

Operatif laparoskopi: 84 olgu sunumu

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



ÖZET

Operatif laparoskopi, son yıllarda pekçok jinekolojik hastalığın cerrahi tedavisinde tercih edilen bir yöntemdir. Laparotomi ile kıyaslandığında, hastanede yatış süresinin kısalması, postoperatif komplikasyonların azalması, kozmetik avantajları ve düşük maliyet bu yöntemi çok kullanılır hale getirmiştir. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Ocak 1994 tarihinde başlayan video-laparoskopik cerrahi ile 84 olgu opere edilmiştir.

Olguların tanıları: Ektopik gebelik: 10, Polikistik over: 1, Over kisti: 20, RİA translokasyonu: 2, Endometriyosiz: 18, Piyosalpenks: 1, Tubal sterilizasyon: 14, Pelvik adezyon: 15, Myoma uteri: 2, Adenomyosis: 1.

Olguların ortalama preoperatif yatış süresi 1.61 gün; postoperatif yatış süresi ise 1.69 gündür. Ortalama operasyon süresi 35.1 dakikadır. Hiçbir olguda operatif laparoskopiye bağlı komplikasyon görülmemiştir. Bu çalışmada kliniğimize yapılan laparoskopik cerrahi olguları irdelendi.

Anahtar kelimeler: Operatif laparoskopi

SUMMARY

Operative laparoscopy: 84 cases

Operative laparoscopy has become the preferred operative treatment for most gynecologic conditions. Compared with laparotomy, this modality provides significant additional benefits to patients, physicians and society. We presented 84 cases of video-laparoscopic surgery which has been initiated in January 1994 in Zeynep Kamil Women and Children's Hospital. The diagnosis of the cases as follows:

Ectopic pregnancy: 10, Polycystic ovary: 1, Ovarian cysts: 20 Translocated IUD: 2, Endometriosis: 18, Pyosalpinges: 1, Tubal sterilisation : 14, Pelvic adhesions: 15, Myoma uteri: 2, Adenomyosis: 1

Mean preoperative and postoperative periods of patients were 1.61 days and 1.69 days, respectively. Average operation duration was 35.1 minutes. There wasn't any operative complications during the procedures. In this study we evaluated our laparoscopic surgery cases.

Key words: Operative laparoscopy

GİRİŞ

Bu yüzyılın başlarında ilk kez Kelling tarafından peritoneoskopi tarif edildi (1). Diagnostik laparoskopiyi uzun yıllardan beri kullanan jinekologlar, özellikle 1980'lerin ortalarından sonra kamera-video olanaklarının gelişmesi ile bu yöntemi operatif olarak yaygın bir şekilde kullanmaya başlamışlardır.

Günümüzde video-laparoskopik cerrahi adı verilen bu yöntem jinekolojik operasyonların yanı sıra abdominal ve göğüs cerrahisi gibi pekçok cerrahi alanına girmiştir. Operatif laparoskopi pekçok jinekolojik hastalıkta tercih edilen tedavi yöntemi haline gelmiştir. Laparotomiye kıyasla bu yöntem hastalara, hekimlere ve topluma büyük avantajlar sağlamaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Ocak 1994- Eylül 1994 tarihleri arasında operatif laparoskopi ile tedavi edilen 84 olgu incelendi. Hastanemizde kullanılan video-laparoskopik ünite (Karl Storz) Elekt-

(*) Bu çalışma Uluslararası 2. Jinekolojik Endoskopik Cerrahi Kongresi'nde (15-18 Eylül 1994, Ankara) tebliğ edilmiştir.

(**) 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.

ronik laparoflatör (26430020), Xenon ışık kaynağı (615), Telecam pal (20210020), Pelvicleaner (26200), elektrocerrahi ünitesi (860021), monitör ve video bulunmaktadır. Operasyonlar sırasında farklı yardımcı aletler kullanılmıştır (makas, disseksiyon forsepsi, aspirasyon-irrigasyon kanülü, Loop sütür, klip aplikatör, bipolar tutucu forseps v.d.). Hastaların ortalama yaşı 30.2 idi. Tüm olgular dorsolitotomi pozisyonunda ve genel anestezi altında opere edildi.

