

# İyi değerlendirilmiş "akut karın" olgularında operatif laparoskopisi iyi bir uygulama mıdır?

Hikmet HASSA (\*), Başar TEKİN (\*\*), Attila YILDIRIM (\*), Sinan ÖZALP (\*), Ömer YALÇIN (\*\*\*)

## ÖZET

**Amaç:** Minimal invaziv cerrahi olarak laparoskopinin akut karın tablosundaki yerini belirlemek.

**Yöntem:** Klinik olarak akut karın bulguları olan, preoperatif tetkikleri tamamlanabilen ve operatif laparoskopisi ile değerlendirilip aynı seansta gerekli cerrahi girişimi laparoskopik olarak yapmış 20 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Preoperatif ön tanı ile postoperatif tanı arasındaki uyumu en fazla olan ektopik gebelik olguları idi (% 66). PID olgularında tanının laparoskopisi ile doğrulanması % 16.6 olguda gerçekleşti. Ektopik gebelik olgularının % 66.6'sına lineer salpingostomi yapılarak rezeksiyon yapmadan konservatif tedavi yapılabilir. Ektopik gebelik saptanan 9 olgunun 3'üne (% 33.3) konservatif girişimin mümkün olmaması nedeniyle salpenjektomi ve segmental rezeksiyon yapıldı.

**Sonuç:** Laparoskopik cerrahi akut karın tablosunda, tanı ile tedaviyi aynı zamanda ve hastaya en az zararın verilerek yapıldığı bir uygulamadır.

**Anahtar kelimeler:** Akut karın, operatif laparoskopisi, ektopik gebelik, PID

## SUMMARY

**Is laparoscopic surgery a good way in a well evaluated acute abdomen**

**Objective:** To investigate the importance of laparoscopy in acute abdomen.

**Methods:** Twenty cases of laparoscopic surgery for acute abdomen were carried out retrospectively.

**Results:** The most accurate preoperative diagnosis was ectopic pregnancy (66 %). In PID cases, laparoscopic findings were present only in 16.6 % cases. Laparoscopic procedure in ectopic pregnancy was linear salpingostomy in 66.6 % cases. But in 3 cases out of 9 (33.3 %), conservative procedure couldn't be done, and salpingectomy or segmental resection were preferred in these cases.

**Conclusion:** Laparoscopic surgery is the safest method of diagnosis and therapy in well documented acute abdomen.

**Key words:** Acute abdomen, operative laparoscopy, ectopic pregnancy, PID

## GİRİŞ

Akut karın tablosu klinik olarak şiddetli karın ağrısı, birlikte bazen bulantı-kusma, şok, karın adale rijiditesi, "rebound" ile görülen ve ön tanı olabilsen de çoğu kez kesin tanısı konamamış, kesin tanısı konamadığı için ya da tedavi amacıyla laparotomi yapılması endike olan ciddi klinik tablodur. Tedavisi cerrahi olmayan ve kesin tanısı konmuş olgular dışındaki du-

rumlarda laparotomi yerine uygulanan laparoskopik yaklaşım hem minimal invaziv olması hem de laparotomideki cerrahinin uygulanabilmesi iliyi laparoskopik cerrahiye çekmiştir.

Deneyimli bir hekimin bulunması halinde akut karın nedeni olabilecek ektopik gebelik, korpus luteum kisti ve kanaması, over torsiyonu gibi etyolojik nedenlerin operatif laparoskopisi ile tedavisi de yapılabilecektir (1-4).

Operatif laparoskopisi yapılmasının kontrendike olduğu yaygın peritonit, aşikar hemoperitoneum, herni ve intestinal obstrüksiyon dikkatle ekarte edilmelidir.

(\* ) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prof. Dr.

(\*\* ) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(\*\*\*) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

Adneks torsiyonun kesin tanısı ancak direkt gözlem (laparotomi veya laparoskopi) ile konabilir. Torsione olmuş adneks, detorsiyone edilmesi sonrası oluşan iskeminin düzelme derecesine göre korunmaya çalışılır. Korunamayacak durumdaki adneksler laparoskopik yoldan ektirpe edilir. Laparoskopik girişim aynı zamanda torsiyonun nedenine de (adezyon, over kisti, tubal gebelik) girişim imkanı sağlar (1,5).

Kantitatif  $\beta$ -hCG tayinleri ve gelişen USG olanakları ile ektopik gebeliğin tanısının tubal rüptür öncesinde konulabilmesine imkan tanımaktadır. Operatif laparoskopi bu düzeydeki ektopik gebelik olgularında tanının doğrulanması ve tedavisi için güvenle kullanılabilen ve tedavide altın standart olarak kabul edilmektedir. Hastanın fertilitate arzusu gözönüne alınarak minimal invaziv olarak konservatif cerrahi girişimler uygulanabilir (1,5).

