

Laparoskopik Mide Perforasyonu (Olgu Sunumu)

LAPAROSCOPIC GASTRIC PERFORATION (CASE REPORT)

Salih SADIK*, A. Seçkin ÖNOĞLU*, İnanç MENDİLCİOĞLU**, Salim ŞEHİRALİ*, Ömer BAŞOĞUL***

* Uzm.Dr., SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İZMİR

** Uzm.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANTALYA

*** Asist.Dr., SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İZMİR

Özet

Laparoskopik girişimlerde oluşan intestinal yaralanmalar, prosedür sırasında tanınması zor, buna bağlı morbidite ve mortalitesi yüksek komplikasyonlardır. Bunlardan mide laserasyonu, nadir görülen bir laparoskopi komplikasyonudur. Bu vaka sunumunda, entübasyon öncesi ventilasyona bağlı midenin yoğun gaz distansiyonu sonucu, trokar girişi sırasında oluşan mide perforasyonu değerlendirildi. Sonuç olarak her laparoskopik işlem öncesi uygulanacak nazogastrik aspirasyon, mide laserasyon riskini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Mide perforasyonu, Laparoskopi, Gastrointestinal yaralanmalar

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:115-116

Summary

Gastrointestinal injuries occurred during laparoscopic procedures have high morbidity and mortality as most of them are difficult to be recognized during the procedure. Gastric lacerations are rare laparoscopic complications. We present a case who experienced a trocar injury to stomach which was distended due to ventilation before intubation. We conclude that routine nasogastric suction before laparoscopic procedures may decrease the gastric complications.

Key Words: Gastric perforation, Laparoscopy, Gastrointestinal injuries

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:115-116

Son yıllarda operatif ve diagnostik laparoskopinin, laparotomiye olan avantajlarına karşın, üriner sistem yaralanmaları, major damar hasarları ve intestinal yaralanmalar gibi çeşitli komplikasyonları da görülebilmektedir. Laparoskopik girişimlerde, major komplikasyon oranı 2.2/1000-5.0/1000 arasında bildirilmektedir (1-6). Major komplikasyonların sık görülenlerinden intestinal sistem yaralanmaları, en çok trokar ve verres kanülü uygulanması sırasında ve termal yanıklara bağlı olarak karşımıza çıkmakta ve görülme sıklığı 0.7-0.86/1000 arasında bildirilmektedir (4,5). Biz bu olgu sunumunda, nadir görülen bir laparoskopi komplikasyonu olan mide perforasyonu ve sonuçlarını literatür eşliğinde değerlendirmeye çalıştık.

Olgu Sunumu

Primer infertilite sebebiyle kliniğimize başvuran 31 yaşındaki hastamıza diagnostik laparoskopi kararı ile operasyon uygulandı. Ameliyat esnasında, anestezinin in-

Geliş Tarihi: 05.01.2000

Yazışma Adresi: Dr. İnanç MENDİLCİOĞLU
1315 sok. 36/19
Gençlik Mah. 07100 ANTALYA

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11

düksiyon döneminde maske ile midenin aşırı gaz doldurulup dilate olması nedeni ile umbilikal bölgeden yapılan direkt trokar insersiyonunda, mide kurvatura minorda perforasyon oluştu. Bu durum karşısında diagnostik laparoskopiyi hemen takiben laparotomik insizyon ile perfore olunan bölgeye ulaşıldı ve çift plan suture edilerek operasyona son verildi. Olgunun daha sonraki izleminde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Tartışma

Laparoskopik cerrahide gastrointestinal sistem yaralanmaları morbiditesi en yüksek komplikasyonlardandır. Zira bu yaralanmaların önemli bir kısmı prosedür esnasında saptanamamaktadır (7,8). Tanısı gecikmiş bağırsak yaralanmalarında işlemden 1-10 gün içinde yaygın peritonit bulguları ortaya çıkmakta ve morbidite-mortalite artmaktadır (9,10). İntestinal sistem komplikasyonlarının önemli bir kısmı, genellikle iğne veya birinci trokarın kör insersiyonu sırasında olmaktadır (8,10,11). Chapron ve arkadaşları (8), gastrointestinal sistem laserasyonlarının 1/3'ünün gaz insuflasyonu safhasında olduğunu bildirmiştir. Soderstrom (10), medikolegal olarak incelenen 66 laparoskopik kolon yaralanmalısında, trokar girişlerinin, termal yanıklara göre daha fazla komplikasyon nedeni olduğunu saptamıştır.

115

İntestinal sistem yaralanmalarında en önemli predispozan faktörlerden biri, daha önce geçirilmiş abdominal cerrahiye bağlı veya karın içi enfeksiyonuna bağlı olan yapışıklıklardır (12). Ancak bazı çalışmalarda ise barsak yaralanmalarının adezyonlarla ilişkili olmadığı öne sürülmüştür (13). Daha önce abdominal operasyon veya abdominal enfeksiyon geçirmiş riskli olgularda karının değişik bölgelerinde birinci trokar insersiyonu yapılarak risk oranı azaltılmaktadır (14). Bu tip riskli vakalarda, sol subkostal bölgeden ya da interkostal aralıktan pnemoperitonyum sağlanarak, sol subkostal alandan trokar girişi yapılabilir. Bu arada trokar uygulaması ile ilgili olarak, çeşitli çalışmalarda direkt trokar insersiyonu ve Verres iğnesi ile pnemoperitoneum oluşturulup girmesi arasında fark tespit edilmemiştir (13,14). Korumalı veya korumasız trokar ile girilmesinin ise komplikasyon olasılığını değiştirmediği bildirilmektedir (13-15). Bizim vakamızda korumalı trokar kullanılmasına rağmen mide bu laserasyon oluşmuştur.

