi. Ultrasonografisinde, multipl myom odakları saptandı ve endometrial biyopsisi glandüler hiperplazi ile uyumlu idi. Üçüncü hastamız 55 yaşındaydı ve polikliniğimize menoraji yakınması ile başvurdu. Hastanın pelvik muayenesinde uterus 3 aylık gebelik büyüklüğündeydi. Ultrasonografisinde, myometrium heterojen olmakla beraber belirgin bir myom odağı saptanmadı ve endometrial biyopsisi, proliferatif endometrium ile uyumlu idi. Üç hastamıza da laparoskopik yöntemin avantajları, komplikasyonları ve gerekirse açık cerrahiye geçilebileceği anlatıldı.

Bu çalışma Autosutur Türkiye temsilcisi AKAD ve LIBOR firmaları tarafından desteklenmiştir.

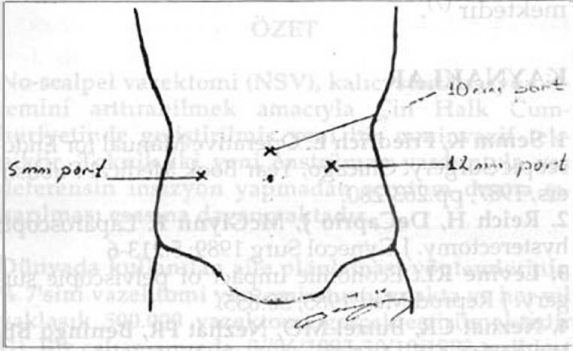
(*) Elmadağ Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

(**) Elmadağ Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı

(***) Elmadağ Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

TEKNİK

Hastalarımıza gerekli saha temizliği yapıldıktan sonra mesaneye foley soda yerleştirildi. Karın boşluğu CO₂ ile basınç 14 mmHg olacak şekilde şişirildikten sonra umblikusa 10 mm, umblikusun yaklaşık 2-3 cm aşağısından her iki midklavikuler çizgi hizasından biri 5 mm, biri 12 mm olmak üzere toplam 3 adet trokar yerleştirildi (Resim 1). Uterus, tüp ve overler gross olarak incelenip üreter trasesi belirlendikten

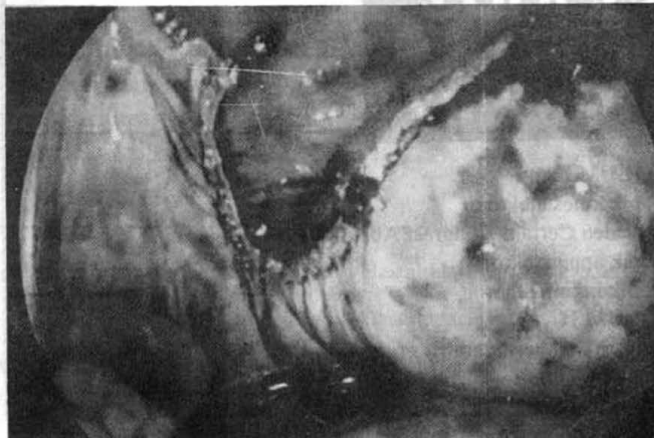
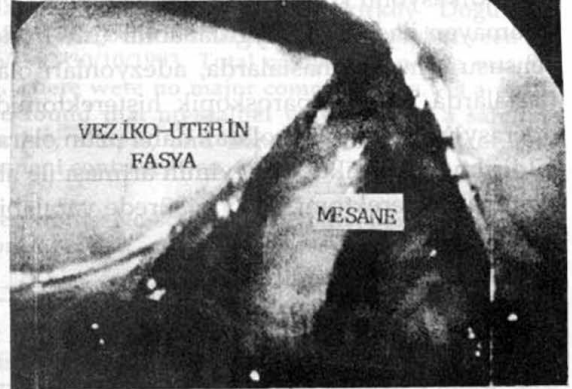


Resim 1. Trokarların çapları ve batın duvarındaki lokalizasyonları

sonra veziko-uterin fasia kesilerek her iki round ligamente kadar açıldı, künt disseksiyon ve makas yardımıyla mesane uterusdan uzaklaştırıldı. Disseksiyona serviksın altına ulaşıncaya kadar devam edildi (Resim 2). Overleri korunan birinci hastamızda önce round ligament, utero-ovarian ligament ve tüp beraber tutularak Endo GIA 30 uygulandı. Aynı işlem karşı tarafada uygulandıktan sonra ikinci Endo GIA uterosakral ligamentide içine alacak şekilde uygulandı. Diğer iki hastada her iki infundipulopelvik ligament bipolar koter ile koterize edildikten sonra disseke edildi. Daha sonra aynı şekilde her iki tarafa Endo GIA 30 uygulandı. Yine ikinci Endo GIA'lar uterosakral ligamentide içine alacak şekilde uygulandı (Resim 3). Bütün ligamentler kesildikten sonra vajinal yolla ön ve arka peritona girilerek kardinal ligamentin kalan lifleri Haeney klemp-lerle tutulup, kesilerek 1 no'lu Vicryl ile bağlandı. Vajinal cuff 1 no'lu Vicryl ile kapatıldı ve kardinal ligamente asıldı. Operasyon süresi sırasıyla 210, 150 ve 120 dakika idi.



