

LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ

Furkan KILIÇ¹

GİRİŞ

Laparoskopik apendektomi genel cerrahi acillerinde en çok kullanılan minimal invazif cerrahi tekniktir. Tanımlandığı günden bugüne hızlıca benimsenmiş ve klinik rutin haline gelmeye başlamıştır. Ancak 1981 yılında laparoskopik apendektomi Alman jinekolog Kurt Semm tarafından tanımlanırken meslektaşlarınca çok sert bir şekilde eleştirilmişti. Dr.Semm'in tanımladığı tekniği American Journal of Obstetrics and Gynecology etik dışı bulurken, Alman Cerrahi Derneği başkanı onun meslekten men edilmesi gerektiğini ifade etmişti.¹ Tekniğin yaygınlaşmasıyla beraber non-komplike vakalarda olduğu gibi komplike apendisitlerde de güvenle kullanılabilceği ortaya çıkmıştır. Uygulama kolaylığı, laparoskopinin giderek erişilebilirliğinin ve kullanım oranının artması, yani çalışmalarla desteklenmesi ile birlikte akut apendisitte gold standart olma noktasına ilerlemektedir.

ENDİKASYON

Tekniğin en sık kullanım endikasyonu akut apendisit tablosu olduğu gibi, apendiks karsinoidi ve tecrübeli hekimlerce düşük grade non per-

fore müsinöz apendiks neoplazm tedavisinde kullanılabilir.

Laparoskopik yöntemin ilk zamanlarda komplike apendisit tedavisinde kullanılması önerilmesinin aksine yapılan çalışmalar bu fikri ortadan kaldırmıştır.² Bu gelişmenin yaşanmasında laparoskopinin ulaşılabilirliği ve kullanımının artması, cerrahların laparoskopi öğrenme eğrilerinin hızlanması, tecrübelerinin artması, ve laparoskopik cerrahinin güvenliliğine dair yapılan yayınlar etkili olmuştur.

Radyolojik görüntülemenin yetersiz olduğu şüpheli apendisit vakalarında tanısal laparoskopi ve laparoskopik teknik tercih edilmelidir. Açık tekniğe kıyasla daha iyi vizüalizasyon sağlandığından dolayı akut apendisit ayırıcı tanısında cerrahın elini kuvvetlendirmektedir. Yapılan çalışmalar negatif apendektomi oranının yaklaşık %20 olduğunu göstermektedir. Apendisit ayırıcı tanısına giren pelvik inflamatuvar hastalık, tuba-ovarian apse, over torsiyonu, divertikülit, perforo duodenal ülser gibi patolojiler laparoskopik görüş altında ayırt edilip konversiyon gerekmeden tedavi edilebilir.

¹ Uzm. Dr., S.B. Horasan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, dr.furkankilic@gmail.com, ORCID id: 0000-0002-2867-9831

mikroskopik değişiklikler vardır.¹¹ Bir diğer yandan hem non-komplike hem komplike apandisit olgularında cerrahi tedavi yerini medikal tedavinin aldığı yaklaşımlar yaygınlaşmaktadır.¹² Bu kritik karar verilirken apandiksi korumanın gerekliliği ve güvenli olduğu unutulmamalıdır.¹³ Apendiks korunurken radyolojik ve endoskopik tanı yöntemlerinden faydalanılarak apandiksi neoplazmlarının atlanmaması sağlanabilir.

Laparoskopik apandektominin yaygınlaşmasıyla beraber güdük apandisit görülme sıklığı artmıştır. Cerrahin güvenli apandektomiye görüş vizüalizasyonu yapmadan apandektomiye başlaması bu riski arttırmaktadır.¹⁴ Apendiks güdüğünün 5 mm'den fazla bırakılması fekalit yerleşmesi için yeterli olacaktır.

