

Akut Batına Neden Olan Jinekolojik Patolojilerde Laparoskopinin Yeri

THE VALUE OF LAPAROSCOPY IN THE GYNECOLOGIC PATHOLOGIES LEADING TO AKUT ABDOMINAL PAIN

Tayup ŞİMŞEK*. Göray ÇİMEN*. Orhan ERMAN**

* E'/m.Dr..Akdem/ Lniveisiyesi Tıp fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Öğr.Gör.,

** Prof.Dr..Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. Başkanı. ANTALYA

O/et

Amaç: Akut karını neden ulan jinekolojik patolojilerde ni- l>aro.\kopiulu verini artışı rrmak.

Materyal ve Melad: Akdem: i uiversiyesi Tıp fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 'ne I 992-96 tarihleri trasında başvuran : jinekolojik kaynaklı tiril patoloji oiluğu tliiytüülen o,S olgu çalışmanı alımlı. Xoniiiicko/ojik nedeni olan hastalar çalışmaya dahil et/ilmedi. İstatistiksel analizler için Suuleul T (esti kul- lanıldı ve />• O. (15 İstatistiksel olanırk anlumlu kabul edil- di.

Bulgular: Hastaların vas ortalaması 2b: 4İİ6-5) olup "o-lñ.S(46l olguya Uparoskopi vapıhlı. Olguların 37si ("ı:37. 7/ laparosko/u'k ohrok İtim aldı ve tedavi edildi. En •ak rastlanan jinekolojik kaynaklı akut balın nedeni ek- lopik gebelik ıdr laajarosko/ii yapılan grupla hostouette kalış süresi ilaha kistiydi (p 0.1)3). Pir haslnla la- /turoskepi sonrası pulunucur euboli gidişti.

Sonuç: At il jinekolojik jhiitdojllerde luparoskepti uygulana- bilir bir yöntemdir ve laparotoni\ve göre birçok avantajı vardır. Ancak lapararoinu hala geçerliliğini korumak- ladır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi. Akut karın.
Laparotomi. Lktopik trebelik

Klin Jineköl Obst 1998. 8:213-217

Lndoskopik girişini yüz yıldan fazla geçmiş olmasına rağmen teknolojisindeki gelişmelere

Geliş Tarihi: 13.(12.1998

Yazışına Adresi: Dr.Tayup ŞİMŞEK
Altındağ Malı.
169 Sokak Gökkurt Apt. D: 8
(PI 15(1 ANTALYA

Hu eabşına 16-20 Mavis ı997 uurlımdc Antalya 'da yapılan 2.l'ustitirartısı Jinekoloji ve Obstetrik Kongresinde jiosler olarak sunulmuştur.

T Klini .1 (lyiectil Oba 1998. S

Summary

Objective: To determine the place of la/xirosi-opi in gynecologic j)atholog\ causing to acme abdominal pain.

Material and Method: Total 9H patients villi at me oMoniinol pain were euro/let! in this study in The l'ye/iarinieiu of Obstetrics ami Gynecology. Akdeuz University School of Medicine between 1992 to 199b. The patients with noug- vneecologic causes were excluded from the study. Student T test was used to statistical analysis and />• 0.05 was accepted to be statslica.ly significant.

Results: Mean age was 2k.4(16-57) and laparoscope was per- formed in 46.8"» (46) patients. Thirty sevemiT. pa- tients were diagnosed and treated with laparoscope Ectopic pregnancy was the most frequent gynecologic pathology leading to acute abdominal piu'u syndrome. The period of time resting In die hospital was shorter in patients with iaparoseofile firocedurcstp -0.05). Pubiioucr embolus developed in tnie ease alter ia- paroscofiy.

Conclusion: Laiiaroseopv is acceptable procedures in the gy- necologic emergency and there are a lot ol'advantages of laparoscojiy 13ut luj>aratoiiv is gold slamlari neiliiod at present.

Key Words'. Laparoseopy. Acute Abdominal Lain.
Laparatomy. Ectopic Presznancv

T Klin J Gynecol Obst 1998, 8:213-217

paralel olarak son yıllarda yaygın kullanım alanı bulmuştur. Peritonca! kavitenin doğrudan gözlen- mesi kaviledeki yüz.cyel patolojilerde kurmada diğer tetkiklere üstünlük sağlamakla birlikte yu- muşak dokuların derinliklerinde bulunan patoloji- lerin saptanmasında aynı derecede başarılı ola- mayabihnektedir. Laparoskopinin ilk uygulama yerlerinden olan jinekolojide hem tanı hemde te- davi amacıyla kullanılmaktadır (T).

