

Over kistlerine laparoskopik yaklaşım

Rıdvan SEVEN (*), Yeşim ERBİL (*), Selçuk MERCAN (**)

ÖZET

Over kistlerinde cerrahi tedavi, son yıllarda artan sıklıkla laparoskopik yöntemle gerçekleştirilmektedir. Servisimizde over kisti nedeniyle 9 hastaya laparoskopik girişim uygulandı. 4 hastamızda over kisti, kolesistektomi ve proksimal gastrik vagotomi ameliyatları sırasında insidental olarak bulundu. Hastaların 4'üne ooforektomi, sağ kistektomi yapıldı. Ameliyat süresi ortalama 47 dk, hastanede kalış süresi ortalama 2 gün olarak belirlendi. Hastalar 6-24 ay takip edildi, nüks saptanmadı. Hastanede yatış süresinin kısalması, erken mobilizasyon, normal aktiviteye dönüşün çabuklaşması, batın içi adhezyon riskinin azalması ve kozmetik olması laparoskopik cerrahinin en önemli avantajları olarak kabul edilmektedir. Cerrahi kliniklerin de insidental olarak tespit edilen over kistlerinin laparoskopik yöntemle tedavisi ile bu hastaları laparoskopik cerrahinin avantajlarından faydalandırmak uygun olur düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Over kisti, laparoskopi

GİRİŞ

Over kistleri sık görülen ve büyük çoğunluğu selim olan patolojilerdir (1). Over kistinin rüptüre veya torsiyone olması akut batın tablosu oluşturmasına karşın, asemptomatik olan, ameliyat veya görüntüleme yöntemleri sırasında başka patolojilere yandaş veya tek olarak saptanan over kistlerinin sayısı da küçümsenemez (2,3,4,5). Ameliyat esnasında tesadüfen saptanan over kistlerine yönelik girişimler jinekolojik konsültasyon yapıldıktan sonra cerrahlar tarafından da yapılmaktadır.

(*). İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Op. Dr.

(**). İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

SUMMARY

Laparoscopic management of ovarian cyst

Surgical treatment of ovarian cysts has been carried out laparoscopically in the recent years with an increased frequency. Laparoscopic surgery was applied to nine patients with ovarian cysts in our unit. The ovarian cysts were diagnosed incidentally in four patients during cholecystectomy and proximal gastric vagotomy. Oophorectomy was done for four patients; cystectomy for four patients; and left salpingo-oophorectomy plus right cystectomy was performed for a patient with bilateral ovarian cysts. The average operation duration was forty-seven minutes while the average hospital stay was two days. The patients were followed for 6-24 months and no recurrence was detected. Decreased hospital stage, early mobilization, accelerated return to normal activity, decreased risk of intraabdominal adhesion and cosmetics are accepted among the most important advantages of laparoscopic surgery. It will be very appropriate to treat incidentally diagnosed ovarian cysts in surgical clinics laparoscopically and enable these patients to enjoy the advantages of laparoscopic surgery.

Key words: Ovarian cyst, laparoscopy

Bu yazıda Genel Cerrahi Kliniği'nde laparoskopik girişim ile tedavi edilen over kisti olgularımızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi "E" servisinde 9 hastaya over kisti tanısıyla laparoskopik girişim uygulandı. Hastaların yaşları 16-84 arasında olup ortalama 46 olarak belirlendi. Over kistleri; 3 hastada laparoskopik kolesistektomi, bir hastada laparoskopik vagotomi ameliyatlarında insidental olarak saptanırken, diğer 5 hastada karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkikler sonucunda, 4'ü over kisti, 1'i mezenter kisti ön tanısı ile ameliyata alındı. Mezenter kisti tanısı olan hastada eksplorasyonda

sağ over kisti saptandı. 6 hastada sağ over, 2 hastada sol over, 1 hastada bilateral over kisti olduğu görüldü. Kist çapları 4-15 cm arasında değişirken ortalama 8.5 olarak belirlendi. Over kisti önceden belirlenen 5 hastada ultrasound bulgularında malignite kriterleri yoktu. Bu hastalar için jinekoloji konsültasyonu yapılarak ameliyat endikasyonu konuldu. Tüm hastalara sitolojik ve frozen section tetkik yapıldı.

Ameliyat tekniği: Kolesistektomi ve vagotomi yapılan hastalarda kullanılan trokarlar pelvise yönlendirildi. Vagotomi yapılan hastalarda ilave trokara gerek duyulmadı. Kolesistektomi yapılan hastalarda sol taraftan, göbeğin 6-7 cm dışından 10 mm'lik ilave trokar yerleştirilerek ameliyat yapıldı. Sadece overe yönelik girişim yapılacak hastalarda göbekten girilerek pnömoperiton sağlandı. Buradan yerleştirilen 10 mm'lik trokar kamera için kullanıldı. Batının iki tarafında midklavikular hat üzerinde, göbek hizasından 2 trokar (5-10 mm), gerekirse bir trokar daha ilave edilerek 3 veya 4 trokar ile ameliyat yapıldı. İntraabdominal basınç 13-14 mmHg'ya ayarlandı. Sıfır derece laparoskop kullanıldı. Ameliyat trendelenburg pozisyonunda gerçekleştirildi. Kolesistektomi ve vagotomi yapılan hastalarda mesane sondası kullanılmadığı için ameliyatlara sonda olmadan devam edildi. Over girişimi uygulanacak hastalarda ise mesane sondası konularak ameliyata başlandı. Kistin belirlenmesinden sonra kist içeriği perkütan aspire edildi, sitolojik tetkike gönderildi. Kist ponksiyonu yapılan yer endograsper veya endoklip ile kapatılarak kist içeriğinin batın içine yayılması önlenildi.