Operasyon süresince mesane distansiyonun engellenmesi amacıyla Foley sonda tatbik edildi. Uterus manipulasyonunu sağlamak amacıyla transervikal olarak Rubin kanülü yerleştirildi. Veress iğnesi ile infraumbilikal olarak batına girildi ve batin içi basıncı maksimum 15 mmHg olacak şekilde CO₂ gazı 7 lt/dk hızı ile verildi. Pnömoperiton oluşturulduktan sonra infraumbilikal olarak 10 mm.lik trokar ile batına girildi ve teleskop, kamera aracılığıyla görüntü monitöre aktarıldı. Bütün diğer girişimler laparoskopik görüntüleme ile yapıldı. Operasyon sonunda adezyon oluşumunu önlemek için batin bol Ringer Laktat solüsyonu (içerisinde Heparin 5000Ü/1 lt) ile irriye ve aspire edildi.

SONUÇLAR

Ocak 1994- Eylül 1994 tarihleri arasında 84 olgu operatif laparoskopi ile tedavi edildi. Hastaların teşhisleri, yaş ortalamaları, preoperatif ve postoperatif yatış süreleri ve ortalama operasyon süreleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların teşhisleri ve uygulanan operasyon türleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Tablo 3'de endometriosis olgularının AFS skorlamasına göre dağılımı görülmektedir. Hastalarda postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Endoskopik girişimler, özellikle jinekolojide, oldukça uzun süredir uygulanmaktadır. Mikro kamera sistemlerinin gelişmesiyle, daha önceleri laparotomiye gereksinim duyulan birçok jinekolojik operasyonun laparoskopi aracılığıyla tedavi edilmesi hızla yaygınlaşmıştır.

Tablo 1. Olguların yaş, tanı, pre/postoperatif yatış süreleri ve ortalama operasyon süreleri

Tanı	Sayı	Yaş	Preop. (gün)	Postop. (gün)	Operas. süre (dk)
Ektopik gebelik	10	28.2	1.10	2.40	37.5
Over kisti	20	30.6	2.30	1.89	31.5
Endometriosis	18	28.3	1.39	1.72	43.9
Tubal sterilizasyon	14	32.8	1.58	1.33	19.2
PCOS	1	22.0	1.00	1.00	30.0
RIA translokasyon	2	29.5	2.00	3.00	37.5
Pelvik adezyon	15	27.7	1.20	1.20	32.0
Myoma uteri	2	46.5	2.00	1.50	90.0
Adenomyozis	1	50.0	2.00	1.00	90.0
Piyosalpenks	1	33.0	2.00	2.00	30.0
Toplam	84	30.2	1.61	1.69	35.1

Tablo 2. Tanı ve uygulanan operasyonlar

Tanı	Operasyon	#
Ektopik gebelik	Salpinjektomi	5
	Salpingotomi	5
Over kisti	Kistektomi	9
	Ooferektomi	3
	Kist aspirasyon&Biyopsisi	8
Endometriosis&Endometrioma	Koagülasyon&Kist ekstirpasyonu	18
Tubal sterilizasyon	Bipolar koagülasyon	14
PCOS	Multipl drill koteterizasyon	1
RIA translokasyonu	Transloke RIA çıkarılması	2
Piyosalpenks	Salpinjektomi	1
Pelvik adezyon	Adezyolizis	15
Adenomyozis	LAVH	1
Myoma uteri	LAVH	1
	Myomektomi	1
Toplam		84

Tablo 3. Endometriosis olgularının AFS skorlamasına göre dağılımı

AFS skoruna göre evre	Olgu sayısı
Evre I	7
Evre II	6
Evre III	2
Evre IV	3
Toplam	18

Hastanemizde de video-laparoskopinin hizmete girmesiyle daha önce laparotomi ile tedavi edilen birçok patoloji laparoskopik yöntemle tedavi edildi.

Ektopik gebelik: Prospektif randomize çalışmalarda, ektopik gebeliklerin laparoskopi ile tedavisinin hastanede kalma süresini kısalttığı,

iyileşmenin daha hızlı olduğu ve daha az adezyon geliştiği bildirilmiştir (3,4). Ektopik gebeliğin laparoskopik yol ile tedavisinde kontrendikasyon olarak; hemodinamik instabilite, ektopik gebeliğe ait kitlenin boyutu (>4 cm), β -hCG düzeyi (<15000 IU/L) ve ektopik gebeliğin konumu ve ulaşılabilirliği olarak bildirilmiştir (5,6). Ancak Reich ve ark.ları hemodinamik olarak instabil, rüptüre olmuş ektopik gebeliklerde de laparoskopik girişim ile tedavi ettikleri olgularını bildirmişlerdir (7). Biz 10 ektopik gebelik olgusunu laparoskopi ile opere ettik. Rüptüre olmamış 5 olguda ince iğne uçlu unipolar koter ile tubanın antimezenterik yüzeyinden lineer salpingotomi yapıldı. Diğer 5 olgu rüptüre ve komplike idi. Bu olgular uni-bipolar koter yardımı ile salpinjektomi ile tedavi edildi.

