

# Jinekolojik Cerrahide Maylard İnsizyonunun Kullanımı

THE MAYLARD INCISION IN GYNECOLOGIC SURGERY

Dr.Neslihan SEÇKİN, Dr.Bilge ŞENER, Dr.Yusuf ERGÜN, Dr.Ömer ÇOBANOĞLU

Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Jinekoloji Kliniği, ANKARA

## ÖZET

Çeşitli endikasyonlarla operasyon gereken 44 jinekolojik hastada Maylard insizyonu kullanıldı. Cerrahi alan mükemmel olup; radikal histerektomi ve pelvik, paraaortik lenfadenektomi, omentektomi bile yapılabilirdi. Operatif teknik ile ilgili komplikasyon yoktu. İnsizyon ile alakalı olarak uzun süreli morbidite ve mortalite mevcut değildi. Sonuçta Maylard insizyonunun kozmetik olarak iyi, kuvvetli ve kolay öğrenilebilir bir insizyon olduğuna karar verildi.

Anahtar Kelimeler: Maylard insizyonu, Jinekolojik cerrahi

T Klin Jinekoloj Obst 1992, 2:198-200

Jinekolojik cerrahide sıklıkla iki tip insizyon kullanılmaktadır: Pfannenstiel insizyon ve göbek altı median insizyon. Bunların kullanım alanları birbirinden farklı olduğu gibi, farklı avantajları ve dezavantajları vardır. Örneğin Pfannenstiel insizyon ile operatif saha sınırlı kalmakta, insizyonun gereğinde yukarı uzatılması imkansızlaşmaktadır. Göbek altı median insizyon ise endikasyon halinde kullanılsa bile özellikle obes hastalarda postoperatif dönemde insizyonel herni şansı fazla olmaktadır. Oysa başarılı bir operasyon için kullanılan insizyonun optimal görüş alanı sağlamanın yanında, daha sonraki dönemde iyileşmesi de mükemmel olmalıdır. Bu şartlara uyan bir insizyonu ilk defa 1907'de Ernest Maylard tariflemiş ve rektus kaslarının transvers insizyonla kesilmesini savunmuştur (1). Biz de bu makalede Maylard insizyonunu kullandığımız 44 olguda elde ettiğimiz sonuçları sunmaktayız.

Geliş Tarihi: 23.11.1991

Kabul Tarihi: 6.12.1991

Yazışma Adresi: Dr.Neslihan SEÇKİN  
And Sokak No:32/7 06680  
Çankaya, ANKARA

## SUMMARY

In 44 gynecologic patients who required surgery for miscellaneous indications; Maylard incision was used at Dr.Zekai Tahir Burak Women's Hospital Clinic of Gynecology. Excellent exposure was provided and even radical hysterectomy and pelvic, paraaortic lymphadenectomy, omentectomy could be done. There was no long-term morbidity or mortality associated with the incision. As a result we concluded that Maylard incision is cosmetically good, strong, also easily learned and unless a vertical incision is definitely indicated we will prefer this method in most of the cases.

Keywords: Maylard incision, Gynecologic surgery

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:198-200

## MATERYEL VE METOD

Çalışma grubu Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Jinekoloji Kliniğinde Aralık 1990-Mart 1991 tarihleri arasında çeşitli endikasyonlarla Maylard insizyonu kullanılarak opere edilen 44 olguda meydana gelmektedir. Yaş ortalaması 42.4 olup en genç hastamız 18, en yaşlı hastamız ise 85 yaşında idi. Tablo 1'de ameliyat endikasyonları görülmektedir. 44 hastanın 8'inde ilave medikal problemler mevcut olup, bunların 2'si diabetik, 5'i düzeltilmiş anemili ve 1'i obesdi (%18.1). Tablo 2'de ise yapılan ameliyatlara görülmektedir.

## CERRAHİ TEKNİK

Symphysis pubisin 3 cm kadar yukarisından yapılan transvers cilt, cilt altı insizyon ile anterior rektus kılıfına ulaşıldı. Cilt İnsizyonunun genişliği ve tam lokalizasyonu hastanın yaşına, fizik yapısına, ameliyat endikasyonuna ve daha önce operasyon geçirip geçirmediğine göre belirlendi. Bundan sonra fascia; rektus kasının lateral kenarlarına kadar transvers olarak kesildi. Rektus kasının lateral 1/3'üne kunt diseksiyon yapılarak