Laparoskopik girişimlerde görülen mide komplikasyonları, 0,43/1000 oranında gözlenmektedir ve daha çok bizim olgumuzda da görüldüğü şekilde entübasyon öncesi midenin asiste pozitif basınçlı ventilatörle gaz distansiyonuna bağlı olmaktadır (4). Bizim vakamızda mide aşırı dilate olmuş; umblikus seviyesinin aşağılarına inmiş ve bunun sonucunda trokar insersiyonu ile küçük kurturandan mideye girilmiştir. Mide laserasyonları genelde iğne ve trokar girişi sırasında olmaktadır (7). Bu açıdan her laparoskopik girişim öncesi nasogastrik mide aspirasyonunun bu tür komplikasyonların oluşmasını önleyici bir tedbir olarak önerilebilir. Bununla beraber bağırsak yaralanması riskli hastalarda preoperatif kolon temizliği komplikasyonların onarımında fayda getirebilir (8).

Komplikasyonların uygun tamiri de morbidite ve mortaliteyi azaltıcı en önemli faktörlerdendir. Endoskopist cerrah, oluşan komplikasyonların tanısı ve tamirinde yeterli olmalıdır. Hasarın onarılması, cerrahın tecrübe ve yeteneği ile ilişkili olarak laparoskopik ve laparotomik yapılabilir. Midede oluşan laserasyon durumunda trokar yada verres kanülü içerde bırakılarak insersiyon yeri genişletilerek minilaparotomi yapılır. Laserasyon yeri iki sıra suture edilerek kapatılır ve iki gün nazogastrik drenaj sağlanır.

Sonuç olarak intestinal komplikasyonlar, laparoskopik girişimlerde karşımıza çıkabilen ve tanınmaması duru-

munda morbidite ve mortaliteleri yüksek olan sorunlardır. Bu sorunların oluşmasında en etkili faktörler bu organları çeşitli sebeplerden dolayı dilate olması ya da adezyonlarıdır. Bu açıdan intestinal komplikasyonların azaltılması için subumblikal adezyon şüphesinde subkostal girişimler ve preoperatif nazogastrik sonda uygulanması etkili yöntemler olabilir.

KAYNAKLAR

1. Querleu D, Chevalier L, Chapron C, Bruhat MA. Complications of gynaecological laparoscopic surgery. A French multicenter collaborative study. *Gynaecol Endosc* 1993; 2: 3-6.
2. Lehmann-Willenbrock E, Riedel HH, Mekke H, Semm K. Pelviscopy/laparoscopy and its complications in Germany. 1949-1988. *J Reprod Med* 1992 ; 37 : 671-7.
3. Peterson HB, Hulka JF, Philips JM. American Association of Gynecologic Laparoscopists' 1988 membership survey on operative laparoscopy. *J Reprod Med* 1990; 35:587-9.
4. Bateman BG, Kolp LA, Hoeger K. Complications of laparoscopy-operative and diagnostic. *Fertil Steril* 1996 ; 66:30-5.
5. Harkki-Siren P, Sjoberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: a follow-up Finnish study. *Obstet Gynecol* 1999;94:94-8.
6. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, Dubuisson JB. Surgical complications and operative gynaecological laparoscopy:a series of 29.966 cases. *Hum Reprod* 1998;13:867-72.
7. Hulka JF, Reich H. Laparoscopic Management of Complications . In: *Textbook of Laparoscopy*. Hulka JF, Reich H. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 513-23.
8. Chapron C, Pierre F, Harchaoui Y et al. Gastrointestinal injuries during gynaecological laparoscopy. *Hum Reprod* 1999;14:333-7.
9. Penfield AJ. How to prevent complications of open laparoscopy? *J Reprod Med* 1985;30:660-3.
10. Soderstrom RM. Bowel injury litigation after laparoscopy . *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1993;1:74-7.
11. Lecuru L, Darles C, Robin F, Huss M, Taurelle R. Morbidity of routine gynaecological laparoscopy: Report of series of 283 procedures. *Gynaecol Endosc* 1996;5:79-82.
12. Tsaltas J, David L, Healy L. Review of major complications of laparoscopy in a free-standing gynaecological day case hospital. *Gynaecol Endosc* 1996;5:265-70.
13. Kaali SG, Barad DH. Incidence of bowel injury due to dense adhesions at the sight of direct trocar insertion. *J Reprod Med* 1992 ;37:617-8.
14. Garry R, Reich H, Phillips G, Kumar L. A safer method of inserting the primary cannula during laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995;2:368-9.
15. Kaali SG, Barad DH, Merkatz IR. Avoiding trocar injuries is there a fail-safe method? *Fertil Steril* 1996; 66:1045-6.