Resim 2. Veziko-uterin fasyanın açılarak mesanenin sıyrılması



Resim 3. Uterus yan bağlarının kesilmiş hali

Total kan kaybı ortalama olarak 200 cc idi. Her üç hastada da herhangi bir komplikasyon gözlenmedi ve postoperatif 2. günde taburcu edildi. Sonuç olarak hastalarımızın postoperatif takip süreleri 3 ay ile 15 gün arasında değişmekte olup halen komplikasyonsuz olarak yaşamaktadırlar.

TARTIŞMA

Laparoskopik histerektominin avantajları diğer laparoskopik cerrahi yöntemlerinde olduğu gibi hastanın kan kaybının daha az olması, insizyonun daha küçük olması, analjezik gereksiniminin daha az olması, hastanın erken mobilize olması, günlük aktiviteye ve iş yaşamına daha erken dönebilmesidir (3). Bugün artık radikal histerektomi ve retroperitoneal lenfadenektomi dahi laparoskopik olarak yapılabilir (4).

Laparoskopik histerektominin endikasyonları abdominal histerektomiden farklı olmayıp, vajinal histerektomiye alternatif bir yöntem olarak kabul edilmemelidir. Ancak vajinal histerektomi endikasyonu konulup, teknik nedenlerle yapılamayan hastalarda uygulanabilir (uterin desensusu olmayan hastalarda, adezyonları olan hastalarda v.b.). Laparoskopik histerektomide operasyon süresi genel olarak daha uzun olarak bildirilmekle birlikte, deneyimin artması ile abdominal histerektomi ile aynı sürede yapılabilir.

Laparoskopik histerektomi koter, lazer veya Endo GIA ile yapılabilir. Endo GIA uygulaması diğer iki yönetime göre daha pahalı olmakla birlikte, daha az nekroz ve dolayısıyla daha az doku reaksiyonuna neden olması nedeniyle tercih edilebilir (5,6). Ayrıca Endo GIA kullanımının operasyon süresini kısalttığı düşünülmektedir.

Laparoskopik histerektominin en önemli komplikasyonları; üreter, mesane ve barsak yaralanmaları olup, çoğu laparoskopik yolla onarılabilir (7).

KAYNAKLAR

1. Semm K, Friedrich E. Operative Manual for Endoscopic Surgery. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1987, pp.263-280.
2. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. J Gynecol Surg 1989; 5:213-6
3. Levine RL. Economic impact of pelviscopic surgery. J Reprod Med 1985; 30:655.
4. Nezhat CR, Burrell MO, Nezhat FR, Beningo BB, Welandar CE. Laparoscopic radical hysterectomy with paraaortic and pelvic node dissection. Am J Obstet Gynecol 1992; 166:864-5.
5. Lee CL, Soong YK. Laparoscopic hysterectomy with the Endo GIA 30 stapler. J Reprod Med 1993; 38(8):582-6.
6. Langebrekke A, Skar OJ, Urnes A. Laparoscopic hysterectomy. Initial experience. Acta Gynecol Obstet Scand 1992; 71:226-9.
7. Schwartz RO. Complications of laparoscopic hysterectomy. Obstet Gynecol 1993; 81:1022-4.

Alındığı tarih: 26 Kasım 1994

Yazışma adresi: Dr. Ahmet Alponat, Kazım Özalp Cad. 7/15, 81000, Suadiye-İstanbul

ENDOSKOPİK LAPAROSKOPİK MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ

VOLUM I

- | | | |
|------------|--------------|---|
| SAYI 1: | Mart 1994 | Laparoskopik kolesistektomi |
| ÖZEL SAYI: | Haziran 1994 | 4. Avrupa Video Cerrahi Kongresi Abstraktları |
| SAYI 2-3: | Eylül 1994 | Laparoskopik appendektomi |
| SAYI 4: | Aralık 1994 | Laparoskopik inguinal herni |

VOLUM II

- | | | |
|---------|--------------|-------------------------------------|
| SAYI 1: | Mart 1995 | Laparoskopik hiatal herni tamiri |
| SAYI 2: | Haziran 1995 | Laparoskopik peptik ülser cerrahisi |