Tablo 1. Eridikasyonlar

Myoma Uteri	26
Tubaoverian abse	2
Postmenopozal Kanama	2
Myoma Uteri+Stres inkontinensi	3
Adneksial Kitle	5
Över Karsinomu	1
Tuba Karsinomu	1
Torsione Över Kisti+Myom	1
Dış Gebelik	3
TOPLAM	44

Tablo 2. Operasyonlar

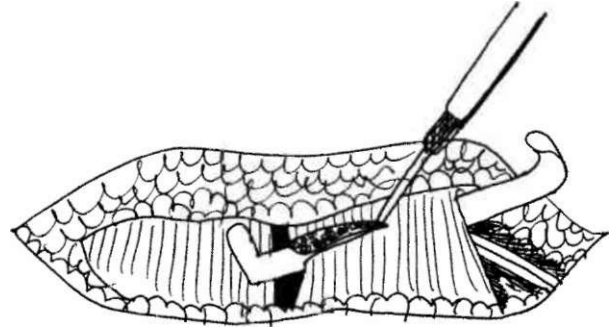
TAH + BSO	19
TAH + USO + VVedge Rezeksiyon	1
TAH + BSO + MMK	3
TAH + USO	3
Myomektomi + Apendektomi	2
Over Kist Extripsasyonu	1
Myomektomi	3
TAH + BSO + Apendektomi	2
Radikal Histerektomi + Bilateral	
Lenfadenektomi + Omentektomi	1
TAH	4
Myomektomi + VVedge Rezeksiyon	1
Salpingooferektomi	1
VVedge Rezeksiyon + Apendektomi	1
Salplnjektomi	1
Salpingooferektomi + Sol Over Kist	
Extripsasyonu + Apendektomi	1
TOPLAM	44

a.epigastrica inferlor bulundu ve her iki tarafta 2.0 ipek ile ligatüre edildi. Bundan sonra rektus kası altına parmakla girildi ve elave edildi, bazen bu elevasyonda küçük bir retraktörde kullanılarak rektus kası daha önce kesilmiş fasciaya 1.0 katgüt ile fikse edildi ve sonra kas koterle kesildi (Şekil 1). Sonraki aşamada fascia transversalls ve periton lateralden başlayarak transvers olarak açıldı.

Batının kapatılmasında periton ve fascia transversalis için 0 numara krome katgüt ve kontinü sütün kullanıldı. Anterior rektus kılıfı ise 1.0 polyglactin (Vicryl) ile kontinü olarak kapatıldı. Rektus kası ayrıca sütünle edilmedi, yalnızca fascia dikişleri sırasında bir miktar kastan da geçildi.

## BULGULAR

Postoperatif yatış süresi ortalama 8.9 gün olup en kısa yatış süresi 6 gün, en uzun yatış süresi ise 33 gündür. Postoperatif yüzeysel yara enfeksiyonu geçiren 7 hastada (%15.9) yatış süresi 12-33 gün arasında değişmiş olup, bunlar daha önce belirtilen ilave medikal problemlili hastalardı. Dolayısı ile bu 7 hasta ortalama yatış süresini hastanemiz ortalama yatış süresi olan



Şekil 1. Rektus kasının elevasyonu ve elektrokoter ile kesilmesi. Sağda inferior epigastrik damarlar görülmüyor.

7 günün üzerine çıkarmıştır. Ancak bu arada postoperatif ö.günde taburcu olan hasta sayısı 32'dir (%72.2).

Komplikasyon olarak 3 hastada cilt altından pürülan akıntı, 4 hastada ise yine cilt altından serohemorajik akıntı olmuştur. Bu hastaların 5'inde cilt, cilt altı sekonder sütün gerekmiş olup fascia defekti saptanmamıştır. Intraoperatif komplikasyon olmamıştır. Gelişen bu basit komplikasyonların teknikle ilgisi yoktur.

## TARTIŞMA

1907'de Ernest Maylard transvers abdominal insizyonda rektus kasının da kesilmesini önermiştir. Bu şekilde 1900'de tanımlanan ve jinekolojik cerrahlar tarafından daha sık kullanılan Pfannenstiel insizyona göre pelvis ve abdomen explorasyonu büyük oranda kolaylaşmıştır (1). 1981'de Mann ve arkadaşları radikal histerektomi yapılan 168 hastada Maylard Insizyonu ile ilgili deneyimlerini bildirmişlerdir. Bu hastaların 95'ine (%54) pelvik lenfadenektomi ve 30'una (%27) ilaveten paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapılması Maylard insizyonunun sağladığı mükemmel görüş alanının bir ifadesidir (3). Bizim serimizde de radikal histerektomi yapılan bir olguda bilateral pelvik, paraaortik lenfadenektomiye ilaveten omentektomide yapılmıştır.