İstmus ve proksimal ampullada yerleşim gösteren ektopik gebelikte, lezyon alanına antemeterik yüzden lineer insizyonla salpingotomi yapılarak (yani tuba açık bırakılarak) ya da açılan yerin yeniden onarılması ile salpingotomi yapılarak sonlandırılabilir. Eğer kitle çapı 3 cm'den büyükse oluşan hasarın fazlalığı nedeniyle tercih edilmesi gereken segmenter rezeksiyondur. Bunun için mezosalpinksten başlayarak lezyonun bulunduğu tubal segment bipolar elektrokoter ile hemostaz yapılarak çıkarılır. Tuba uçuca anastomoz yapılabilecek şekilde rezeke edilir. İyileşme sonrası mikrocerrahi koşullarında reanastomoz yapılabilmektedir (1,5).

Parsiyel veya total salpenjektomi, ileride gebelik arzusu olmayan hastalarda ya da rüptür nedeniyle tubanın ileri derecede harabiyete uğradığı veya yaygın adezyonlar nedeniyle konservatif girişimin mümkün olmadığı olgularda uygulanabilecek diğer tedavi yöntemleridir. Tuba ektopik gebelik yerleşimin proksimalinden başlayarak çıkarılabilir (1,5).

Terminal ampuler gebelikler için tubal aspirasyon ya da "milking" de denenmiş, ancak bu yöntemle tekrar tubal gebelik olma riskinin

yüksek olması ve laparotomi gerektirecek kanamaların olması nedeniyle vazgeçilmiştir. Bu nedenle, bu tip olgularda fertilitate yeteneğinin azaltılmaması için fimbriektomi sonrası salpingostomi veya konservatif parsiyel salpenjektomi yapılır (1,5).

Laparoskopik yoldan tedavi edilen ektopik gebelik olguların trofoblastik hastalık yönünden bir iki hafta  $\beta$ -hCG tayinleri ile takibi gerekir (1,5).

PID'in kesin tanısını koyduracak non-invaziv bir yöntem bulunana kadar laparoskopik tanı altın standart olarak kalacaktır. Laparoskopi ile pelvik boşluklar, üst abdomen serbest ve loküle pürülan materyal açısından gözden geçirilir. Pürülan sıvı aspire edilir ve mikrobiyolojik değerlendirme yapılır. Adezyonlar açılır ve abse kavitesi drene edilir. Kronik olgularda, akut PID'nin tersine adezyonlar dens olur, adezyolizis tekniği olarak zordur ve komplikasyon riski taşır (1,5).

## GEREÇ ve YÖNTEM

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 12 Ocak 1995-25 Mart 1997 tarihleri arasında operatif laparoskopi uygulanan 20 akut karın olgusu çalışmaya alındı. Olguların klinik verileri, laparoskopik bulguları ve yapılan operatif girişimler üreme endokrinolojisi ve infertilitate kayıt dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi.

Akut karın, PID, tubo-ovaryen abse (TOA) ve ektopik gebelik ön tanıları ile laparoskopi yapılan olgularda kesin tanı konulmadan önce öyküleri, fizik muayeneleri ve pelvik muayeneleri yapıldı. Transvajinal ve/veya transabdominal USG ile pelvik organlar değerlendirildi, hemoglobin (Hb), hematokrit (Hct), beyaz küre (BK), HCG tayinleri yapıldı, gerekli olanlarda transvajinal cul-de-sac aspirasyonu yapıldı, olgular ya acil şartlarda veya 1-7 günlük izlemde, klinik ve laboratuvar bulgulara göre laparoskopiye alındılar. USG, tüm olgularda 3.75 MHz konveks probun kullanıldığı abdominal yolla

Tablo 1. Akut batın nedeniyle operatif laparoskopi yapılan olguların ön tanuları ve operasyona kadar geçen süreleri

Ön tanı	OPERASYONA ALINMA SÜRELERİ				Toplam
	Acil	1 gün	2-3 gün	4-6 gün	
Ektopik gebelik	3	2	3	4	12
PID	-	-	4	2	6
Torsiyone over kisti	-	-	1	-	1
Kanamalı korpus luteum	-	-	1	-	1
Toplam	3	2	9	6	20

Tablo 2. Akut karında klinik ön tanı ile operasyon bulgusunun karşılaştırılması

Laparoskopi bulgusu	KLİNİK ÖN TANI				Toplam
	Ektopik gebelik	Over kist torsiyonu	Over kist rüptürü	PID	
Ektopik gebelik	8	-	-	1	9
Over kisti	-	-	-	1	1
Adezyon	1	-	-	1	2
Korpus luteum rüptürü	-	1	-	1	2
PID	2	-	1	1	4
Patoloji saptanmayan	1	-	-	1	2
Toplam	12	1	1	6	20

ve/veya 5 mHz vajinal probun kullanıldığı transvajinal yolla real-time olarak yapıldı (Toshiba-Sonolayer 250 A).