Over kisti: Fonksiyonel veya benign over kistleri laparoskopik olarak tedavi edilebilirler. Ancak laparoskopik olarak çıkarılıp daha sonra malign olduğu belirlenen over neoplazmaları hakkında görüş farklılıkları vardır (8-10). Son yayınlar malignite saptanan olguların hemen tedavisinin prognozu etkilemediği, ancak laparoskopik delme veya biyopsiden sonra birkaç hafta tedavi geciktirilirse prognozun kötüleşebileceği yolundadır (10-13). O halde adneksiyal kitlelerin tedavisinde laparoskopiyi laparotomiye alternatif olarak seçebilmek için güvenilir tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır.

Kliniğimizde laparoskopi ile opere ettiğimiz 20 over kisti olgusu preoperatif olarak anamnez, abdominopelvik muayene, tümör belirteçleri, transvaginal ultrason ile skorlama ve bazı olgularda transvaginal renkli Doppler incelemeleri yapıldı. Hiçbir olguda malignite saptanmadı. Adneksiyal kitlelerin tedavisinde laparoskopinin optimal rolünün belirlenmesi için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Endometriozis: Diagnostik laparoskopi sırasında teşhis konulan endometriosis olgularının aynı anda tedavi edilmesi en uygun yoldur. Tedavi amacıyla koterizasyon, lazer uygulamaları, implantların çıkarılması gibi metodlar uygulanmaktadır. Bazı teknikler çok basittir ve birçok jinekolog tarafından uygulanabilir.

Ancak ileri evre endometriozisin tedavisi teknik olarak çok güç olup deneyim, eğitim ve beceri gerektirir. Özellikle derin fibrotik nodüler endometriozislerin tedavisinde komşu organlar (rektum, üreter v.d.) ile oran ilişkisi nedeniyle çok dikkatli olmak gereklidir (1,14). Kliniğimizde tedavi ettiğimiz 18 endometriosis olgusunun 3'ünde endometrioma mevcuttu ve bu olgularda endometrioma kist çeperi ile birlikte çıkarıldı. Diğer olgularda koterizasyon, implant çıkarılması ve adezyolizis yapıldı.

Tübal sterilizasyon: Tübal sterilizasyon için birçok yöntem tanımlanmış ise de laparoskopik teknikler sıklıkla kullanılmaktadır. En sık uygulanan laparoskopik sterilizasyon yöntemleri elektroagülasyon, klip (Hulka, Filsche) ve Yoon halkasıdır. Tubal sterilizasyon isteyen 14 olguda da bipolar kaagülasyon yöntemi uygulandı.

Polikistik over sendromu (PCOS): Medikal tedaviye cevap vermeyen PCOS olgularında elektrocerrahi ve laser kullanılarak laparoskopik olarak delinebilirler. Polikistik overler; büyümüş, kapsülleri kalınlaşmış, 2-6 mm boyutlarında, çevrelerinde teka interna hiperplazisi olan (stromal hipertekoz) subkapsüler foliküler kistler içerir. Bu olgularda medikal tedaviye yanıt yoksa hastaya laparoskopik multipl kist ponksiyonu (drill koagülasyon) uygulanabilir (1).

RİA translokasyonu: RİA'nın uterusu perfor ederek abdominal kaviteye geçmesi barsaklarda adezyonlar ve tıkanmalara neden olacağı için laparoskopik olarak çıkartılmalıdır. Kliniğimizde 2 bakırlı RİA translokasyon olgusu opere edildi. Her iki olguda da RİA ile etraf doku (omentum, barsak, mesane) arasında ileri derecede adezyonlar saptandı ve makas/koter yardımı ile transloke RİA çıkarıldı.

Adezyon: Kronik pelvik ağrı ve infertilite nedeniyle laparoskopi yapılan olgularda saptanan değişik derecelerdeki adezyonlara makas, koter yardımı ile adezyolizis yapıldı. Operasyon sonunda yeniden adezyon oluşumunu önlemek için batın bol Ringer Laktat solüsyonu (içerisinde Heparin 5000Ü/1 lt) ile yıkandı.