Akut batın bir çok sistemi ilgilendiren geniş bir hastalık spektrumunu içeren, acil tanı ve tedavinin

gereklı olduğunu ikıde eden bır sendromdur. Bu sendrom çeşıtlı organlardan kaynaklanabılmekte- dir. Bu kaynaklar arasında bulunan jinekolojik pa- tolojiler hem tanıda zorluklara yol açmakta, hemde çoğunlukla laparoskopik olarak tedavi imkanına sahiptirler, "lanı amacı ile yapılan girişimde ilk seçenek olarak laparoskopı tercih edilirken, ek cer- rahi işlem yapılacaksa cerrahın eğitimi, hastanın vi- lal bulguları, genel durumu ve patolojisine göre la- paratomi veya laparoskopı tercih edilebilmektedir (1). İşte bu çalışmanın amacı da akut batın kliniği ile başvurup jinekolojik kaynaklı patoloji düşünölen olgularda laparoskopının yerini belirlemektir.

Materyel ve FVletod

Akdeniz ÜniversitesiTıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine 1992-1996 tarih- leri arasında akut batın kliniği ile başvuran ve cer- rahi girişim uygulanan 98 hasta incelendi. Bilgiler hasta dosyalarından ve bilgisayar kayıtlarından el- de edildi. Jinekolojik kaynaklı olmayan patolojisi olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Hastalara yapılan operasyon tipi ile klinik bulgular, hastanın durumu, hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar arasındaki ilişki incelendi.

İstatistiksel analizler için Student T testi kul- lanıldı ve $p < 0.05$ istatistiksel anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Çalışmaya dahil edilen olguların yaş ortala- ması 28.4 (dağılım 16-57). ortalama paritesi 3.2 (0-

6) olup olguların semptom, jinekolojik muayene ve sonograflı bulguları Tablo 1 'de özetlenmiştir. En sık akut batın nedeni ektopik gebelik olarak sap- tanırken (%55.1) ilk aşamada olguların %46.8'ine laparoskopı, %53'üne laparotomi yapılmıştı (Tablo 2). Semptomlar ile cerrahi girişimin tipi arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken sadece bir olguya preşok bulguları nedeni ile direkt laparotomi yapılmıştı. Ancak jinekolojik muayene ve sono- grafi kitle(pelvik apse ve adnexiyal kitle) sap- tanan olguların çoğunda laparotomi tercih edilmişti (Tablo 1 ve 2). Laparoskopik ektopik gebelik sap- tanan 28 olgudan sekizinde laparotomiye geçildi. Bunlardan ikisinde fazla intraabdominal kanama, ikisinde intraoperatif kanama, ikisinde enstruman- tasyon yetersizliği, birisinde kornual diğesinde ise istmik ektopik gebelik mevcuttu. Bir olgıyada kor- nual rezeksiyon ve diğelerine salpenjektomi uygu- lanmıştı. Geriye kalan 8 olguya diagnostik amaçlı laparoskopı, 9 olguya laparoskopik salpenjektomi ve 3 olgıyada laparoskopik salpingotomi yapılmıştı. Ovarial kist rüptürü olan 8 olgu laparoskopik tedavi edilmiş ve laparoskopik olarak adnex torsiyonu saptanan bir olgıyada laparotomiye geçilerek salpingooferektomi yapılmıştı. Laparoskopı yapı- lan beş olguda da normal bulgular saptanmıştı (Tablo 3).

Hastanede kalış süresi laparoskopı yapılan ol- gularda kısa ancak operasyon süresi ise uzundu ($p<0.05$) (Tablo 4). Laparoskopı yapılan olgulardan sadece bir tanesinde postoperatif pulmoner emboli

Tablo 1. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri.