## BULGULAR

Akut karın olgularının klinik izlemi nedeniyle farklı zamanda opere edildiler. Tablo 1'de akut batın nedeniyle operatif laparoskopi yapılan olguların ön tanuları ve operasyona kadar geçen süreler verilmektedir.

Ektopik gebelik şüphesi olan 12 olgudan 3'ü (% 25) acil olarak operasyona alınırken, diğer 9 (% 75) olguda hastaların hemodinamik olarak stabil olması nedeniyle hCG düzeyleri takibi sonrasında yükselen hCG varlığında operasyon kararı verilmiştir. PID düşünülen 6 olgudan 4'ü (% 66.6) antibiyotik basısını takiben operasyona alınmış, diğer 2 (% 33.3) olguda klinik bulguların hafif olması nedeniyle acil opere edilmemiş, 4-6. günlerde operasyona alınmıştır.

Akut karın nedeniyle operatif laparoskopi yapılan olgularda klinik ön tanı ile operasyon bulgusunun karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir.

Akut batın olgularında klinik ön tanı ile laparoskopi tanısı arasında en fazla uyum ektopik gebelik olgularında (% 66.6) tespit edilmiştir. Klinik olarak PID düşünülen olguların ancak % 16.6'sında laparoskopide PID saptanmıştır.

Ektopik gebelik olgularımızın tümü tubal yerleşimli idi, bunlardan % 88.8'i ampuller kesimde, % 11.2'si istmik bölgede olduğu saptandı. Ampuller yerleşimli 8 olgunun 6'sında (% 75.0) lineer salpingostomi yapılırken, 1 (% 12.5) olguda salpinjektomi ve 1 olguda da (% 12.5) segmental rezeksiyon yapıldı. İstmik yerleşimli 1 ektopik gebelik olgusunda ise lineer salpingostomi uygulandı. İki olguda aktif kanamalı korpus luteum için hemostaza yönelik monopolar ve bipolar koter kullanılmış, postoperatif olguda progesteron çekilme kanaması olmuş, menstrüasyon görmüştür. Bir olgu torsiyone over kisti ön tanılı olgu idi, bu olguda tam torsiyone olmamış olan kist ekstirpe edildi.

Tubeovarien abse saptanan iki olgunun birinde salpingooforektomi, diğerinde abse drenajı uygulandı. Diğer PID olgularında mikrobiyolojik değerlendirme dışında girişim yapılmadı.

## TARTIŞMA

Kliniğimizde akut karın nedenli toplam 20 olgu laparoskopi programına alınmıştır. Akut batin olgularında klinik ön tanı ile laparoskopi tanısı arasında en fazla uyum ektopik gebelik olgularında (% 66.6) olmuştur. Gelişmiş USG olanakları ve biyokimyasal değerlendirmeler ektopik gebeliklerde erken ve doğru tanı konmasına yardımcı olmaktadır (1,5).

Klasik olarak hemoperitoneumun ortaya çıktığı, şok ve buna bağlı komplikasyonların görüldüğü olgular günümüzde giderek ortadan kalkmaktadır. Ancak yine de yaklaşık 1/3 olguda klinik bulguların laboratuvar sonuçlarının beklenemeyecek düzeyde ciddileşmesi nedeniyle, hCG bakılmamış ve ektopik gebelik ön tanısına rağmen laparoskopide farklı nedenler saptanmıştır. Bu olgularda laparoskopinin tercih edilmesi laparotomi gibi daha invaziv bir girişimden uzaklaşılmasını sağlamıştır. Tüm olguların % 66.6'sında konservatif cerrahi uygulanabilmesi fertilitite yeteneğinin korunması da iyi bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda maliyet ve analjezik kullanımı değerlendirilmemişse de maliyet ve analjezik kullanımının azlığı ek bir özellik olarak bilinmektedir. Bu konuda Rogers ve ark. (6) klinik bulgu ve lokalizasyonları benzer olan 117 ektopik gebelik olgusunda operatif laparoskopi ve laparotominin etkinlik ve maliyetini, araştırdıkları çalışmada operatif laparoskopinin laparotomi kadar etkin ancak hastanede kalış süresinin ve maliyetin daha az olduğunu rapor etmişlerdir.