Kistektomi-yapılacak hastalarda kist pedikülü ekstrakorporal düğüm tekniği ile bağlanarak kesildi, tamamen serbestleştirilen kist 10 mm'lik trokardan batın dışına alındı. Ooferektomi veya salpingo-ooferektomi yapılacak hastalarda tubalar overe yakın olarak endodisektör yardımı ile dönüldü; ekstrakorporal düğüm tekniği ile bağlandı, ayrıca endo-klip konularak kesildi. Over endo-bag içinde veya 10 mm'lik trokardan batın dışına alındı. Ameliyat sahası serum fizyolojik ile yıkandı, kanama kontrolü yapıldı. Dren kullanılmadı.

SONUÇLAR

Mortalite ve morbidite görülmedi. Hastanede kalış süresi 1-6 gün arasında değişirken ortalama 2 gün olarak belirlendi. Kolesistektomi ve over kisti eksizyonu yapılan hastanın yatış süresi diabet ve kardiyak problemler nedeniyle 6 güne uzatıldı. Nazogastrik sonda ameliyat sonunda çıkarılarak postoperatif 1. gün oral gıda verildi. Ameliyatlar 40-60 dk (vagotomi, kolesistektomi hariç) ortalama 47 dakikada gerçekleştirildi. Hastaların 4'üne ooferektomi, 4'üne kistektomi, bilateral over kisti olan hastada ise sol salpingo-ooferektomi, sağ kistektomi yapıldı. Histopatolojik tetkiklerde malignite görülmedi. Hastalar 6-24 ay (ortalama 15.4 ay) takip edildi, nüks ile karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahinin uygulanması esnasında insidental patolojilerin saptanması mümkündür. Bunlar overleri ilgilendiren patolojiler olabilir. Ayrıca tanı konulamayan karın ağrılı veya akut batın düşünülen hastalarda yapılacak diagnostik laparoskopi sırasında over kistleri saptanabilir ⁽¹⁾. Bu nedenle özellikle laparoskopide deneyimli cerrahlar over kistlerini laparoskopik yaklaşım ile tedavi etmektedirler. Ülkemizde over kistlerine laparoskopik yaklaşım ile ilgili ilk deneyimler Mercan ve ark. ⁽²⁾ tarafından bildirilmiştir. Jinekolojik ameliyatlarda laparoskopik yaklaşımlar günümüzde artan sıklıkla uygulanmaktadır ⁽³⁾. Dünya literatüründe over kistlerinin laparoskopik yöntemle tedavisini savunan geniş seriler bildirilmiştir ^(4,5,6,7). Nezhath ve ark. ⁽⁵⁾ 1011, Canis ve ark. ⁽⁴⁾ 757, Mettler ve ark. ⁽⁶⁾ 626, Mage ve ark. ⁽⁷⁾ 481 vaka içeren serilerinde ortalama ameliyat süresini 40-60 dk, hastanede kalış süresini 2-3 gün olarak bildirmektedirler. Laparoskopik over kisti serilerinde % 80 oranında kistektomi % 20, ooferektomi ve salpingo-ooferektomi uygulandığı görülmektedir.

Bu serilerdeki hastalarda ameliyat öncesi yapılan tümör biyokimyası ve ultrasound tetkiklerinde selim olduğuna karar verilen over kistleri ameliyat edilmiş, % 2-5 oranında ma-

lignite şüphesi ile laparotomi yapılmıştır. Açık cerrahiye dönülen hastaların histopatolojik tetkiklerinde % 1'inde malignite görülmüştür. Uzun takiplerde kist nüksleri % 2 oranında bulunmuştur. Tümör biyokimyası ve ultrason bulguları selim bir patoloji düşündüren kistlerde bile ameliyat sırasında kist ponksiyonu yapılarak sitolojik inceleme uygulanır (8,9). Over kistlerine laparoskopik yaklaşımla ilgili olarak tartışmalar mevcuttur. Yapılmasının karşısında olan yazarlar kist ponksiyonu sırasında batın içine yayılabilecek kist sıvısının özellikle malign kistlerde pelvik nüксе neden olabileceğini belirtmektedirler (8,10,11).