Myoma Uteri ve Adenomyozis: İki olguya tip II D LAVH (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy) yapıldı (15). Her iki olguda da linear stapler ile uni-bipolar koterizasyon kullanıldı.

Jinekolojik operasyonlarda olduğu gibi genel cerrahi, üroloji ve torasik cerrahi dahil birçok alanda; hastanede yatış süresinin kısalması, daha az doku hasarı, daha iyi görüntüleme, anında tanı ve tedavi, komplikasyon oranının daha az olması gibi birçok avantajları bakımından operatif laparoskopik hızla yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Gelecekte endikasyon ve kondisyonları daha net olarak belirlenecek olan bu yöntemin kullanılmasına bağlı istenmeyen komplikasyonların önlenmesi amacıyla yeterince eğitim ve tecrübe kazanılması gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Hulka JF, Reich H. Textbook of Laparoscopy. Philadelphia, WB Saunders Company, 1994.
2. Adamson GD. Advantages of laparoscopic and laser surgery. In: Diamond MP, DeCherney AH: Controversies in Endoscopy. Infertility and Reprod Med Clin of North America 1993; 4(2):239.
3. Zouves C, Urman B, Gomel V. Laparoscopic tubal treatment of tubal pregnancy, a safe, effective al-

- ternative to laparotomy. J Reprod Med 1992; 37:205.
4. Lunderoff P, Thorburn J, Hahlin M, et al. Adhesion formation after laparoscopic surgery in tubal pregnancy: A randomized trial versus laparotomy. Fertil Steril 1991; 55:911.
5. Nager CW, Murphy AA. Ectopic pregnancy. In Diamond MP (ed) Pelviscopy. Clinical Obstet and Gynecol 1991; 34(2):403.
6. Hangström H, Hahlin M, Bennegard-eden B, Stöblom P, Thorburn J, Lindblom B. Prediction of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy. Obstet Gynecol 1994; 84:798-802.
7. Reich H, Johns DA, DeCaprio J, McGlynn F, Reich E. Laparoscopic treatment of 109 consecutive ectopic pregnancies. J Reprod Med 1988; 33:885.
8. Canis M, Mage G, Pouly JL, Wattiez A, Manhes H, Bruat MA. Laparoscopic Diagnosis of Adnexal Cystic Masses: A 12-year Experience with Long-Term Follow-Up. Obstet Gynecol 1994; 83:707-12.
9. Anderson R. Endoscopic treatment of ovarian cysts. The oncologists' view. In: Diamond MP, DeCherney AH: Controversies in Endoscopy. Infertility and Reprod Med Clin of North America 1993; 4(2):239.
10. Maiman M, Seltzer V, Boyce J. Laparoscopic excision of ovarian neoplasms subsequently found to be malignant. Obstet Gynecol 1991; 77:563.
11. Sevela P, Vavra N, Schemper M, Salzer H. Prognostic factors for survival in stage I epithelial ovarian carcinoma. Cancer 1990; 65:2349-52.
12. Dembo AJ, Davy M, Stenwig AE, Berle EJ, Bush RS, Kjørstad K. Prognostic factors in patients with stage I epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1990; 75:263-73.
13. Hopkins MP, Kumar NB, Morley GW. An assessment of the pathologic features and treatment modalities in ovarian tumors of low malignant potential. Obstet Gynecol 1987; 70:923-30.
14. Younger JB. Endometriosis. Current Opinion in Obstet and Gynecol 1993; 5:333-339.
15. Munro MG, Parker WH. A classification system for laparoscopic hysterectomy. Obstet Gynecol 1993; 82:624-629.

Alındığı tarih:

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

ENDOSKOPİK LAPAROSKOPİK MINİMAL İNVAZİF CERRAHİ

VOLUM I

- SAYI 1: Mart 1994
ÖZEL SAYI: Haziran 1994
SAYI 2-3: Eylül 1994
SAYI 4: Aralık 1994

- Laparoskopik kolesistektomi
4. Avrupa Video Cerrahi Kongresi Abstrakları
Laparoskopik appendektomi
Laparoskopik inguinal herni

VOLUM II

- SAYI 1: Mart 1995
SAYI 2-3: Haziran-Eylül 1995
SAYI 4: Aralık 1995

- Laparoskopik hiatal herni tamiri
Laparoskopik peptik ülser cerrahisi
Laparoskopik safra yolları cerrahisi