Laparoskopi grubunda bu oranları % 84 ve % 16 olarak rapor etmişlerdir. Murphy ve ark. (7) hemodinamik olarak stabil olan 63 ektopik gebelik olgusunda prospektif olarak operatif laparoskopi (26 olgu) ve laparotomi (37 olgu) karşılaştırmışlar, her iki grupta sonraki intrauterin gebelik oranı ve ektopik gebelik oranlarını benzer olarak bulmalarına karşın laparoskopi ile tedavi edilen olgularda kan kaybının daha az, hastanede kalış süresinin daha kısa, narkotik analjezik ihtiyacının daha az ve toplam

maliyetin daha az olduğunu bildirmişlerdir. Operatif laparoskopinin pelvik enfeksiyonların akut fazında önemli bir yeri vardır. Sadece klinik ve laboratuvar verileri ile pelvik enfeksiyon tanısında yaklaşık % 20-30 oranında yanlış pozitif ve yanlış negatif oranlar bildirilmektedir. Operatif laparoskopideki bulgularla tanı kesin olarak konulabildiği gibi periton sıvısından kültür almak, yeni oluşan adezyonların lizisi ve ciddi olgularda oluşmuş abse formasyonunun aspirasyonu mümkündür ve bu işlem hastalığın iyileşme sürecini hızlandırır (8).

Ektopik gebelikte laparotomi ile tedavi edilen olgular laparoskopi ile tedavi edilenlerle kıyaslandığında, laparotomi grubunda daha fazla adezyon oluştuğu görülmüştür (9). Olgularımızı bu bilgiler ile değerlendirdiğimizde sadece (1/6 olguda adezyon ve 1/6 olguda PID bulgusu ile) 1/3 olguda PID aranıp, PID bulunmuş, diğer 4 olguda farklı bulguların olması PID tanısının klinik olarak kesin konamayacağını, laparoskopinin hem tanıyı doğrulamak hem de daha geçerli bir tanı yaklaşımı için önemini vurgulamaktadır.

Bu grup olgularda cerrahi girişimi herhangi bir laparoskopist de yapmamalıdır. Operatif laparoskopinin uygulayıcıları "ben de yapabilirim" düşüncesinde olmamalı ve gerçekte yapabileceklerinin eğitimi, becerisi ve deneyimi ile sınırlı olduğunu bilmesi gereklidir.

Operatif laparoskopistler beceri, bilgi, eğitim düzeyi gibi parametreler gözönüne alınarak 3 düzeyde sınıflandıklarında akut karın olgularının laparoskopik cerrahisi en az 2. düzeyde laparoskopik cerrahi yapabilen ekiplerce gerçekleştirilmelidir.

Sonuç olarak, akut karın olgularımızın değerlendirmesi gerek doğru tanı gerekse gecikmeden tedavi ve de bu tedavinin minimal invaziv cerrahi ile yapılabilmesi açısından laparoskopinin tartışılmaz önemini olgu sayımızın azlığına rağmen ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Gomel V, Taylor J. Principles of diagnostic laparoscopy. In: Gomel V, Taylor J (eds). Diagnostic and operative gynecologic laparoscopy. St Louis, Mosby 1995; p.57.
2. Hassa H. Akut karın şüphesi ayırıcı tanımı ve acil durumlarda laparoskopi. Hassa H (ed). Jinekolojide laparoskopi. Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir 1987; s.219.
3. Ledger WJ. Laparoscopy in the diagnosis and management of patients with suspected salpingo-oophoritis. Am J Obstet Gynecol 1980; 138:1012.
4. Özalp S, Karacadağ O, Hassa H ve ark. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde akut karın ön tanısı olarak laparoskopi ve/veya laparotomi ile kesin tanısı konan 42 olgunun değerlendirilmesi. Anadolu Tıp Dergisi 1987; 9:183-95.
5. Gürkan T, Kışnişçi H, Develioğlu O ve ark. Operatif laparoskopi. Jinekoloji ve Obstetrik Derg 1992; 6:47-54.
6. Rogers A. Operative laparoscopy for ectopic pregnancy. Hum Reprod 1993; 12:1123.
7. Murphy A, Nager CW, Wujek JJ, et al. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy: a prospective trial. Fertil Steril 1992; 6:1180-5.
8. Suchet J, Tesquier L. Role of laparoscopy in the management of pelvic adhesions and pelvic sepsis. Bailliere's Clin Obstet Gynaecol 1994; 4:759-72.
9. Lunderff P, Hahlin M, Kallfelt B, et al. Adhesion formation after laparoscopic surgery in tubal pregnancy: A randomized trial versus laparotomy. Fertil Steril 1991; 4:911-5.

---

Alındığı tarih: 26 Ocak 1998

Yazışma adresi: Doç. Dr. Başar Tekin, Üniversite Evleri, E-104 26040 Eskişehir

---