Yine Maylard, bu tip insizyonu vertikal insizyona tercih etmesindeki iki faktörü şöyle açıklamıştır; insizyonel hernide belirgin azalma ve yara enfeksiyonu mevcudiyetinde sekonder iyileşmenin kozmetik olarak daha iyi netice vermesi (1). Anatomik olarak insizyon kuvvetli bir skar oluşturmakta, kasın kesildiği yerde fibroblastik proliferasyon yeni bir transvers fibröz bant oluşturmaktadır (linea transversa). Bu kuvvetli skarın sebebi sinir ve kan damarlarının abdomen kaslarına insizyon ile aynı yönde girmesidir. Böylece insizyon sinir uçlarını yaygın olarak kesmemekte veya abdominal duvar segmentlerini devitalize etmemektedir (1,5). Birçok çalışmada Maylard insizyonunun anatomik ve fizyolojik avantajları anlaşılmış, komplikasyon oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde komplikasyon oranları %4-6.9 arasında değişmektedir. Tollefson ve Russel'in 600 olguluk serilerinde (1954) sadece iki hastada postoperatif herni gelişmiştir. Helmkamp ve arkadaşlarının

175 olguluk serilerinde ise komplikasyon oranı %6.9 olup herni yoktur, bu komplikasyonlarda yüzeysel yara enfeksiyonu, fasciitis, subfascial hematoma formasyonudur. Dikkat çeken husus, komplikasyon gelişen hastalarda önceden mevcut medikal problemlerin olmasıdır (Diabetes mellitus, kardiyak problemler, kronik obstrüktif pulmoner hastalık gibi) (1). Bizim serimizdeki %15.9'luk komplikasyon oranı ise yine mevcut medikal problemlere bağlı olup, buna karşılık toplam olgu sayısının az olmasındandır. Kaldı ki, cilt, cilt altını ilgilendiren enfeksiyon veya kolleksiyon şeklindeki komplikasyon oranı %0'dır. Alt transvers insizyonlarda bildirilen diğer komplikasyonlardan femoral nöropati ve diğer sinirlerin zedelenmesi de serimizde söz konusu olmamıştır (2,4).

Maylard insizyonunun birkaç dezavantajı vardır. Örneğin üst abdomenin, bir ovarian kanser cerrahisinde olduğu gibi tam olarak explorasyonu gerekiyorsa kullanılmasından kaçınılmalıdır (5). Yine batına girerken sürat önemli bir faktör ise, inferior epigastric damarların bağlanması ve kasların insizyonu birkaç dakika daha fazla zaman aldığı için vazgeçilmelidir (2). Bunun dışında Mann ve arkadaşları preoperatif pelvik radyoterapi almış olan hastalarda bu insizyonun kullanılabileceğini bildirmişler, ayrıca Helmkamp ve arkadaşları ise ne preoperatif ne de postoperatif radyoterapinin yara iyileşmesini kötü yönde etkilemediğini ileri sürmüşlerdir (1,3).

Sonuç olarak Maylard insizyonu birçok jinekolojik operasyonda kullanılabilen, uygulanımı basit, komplikasyon oranı düşük bir insizyon tipidir. Rektus kasının kesilmesi, alanı rahatlatmakta, hatta ekartör gereksinimi de minimale inmekte ve intakt rektus kasını retrakte etmek için kullanılan ve zaman zaman oldukça travmatik olan otomatik ekartöre gerek kalmamaktadır. Üst abdomenin tam olarak explorasyonunun gerek olmadığı ve batına girişin sürat gerektirmediği vakalarda Maylard insizyonu bundan sonra tercihimiz olmaya devam edecek ve kliniğimizde sıklıkla kullanılacaktır.

### KAYNAKLAR

1. Helmkamp BF, Krebs HB. The Maylard incision in gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1554-7.
2. Wattingly RF, Thompson SD. Opening and closing the abdomen. *Te Linde's Operative Gynecology* 16<sup>th</sup> edition, Philadelphia: S.B. Lippincott Company 1985: 162.
3. Mann WJ Jr, Orr JW Jr, Shingleton HM, et al. Perioperative influences on infectious morbidity in radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1981; 11: 207-12.
4. Goldman JA, Feldberg O, Dicker D, et al. Femoral neuropathy subsequent to abdominal hysterectomy. A Comparative Study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985; 20: 385-92.
5. Christopherson WA. Abdominal incisions and their anatomic basis. *Contemp Ob/Gyn* 1988; 32: 38-56.