	Laparoskopı(n)	Laparotomi (n)	Toplam (n)
Semptomlar			
Karın ağrısı	46 (%46.9)	52 (%53.0)	98 (%100)
Vajinal kanamına	30 (%30.6)	35 (%35.7)	65 (%66.3)
Amenore	22 (%22.4)	35 (%35.7)	67 (%68.3)
Diğeri	15 (%15.3)	16 (%16.3)	34 (%34.6)
Jinekolojik muayene			
İ kısıtı ve	26 (%26.5)	52 (%53.0)	78 (%78.5)
Dolgunluk	14 (%14.2)	10 (%10.2)	24 (%24.4)
Kitle	6 (%6.1)	14 (%14.2)	20 (%20.4)
Normal	12 (%12.2)		12 (%12.2)
Sonoyralı Bulguları			
Kitle	16 (%16.3)	26 (%26.5)	42 (%42.8)
Serbest mayi	16 (%16.3)	15 (%15.3)	31 (%31.6)
Ektopik gebelik	2 (%2.0)	10 (%10.2)	12 (%12.2)
Normal	13 (%13.2)	10 (%10.2)	23 (%23.4)

Tablo 2. Hasla patolojilerimi operasyonlara göre dağılımı.

Patoloji	Laparoskopi			Toplam
	Laparoskopi	Laparotomi	Laparatonii	
Lktopik gebelik	20 (%20.4)	26 ("1,26.5)	8 (%8.1)	54 (%55.1S
Ovarial kist ruptürü	X(%X.1)	6(%6.1)	—	14 (%14.2)
Adneksnal kitle	—	11(%11.2)	1(%1.0)*	12 (% 12.2)
Pelvik enfeksiyon	4 (%4.0)	9(%9.1)**	—	13 (% 13.2)
Normal bütlenler	5(%5.1)	—	—	5(%5.1)
Toplam	37(VV7.7)	52 ("53.0)	9(%9.4)	98

*:Adnexial torsiyon mevcuttur.

** :13u olgularda luboovarian apse saptanmıştır.

Tablo 3. Hastaların yapılan işlemlere göre dağılımı.

Patoloji	Laparoskopi(n=46)				
	Diagnostik	Salpenjektomi	Salpingoslomi	Koterizasyon	Laparatonii
bklopik gebelik (İvarian kist ı lıptün";	8 f (% 17.3)	9 ("19.5)	3 (%6.5)	8 ("4 7.3)	8 (% 17.3)
PeK'ik enfeksiyon	4 ("8.61	—	—	—	—
Adnex torsiyonu	—	—	—	—	1 f (% 1.1)
Normal	5 (%10.X)	—	—	—	5 (%10.4)
Toplamı	17 (%36.9)	9 (%19.5)	3(%6.5)	8 (%17.3)	9 (%19.5)

Tablo 4. Hastanede kalış ve operasyon süreleri.

Özellik	Laparoskopi (n=37)	Laparotomi (n=52)	Laparoskopi ve laparatonii (n=9)
Operasyon süresi (dk)	79.3(50-90)	46.4 (30-65)	125.4(105-150)
Hastanede kalış süresi (Oün)	2.1(1-3)	6.2(4-8)	5.2(4-7)

gelişti ve tedavi edildi. Diğer olgularda komplikasyon görülmedi.

Tartışma

Jinekolojik patolojilerde tedavi amaçlı acil laparoskopinin rolü tam olarak belirlenmemiştir. Önceden vaginal veya abdominal yolla yapılan bir çok operasyon laparoskopi ile yapılabilmektedir (2). Laparoskopinin laparotomiye üstünlükleri hastanede kalış süresinin kısa, maliyetin daha ucuz, postoperatif ağrı ve morbiditenin daha az olması şeklinde sayılabilir. Ancak bunlara rağmen manipülasyon olanağının sınırlı olması, dispozible enstrümanların pahalı olması, operasyon süresinin daha uzun olabilmesi ve çok acil olgularda hemen

müdahale olanağının zor olması gibi dezavantajları mevcuttur (1). Bizim olgularımızda da laparoskopi operasyon süreleri uzun ve bir olguyada preşok bulguları nedeniyle direkt laparotomi yapılmış idi.

