

Bölüm 74

ÜROLOJİK LAPAROSKOPİK CERRAHİDE YAKLAŞIM VE YÖNETİM

Mehmet EZER¹

GİRİŞ

Laparoskopinin tarihi gelişim süreci incelendiğinde, bilinen geçmiş zamanda ilk adımların yaklaşık 200 yıl önce atılmış olduğu söylenebilir. 1805 yılında Bozzini'nin vücut boşluklarının muayenelerinde kullanılmak üzere ilk yenilenebilir ışık kaynağını geliştirdi (1). Laparoskopi alanındaki gerçek heyecan 1901'de Georg Kelling'in daha öncesinde Maximilian Nitze tarafından geliştirilmiş olan sistoskopi bir trokar aracılığı ile canlı bir köpeğin batın ön duvarından içeri yerleştirilerek endoskopik muayene yapması ile gerçekleşti (1). Modern laparoskopik cerrahide pnömoperitoneum oluşturulması sırasında çoğu cerrah tarafından standart olarak tercih edilen meşhur "Veress" iğnesi ise 1938 yılında Macar asıllı bilim adamı János Veres'in çalışmalarını Almanyada yayınlaması ile literatüre kazandırılmış ve laparoskopik cerrahideki önemli teknik problemlerden biri daha aşılmış oldu. 1980'li yıllarda laparoskopik optik sistemlerin video kamera ile birlikte kullanılmaya başlanmasıyla laparoskopik dünya genelinde hızla yaygınlaşmaya başladı.

Laparoskopinin tarihi en az bir asır geriye kadar uzansa da üroloji alanının laparoskopik cerrahi ile tanışması görece yeni sayılır. Literatürde ürolojik laparoskopik cerrahi alanında yapıldığı bilinen ilk vaka 1991 yılında William Schuessler tarafından prostat kanseri hastalarına pelvik lenfadenektomi yapılmıştır (2). Bu girişimi kısa süre sonra Ralph V. Clayman tarafından gerçekleştirilen ilk laparoskopik nefrektomi ameliyatı izlemiştir (3). Her geçen gün artan bir ivmeyle gelişen teknoloji ve yeni teknolojinin sunduğu cihazların yanı sıra zaman içinde artan cerrahi tecrübenin de etkisiyle, laparoskopi günümüzde en komplike vakalarda bile güvenle kullanılabilen standart bir cerrahi teknik haline gelmiştir.

Laparoskopik cerrahinin klasik açık cerrahi yöntemlere kıyasla çok sayıda üstünlüğü mevcuttur. Laparoskopik cerrahinin daha küçük insizyonlardan yapılıyor olması; hastanın hissettiği ağrının daha az olmasını, daha kısa sürede iyileşmesini, hastanede daha kısa yatış süresine ihtiyaç duyulmasını ve iyileşme sonrası daha küçük skarlarla daha iyi kozmetik sonuç alınmasını sağlar. Kanama miktarının daha az olması ve daha az kan transfüzyonu ihtiyacı olması da önemli bir avantajdır. Batın içi organların dış dünya ile çok az teması nedeniyle açık ameliyatlara göre enfeksiyon riskinde azalmadan da bahsedilebilir (1).

HASTA SEÇİMİ VE AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK

Uygun hasta seçimi, seçilen hastaların preoperatif ayrıntılı ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi başarılı bir laparoskopik işlemin ilk adımıdır. Hasta değerlendirilirken başlangıçta daha önceden geçirilmiş

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Kafkas Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, mehmetezer@gmail.com

değerlendirme ve hazırlık süreci şarttır. Peroperatif ve postoperatif dönemlerde laparoskopinin yarattığı fizyolojik değişiklikleri iyi bilmek, hastanın tedavi süreci boyunca gelişmesi olası komplikasyonlar açısından dikkatli olmak başarılı bir tedavi süreci için gerekli ana koşullardandır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Üroloji, Üriner Sistem Cerrahisi

KAYNAKÇA

- 1: Sharma DK, Varshney AK. Laparoscopy in Urology.
- 2: Schuessler WW, Vancaillie TG, Reich H, Griffith DP. Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. *J Urol.* 1991;145(5):988-91.
- 3: Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. *J Urol.* 1991;146(2):278-82.
- 4: Ordon M, Eichel L, Landman J. Fundamentals of Laparoscopic and Robotic Urologic Surgery. In: McDougal WS, Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, editors. *Campbell-Walsh Urology 11th Edition: Elsevier Health Sciences; 2015. p. 195-224.*
- 5: Sugihara T, Yasunaga H, Horiguchi H, et al. Does mechanical bowel preparation improve quality of laparoscopic nephrectomy? Propensity score-matched analysis in Japanese series. *Urology.* 2013;81(1):74-9.
- 6: Hashad MME, Atta M, Elabbady A, Elfiky S, Khattab A, Kotb A. Safety of no bowel preparation before ileal urinary diversion. *BJU international.* 2012;110(11c):E1109-E113.
- 7: Raynor MC, Lavien G, Nielsen M, Wallen EM, Pruthi RS, editors. Elimination of preoperative mechanical bowel preparation in patients undergoing cystectomy and urinary diversion. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations; 2013: Elsevier.*
- 8: Large MC, Kiriluk KJ, DeCastro GJ, et al. The impact of mechanical bowel preparation on postoperative complications for patients undergoing cystectomy and urinary diversion. *J Urol.* 2012;188(5):1801-5.
- 9: Kashan J, Green JE, Parsons EQ, Holcroft JW. Hemodynamic effect of increased abdominal pressure. *J Surg Res.* 1981;30(3):249-55.
- 10: Sharma A, Dahiya D, Kaman L, Saini V, Behera A. Effect of various pneumoperitoneum pressures on femoral vein hemodynamics during laparoscopic cholecystectomy. *Updates in Surgery.* 2016;68(2):163-9.
- 11: Scott D, Julian D. Observations on cardiac arrhythmias during laparoscopy. *Br Med J.* 1972;1(5797):411-3.
- 12: Doyle D, Mark P. Laparoscopy and vagal arrest. *Anaesthesia.* 1989;44(5):448-.
- 13: Stuart Wolf J, Stoller ML. The physiology of laparoscopy: basic principles, complications and other considerations. *J Urol.* 1994;152(2 Part 1):294-302.
- 14: Hashikura Y, Kawasaki S, Munakata Y, Hashimoto S, Hayashi K, Makuuchi M. Effects of peritoneal insufflation on hepatic and renal blood flow. *Surgical endoscopy.* 1994;8(7):759-61.