

Laparoskopik Histerektomi

*Dr. Kadir BAKAY
Dr. Gürkan UNCU*

Laparoskopi tekniği histerektomide kullanılmaya başlandıktan sonra klasik abdominal histerektomi oranları azalarak, vajinal ve laparoskopik histerektomi oranlarına yaklaşmıştır. İlk laparoskopik asiste vajinal histerektomi (LAVH) vakası 1989 yılında Harry Reich ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Laparoskopik histerektomi vajinal histerektomi için değil, abdominal histerektomi için alternatif bir yöntemdir. Laparoskopik histerektominin avantajları arasında; laparotomiye gerek kalmadan vajinal yolun kullanılması, vajinal histerektomiye uygun olmayan hastaların uygun hale getirilebilmesi, postop adezyon oluşumunun az olması, görüntülemenin daha iyi olması, kan kaybının az olması, postoperatif normal beslenmeye geçişin ve mobilizasyonun daha erken olması, postoperatif ağrının daha az olması, hastanede yatış süresinin az olması, kozmetik sonuçlarının daha iyi olması, normal fiziksel aktiviteye ve tekrar iş başına dönme süresinin kısa olması, ve tekrar kullanılabilir aletler kullanıldığında maliyetinin az olması sayılabilir. Vajinal histerektominin kontrendike olduğu adneksiyel kitle, endometriozis, pelvik adezyon, ve geçirilmiş cerrahi gibi durumlarda vajinal histerektomi öncesi tanısal laparoskopi yapılması çok önemlidir (Fylstra,1996).

Endikasyonlar ve Kontrendikasyonlar

Laparoskopik histerektomi endikasyonları genel olarak abdominal histerektomi endikasyonları ile aynıdır. Cerrahi yaklaşımın vajinal, abdominal, veya laparoskopik olmasına karar verilirken hastanın genel durumu ve patolojisi öncelikle göz önünde bu-

lundurulmalıdır. Yapılan abdominal histerektomilerin büyük bölümünün vajinal veya laparoskopik olarak yapılabilir olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Farquhar,2002). Laparoskopik histerektominin en sık endikasyonu anormal uterin kanamadır (adenomyozis, myoma uteri, endometrial polip, disfonksiyonel uterin kanama vb.). Myoma uteri veya adenomyozis nedeniyle ileri derecede büyümüş uterusu olan hastalarda üç ay veya daha fazla süre ile GnRH analogu kullanılarak uterus boyutları küçültülebilir ve laparoskopik histerektomiye uygun hale getirilebilir. Overyan kitle, tubooveryan abse, uterovajinal prolapsus, postpartum atoni, plasenta implantasyon anomalileri ve endometriozis nedeniyle de histerektomi yapılabilir.

Laparoskopik histerektominin rölatif kontrendikasyonları arasında en önemlisi uterusun çok büyük olması veya medikal tedavi ile uygun küçüklüğe getirilememesidir. Önceki cerrahiye bağlı yaygın ve yoğun abdominopelvik yapışıklıklar diğer önemli rölatif kontrendikasyondur. Büyük adneksiyel kitlenin laparoskopik olarak çıkarılamayacağı durumlarda, obstetrik histerektomi gereken durumların çoğunda, cerrah yeterli tecrübeye sahip değilse, laparoskopik histerektomi kontrendike olarak kabul edilir (Aden,1996). Yeterli pnömoperiton oluşturmayı engelleyen medikal ve anesteziik durumlarda da laparoskopik histerektomi kontrendikedir. Obzite laparoskopik histerektomi için bir kontrendikasyon değildir. Yüksek vücut kitle endeksi olan hastalarda laparoskopi yapılması laparotomiye göre daha avantajlıdır (Falcone,2008).

raki güne kadar foley kateterinin mesanede bırakılması hastanın rahatlığı açısından uygundur ama şart değildir. Mesane yaralanması olmadıysa operasyondan hemen sonra mesane kateteri çıkarılabilir. Yara yeri infeksiyonu gelişimi nadirdir, ancak yine de laparoskopik insizyonların 10-14 gün süreyle temiz ve kuru tutulması önerilir. Vajinal insizyonun korunması için öneriler diğer tüm total histerektomilerle aynıdır. En az 6 hafta cinsel ilişkiye girilmemesi önerilir. Bunların dışında laparoskopik histerektomi olan tüm kadınlara operasyondan 2 hafta sonra normal fiziksel aktivitesine dönebileceği söylenebilir. Medyan işe dönme zamanı 3-4 haftadır (Johnson,2006).