Benifla ve ark. (12) malign kistlerde yapılan ponksiyonun nüксе neden olmadığını göstermişlerdir. Bunların dışında bu riskleri ortadan kaldırmak için çeşitli yöntemler mevcuttur. Malignite şüphesi olan kistlerde, kist endo-bag içine alınabilir, ponksiyon yapılan yerden sızıntıyı önleme amacı ile endoklip kullanılarak defekt kapatılabilir (1,13,14). Batın içi kontaminasyonu engellemek için endo-bag yerine, port insizyonu genişletilip kist batın dışına alınır ve ekstrapitoneal eksizyon yapılabilir. Bu yöntemle yapılan 11 vakalık seri bildirilmiştir (15). Solid alanlar içeren, multifokal, bilateral ve 8 cm'in üzerindeki over kistlerinde malignite riski olduğu için laparotomi önerilmektedir (1,5,13). Serimizde batın içi kontaminasyonu engellemek için kistin ponksiyon yeri endograsper ile tutuldu veya klipslendi.

Over kistlerinin laparoskopik yöntemlerle tedavi edildiği serilerde 20 cm boyutlarındaki kistlerin de çıkarıldığı dikkati çekmektedir. Yazarlar preoperatif tümör biyokimyası ve US bulguları normal bulunan kistlerin, 8 cm'den büyük olsalar bile laparoskopik yöntemle çıkarılabileceğini vurgulamaktadırlar (5,6,7). 4 cm üzerindeki over kistlerinin aspire edilmesi veya total çıkarılması gerekmektedir (16). Bu nedenle insidental olarak saptanan çıkarılması gereken over kistlerinin laparoskopik yöntemle çıkarılarak bu hastaları minimal invaziv cer-

rahinin avantajlarından yararlandırmak uygun olur düşüncesindedir.

Over kistlerinin laparoskopik yöntemle tedavisindeki en önemli avantajlar hastanede yatış süresinin kısalması, erken mobilizasyon, normal aktiviteye kısa sürede dönüş ve batın içi adhezyon riskinin azalmasıdır (1,5,7,9). Hastalarımızda yatış süresi ortalama 2 gün olarak belirlendi. Ameliyat edilen hastaların kadın olması, bu girişimlerin kozmetik avantajlarını da ön plana çıkarmaktadır. Sonuç olarak, cerrahlar insidental olarak saptanan over kistlerine yerli deneyimleri varsa jinekolojik konsültasyonu yaptıktan sonra müdahale etmeli ve bu hastaları laparoskopik cerrahinin getirdiği avantajlardan yararlandırmalıdır.

KAYNAKLAR

1. O'Connor H, Magos A. Laparoscopic management of adnexal masses of uncertain nature. *Infert & Reproduct Med Clin North Am* 1995; 6:573-90.
2. Mercan S, Seven R, Dinççağ A, Özarmağan S. Over kistlerinin laparoskopik yöntemle tedavisi. 1. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi, 10-13 Kasım 1993, İstanbul, Özet Kitabı, s.44, 1993.
3. Tavmergen E, Tavmergen EN, Koca D, Çopanoğlu R. Jinekolojik cerrahide yeni bir yaklaşım: Endoskopik abdominal cerrahi. *Jin Obstet Derg* 1995; 9:79-84.
4. Canis M, Mage G, Pouly JL. Laparoscopic management of suspicious adnexal masses. *Gynecol Endoscopy* 1994; 3:36-41.
5. Nezhat F, Nezhat C, Wellander C. Four ovarian cancers diagnosed during laparoscopic management of 1011 women with adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:790-6.
6. Metter L, Caesar G, Neunzling S. Value of endoscopic ovarian surgery - Critical analysis of 626 pelviscopically operated ovarian cysts. *Geburtshilfe Frauenheilk* 1993; 53:253-7.
7. Mage G, Wattiez A, Canis M. Contribution of celioscopy in the early diagnosis of ovarian cancers. *Ann Chir* 1991; 45:525-8.
8. Dietrich M, Osmers R, Kuhn W. Tumor seeding after laparoscopic cyst puncture. *Gynakologe* 1992; 25:268-9.
9. Cohen M, Quilichini J, Boubli L. Current role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of ovarian cysts. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1992; 87:248-52.
10. Cristalli B, Cayol A, Izard V, Levardon M. Benefit of operative laparoscopy for ovarian tumors suspected of benignity. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2:69-73.
11. Mecke H, Lehmann E, Ibrahim M, Semm K. Pelviscopic treatment of ovarian cysts in premenopausal women. *Gynecol Obstet Invest* 1992; 34:36-42.
12. Benifla JL, Hauvy JP, Guglielmina JN. Celioscopic removal of cysts: a fortuitous histological discovery of an ovarian carcinoma. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; 21:45-9.
13. Bruhat MA, Mage G, Bagory G, Canis M. Laparoscopic treatment of ovarian cysts: indications techniques, result. *Apropos of 650 cases. Chirurgie* 1991; 117:390-7.
14. Amso N, Broadbent J, Hill N. Laparoscopic "ooporectomy in-a-bag" for removal of ovarian tumours of uncertain origin. *Gynecol Endoscopy* 1992; 1:85-9.
15. Ikuma K, Shiotani T, Shihara H. Laparoscopy-guided extraperitoneal resection of ovarian cysts. *Nippon Sanka Fujikai Gakkai* 1992; 44:1529-36.

Alındığı tarih: 28 Mart 1996

Yazışma adresi: Yeşim Erbil, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 34390 Çapa-İstanbul