Acil jinekolojik ve jinekolojik kaynaklı olmayan patolojilerde tanı ve tedavinin kısa sürede yapılması gerektiği için laparoskopinin kullanımı konusunda kuşku yaratmaktadır. Ancak yapılabileceği konusunda çeşitli yayınlar mevcuttur. Martin ve arkadaşları (3) 20 yıllık sürede 7988 hastaya akut batın nedeniyle laparoskopi yaptıklarını belirtmişlerdir. Nontravmatik hastalarda en çok akut diffüz peritonit, travmatiklerde de dakik rüptürü saptamışlardır. Çalışmalarında laparoskopiye bağlı 2 olgu ex olmasına rağmen tolarebilitenin iyi

olduğunu savunmuşlardır. Yine Taylor ve arkadaşları (4) nedeni belli olmayan akut alt karın ağrısı olan kadınlara laparoskopi yapmışlardır. Tüm olgulara (19) kesin tanı konulabilmiş ve başarılı bir şekilde apendektomi, salpingoofektomi yapmışlardır. Bunlara rağmen şokla olan hastalarda veya ciddi intra abdominal kanaması olan olgularda ve büyük adneksiyal kitlesi olan hastalarda laparotomi tercih edilebilmektedir. Olgularımızda ise adneksiyal kitlesi olan olgularda laparotominin daha çok tercih edildiğini ve ciddi preoperatif, intraoperatif kanaması olan olgularda hemen laparotomi yapıldığını görmekteyiz.

Adneksiyel kitlelerin laparoskopik olarak tedavi edilebildiği bilinmektedir (5). Fakat malign bir tümör ile karşılaşma düşüncesi veya laparoskopi esnasında kitlenin ruptüre olma olasılığı laparotomi düşüncesini ön plana çıkartmaktadır. Günümüzde ise çok büyük kitleler dışında malign tümörlerinde laparoskopik olarak tedavi edilebildiği ve riptür olduğunda ise ilk 15 gün içerisinde definitif tedavisi yapıldığı takdirde hastanın prognozunun etkilenmediği bilinmektedir (6).

Önemli jinekolojik kaynaklı akut karın nedeni olan ekstruterin gebelik olgularında laparoskopi hem tanı hemde tedavi amacıyla rahatlıkla yapılabilmektedir (7). Ancak ciddi intraoperatif ve preoperatif kanaması olan hastalarda direkt olarak laparotomi yapılabilir. Bizim 54 olgumuzdan 26 (%49.0)'sına direkt laparotomi, 20(%36)'sine laparoskopi ve <5 (%14.9)'üne laparotomi sonrasında laparotomi yapılmışım Ancak direkt laparotomi yapılan olgularımızın çoğu çalışma kapsamındaki ilk yıllara aittir. Bu oran daha sonraki yıllarda oldukça düşüktür.

Pelvik enfeksiyonlarda laparoskopinin yeri tartışmalıdır. Bilindiği gibi pelvik enfeksiyonların klasik tedavisi öncelikle medikaldir. Ancak tanının kesin olmadığı veya medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda laparoskopi veya laparotomi yapılmaktadır. Batında distansiyon veya olası dilate hareketli kısıtlanmış bağırsak ansları ve intraabdominal yapışıklıklar nedeniyle laparoskopi yapılmasından çekinilmektedir. Ancak bunlar her zaman olmayabilir ve konrendikasyon teşkil etmemektedir Hatta pelvik apse ve yapışıklıklar laparoskopik olarak kolaylıkla tedavi edilebilmektedir (8). Tüm

bunlara rağmen ciddi olgularda karar vermek zor olmakla birlikte, hafif olgularda ise rahatlıkla laparoskopi yapılabilmektedir. Bizim olgularımızda tubo-ovarian apsesi olan 9 olguda laparotomi tercih edilirken, sadece pelvik enfeksiyon saptanan 4 olguda laparoskopi yapılmıştır (Tablo 2).

Ortalama operasyon süreleri genellikle laparoskopide daha uzundur. Ancak cerrahın deneyiminin artması, iyi ekipman ve ekip ile olu farklılık minimuma indirilebilmektedir. Hastalarımızda ortalama laparoskopi süremiz 79.3 dakika, laparotomi süresi 46.4 dakika bulunmuştur. Benzer sayılar literatürde de mevcuttur (4). Bunun yanında laparoskopi yapılan olgularda hastanede kalış süresi kısa, postoperatif ağrı azdır. Mobilizasyon sorunun olmaması, erken oral gıda ve sıvı alımının başlaması diğer avantajlardır. Bu bulgular hastalarımızda da gözlenmektedir.