Komplikasyonlar

Laparoskopik histerektomide görülen komplikasyonlar diğer histerektomi türlerinde görülen komplikasyonlarla benzerdir. En sık komplikasyonlar kanama, infeksiyon ve komşu organ (mesane, üreter, barsak) yaralanmalarıdır. Operasyon sonrası dönemde görülen insizyonel komplikasyonlar laparoskopik histerektomide abdominal histerektomiden daha azdır, ancak laparoskopik histerektomide özel olarak trokar girişiyle ilişkili komplikasyonlar görülebilmektedir. Önceden geçirilmiş cerrahi, infeksiyon ve endometriozis nedeniyle yaygın yapışıklıkları bulunan ve normal anatomik yapının bozulmuş olduğu hastalarda yapılan histerektomi sırasında üriner ve gastrointestinal komplikasyon gelişme riski yüksektir. Bu tip hastalarda histerektomiye başlamadan önce tüm yapışıklıklar giderilmeli ve normal anatomi sağlanmalıdır. Mesane yaralanması üreter yaralanmasından daha sık olarak görülür. Mesane yaralanması şüphesi olduğunda mesane içine metilen mavisi verilebilir veya intraoperatif sistoskopi uygulanabilir. Barsak yaralanmaları genellikle adezyonlar açılırken gerçekleşir. Eğer şüphe varsa hasta en az 5 gün klinikte takip edilmelidir. Batın ön duvarı damarları ve pelvik yan duvardaki damarlar vasküler yaralanma açısından risk altındadır. Bu damarlar trokar girişi sırasında veya elektrokoagülasyon uygulanırken hasar görebilir. Komplikasyonların önlenmesi veya tamiri için laparoskopiden laparotomiye geçilmesi gerekebilir.

Kaynaklar

1. Aden P, Quereda F: Abdominal myomectomy: results of a simple operative technique, *Fertil Steril*, 65:41-51 1996.
2. Bakay K, Aytekin F: Mechanical bowel preparation for laparoscopic hysterectomy, is it really necessary?, *J Obstet Gynaecol*, 2017 Nov;37(8):1032-1035.
3. Bakay K: Introduction of a Novel Modification in Laparoscopic Hysterectomy: The Bakay Technique, *J Minim Invasive Gynecol*, 2018 Jul - Aug;25(5):916-919.
4. El Mowafi D, Madkour W, Lall C, Wenger JM: Laparoscopic supracervical hysterectomy versus laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy, *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 11:175-180 2004.
5. Falcone T, Walters MD: Hysterectomy for benign disease, *Obstet Gynecol*, 111:753-767 2008.
6. Farquhar CM, Steiner CA: Hysterectomy rates in the United States 1990-1997, *Obstet Gynecol*, 99:229 2002.
7. Fylstra DL, Carter JF: Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in university hospital: Decreasing the need for abdominal hysterectomy and increasing resident experience in vaginal surgery, *J Reprod Med*, 41:497-503 1996.
8. Hwang JL, Seow KM, Tsai YL, Huang LW, Hsieh BC, Lee C: Comparative study of vaginal, laparoscopically assisted vaginal and abdominal hysterectomies for uterine myoma larger than 6cm in diameter or uterus weighing at least 450 g: a prospective randomized study, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81:1132-1138 2002.
9. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R: Surgical approach to hysterectomy for benign gynecological disease, *Cochrane Database Syst Rev*, 2:CD 003677 2006.
10. Le Tohic A, Dhainaut C, Yazbeck C, Hallais C, Levin I, Madelenat P: Hysterectomy for benign uterine pathology among women without previous vaginal delivery, *Obstet Gynecol*, 111:829-837 2008.
11. Bu bölümdeki tüm figürler bu kaynaktan alınmıştır. Bristow RE: Total Laparoscopic Hysterectomy. In: Cundiff GW, Azziz R, Bristow RE, (eds). Te Linde's Atlas of Gynecologic Surgery, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2014, p. 35-43.