Ayırıcı tanı net yapılamayan veya açıklanamayan akut karın sendromunda hem tanı hemde negatif laparotomi oranını azaltmak için laparoskopi tercih edilebilmektedir (9). Laparoskopi yapılan olgularımızın 5 tanesinde normal bulgular saptanması ve negatif laparotomimizin olmaması bu düşüncelerimizi desteklemektedir.

Laparoskopinin komplikasyonları nadir olmasına karşın bazen ciddi sorunlar yaratabilir. Akut batın nedeni ile yapılan laparoskopinin mortalite ve morbiditesi düşüktür (%2 ve %11) (10). Bu nedenle akut karın tablosunun yönetiminde yararlanılabileceği belirtilmiştir. Ancak operasyon laparoskopi ile başlayıp çeşitli nedenlerle laparotomi ile devam edebilmektedir. Buda operasyon süresini uzatmaktadır. Olgularımızda laparotomiye geçiş oranı %19.9 idi. Literatürde benzer oranlar bildirilmiştir (10). Laparoskopinin en sık ve ciddi komplikasyonları ise damar yaralanmaları, emboli ve bağırsak yaralanmalarıdır. Bizim olgularımızda ise bir tanesinde postoperatif pulmoner emboli gelişmiş ve tedavi edilmişti.

Sonuç olarak serimizde laparoskopi oranımız çok yüksek olmamasına rağmen jinekolojik acillerde uygun koşullarda ve uygun olan olgularda ilk seçenek olarak uygulanabilir bir yöntemdir. Ancak hastanın durumuna göre laparotomi hala geçerliliğini korumaktadır.

KAYNAKLAR

1. Nhhii'o Md. (ivncologic Endoscopy. In: Brec JS, Adashi EY, Hihnd PA. eds. Novak's Gynecology. Hong Kong: WilliamWVilkins. 1996; 67^727.
2. Sultana CT Segur L. Laparoscopy vs laparomy for gynecologic procedures. Iupac! on jcsidcnl traming . .1 Reprd Mal 1990; 41: 225-30.
- 7- Marj:ii-Yi\aldi K. Vagnrus 17 Garcia Montólo M. Quintero i).)c Tcicsn 17! Iaiicrgene\ laparoscopy. A 20 year experience. Rc\ Esp Enlenn Dig 199y X- 305-8.
4. "EiUor I YY. l'enned_\ CA. Dtnihain R11. Blocii .111. Diajinosiie lapar.»scop\ in women w iih aetite abdominal pañi. Sur:: Eapaiosc Endose j*>)5; 5: 125-8.
5. Van de Walle P. Dilknuane P. \an de Lamotta II. Proal L. The laparo-eopie appioaelí ol a torsión ofa benign matine ovarian leraioima: a case report and rc\view olThe bicature. Aeta t'lnr Belg 1990; "0 : 'X-X.
6. Dembo AJ. l)a\y M. Sleinvig Al:7 hierle I..L Hüsh RS. Kjorstail K. Prognoslic l'aelors in palienl-. with Mnge I epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1990, 26.3-72.
7. Maymon R. Shuhnan A, Halperin R, Michell A. Uukovsky I. Ectopic pregnancy and laparoscopy: Reviewed of 1107 patients treated by salpingectomy or salpingosioinv. Em .1 Obstet Gynecol Re-prod Biol 1905; 62: 61-7.
- X. Raiga J. Denoix S. Cam's M, Lebouedec G. Glow ac/nwei E. Wattiez A, l'ouly JL. Mage G, Manhes IE Bntliat MA. Laparoscopic treatment of adnexial abscesses. A series of 39 patients. .1 Gynecol Obstet Bud Reprod Paris 1^7A 24: 381-5.
9. Champault G. Lauioy J, Gulhan P. Benoit .1. Ri/k N. Boulelier P. What are abdominal painful svnciroinc- ol unexplained origin !! Prospective Snuly: patient- oliou.-J for three years. Ann Chir 1996; 50: 258-62.
- ID.NavezB, d'Ldekcm Y.Canibiei E, Riehu <. ck-Pierp.oiii B. Ciuoit P. Laparoscopy for managemcu; of nontia\malic acute abdomen. World J Sura 1995: 19: cX2-2.