Plastrone apandisit olgularında plastron açılmaya çalışılmamalıdır. Plastron apandektomiye gidilmesi artmış kolonik perforasyon ve açığa geçiş ile ilişkilidir. Plastron etrafında varsa apsenin drene edilmesi, cerrahi dren uygulanıp hastanın antibiyoterapi ile takip edilmesi uygun yaklaşımdır. Plastron apandisit vakalarında apendicekal neoplazmlar akla gelmeli ve 1. Ay sonunda kolonoskopi yapılmalıdır. İnterval apandektomi öneren görüşler olduğu gibi, apandiksi korumak gerektiğinden bahseden görüşler de unutulmamalıdır.

AMELİYAT SONRASI BAKIM

Laparoskopik apandektomi sonrasında hasta erken günlük hayata dönüş için ERAS protokolüne hızlı mobilize edilmeli, oral alımı başlatılmalı ve postoperatif gözlemi tamamlandıktan sonra 12-24. saatte taburcu edilebilir. Postoperatif dönemde non-komplike apandisit hastalarında sadece oral analjezik kullanılması uygundur. Hastanın port yerleri insizyonları pansuman ile takip edilir. Hastalar postoperatif 7-10. günde kontrole çağrılmalıdır.

KOMPLİKASYONLAR

Laparoskopik apandektomi sonrası görülen komplikasyonlar açık cerrahide olduğu gibi yü-

zeyel ve derin cerrahi alan enfeksiyonları, insizyonel herni, ileus, güdük apandisit. Laparoskopik apandektomi sonrasında açık cerrahiden farklı olarak foley sonda kullanımına bağlı üriner sistem enfeksiyonları görülebilir. Laparoskopik apandektomi tekniği doğru uygulandığında hem komplike hem non-komplike apandisitlerin tedavisinde açık cerrahiden daha düşük oranda komplikasyon izlenmektedir.^{3,15}

SONUÇ

Laparoskopik apandektomi akut apandisit tedavisinde güvenle kullanılabilen, açık tekniğe göre daha düşük komplikasyon oranı ve kozmetik avantajları olan, minimal invazif cerrahi tekniktir. Laparoskopik teknik ile ilgili çalışmaların ve cerrahi tecrübenin artmasıyla gelecekte altın standart haline geleceğini düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bhattacharya K, Kurt Semm: A laparoscopic crusader. *J Minim Access Surg.* 2007;3(1):35. doi:10.4103/0972-9941.30686
2. Korndorffer JR, Fellingner E, Reed W. SAGES guideline for laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc.* 2010;24(4):757-761. doi:10.1007/s00464-009-0632-y
3. Quah GS, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic appendectomy is superior to open surgery for complicated appendicitis. *Surg Endosc.* 2019;33(7):2072-2082. doi:10.1007/s00464-019-06746-6
4. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 2013;70(3):195-283. doi:10.2146/ajhp120568
5. El-Dhuwaib Y, Hamade AM, Issa ME, Balbisi BM, Abid G, Ammori BJ. An "All 5-mm Ports" Selective Approach to Laparoscopic Cholecystectomy, Appendectomy, and Anti-Reflux Surgery. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004;14(3):141-144. doi:10.1097/01.sle.0000129399.95866.5b
6. Halpern NB. Laparoscopic Cholecystectomy in Pregnancy: A Review of Published Experiences and Clinical Considerations. *Surg Innov.* 1998;5(2):129-134. doi:10.1177/155335069800500208
7. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery.* 2020;15(1):27. doi:10.1186/s13017-020-00306-3
8. Mannu GS, Sudul MK, Bettencourt-Silva JH, et al. Closure methods of the appendix stump for comp-

- lications during laparoscopic appendectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017(11). doi:10.1002/14651858.CD006437.pub3
9. Qian D, He Z, Hua J, Song Z. Stump Invagination Versus Simple Ligation in Open Appendicectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int Surg*. 2015;100(7-8):1199-1206. doi:10.9738/INTSURG-D-15-00074.1
 10. Switzer NJ, Gill RS, Karmali S. The Evolution of the Appendectomy: From Open to Laparoscopic to Single Incision. *Scientifica (Cairo)*. 2012;2012:1-5. doi:10.6064/2012/895469
 11. Tartaglia D, Bertolucci A, Galatioto C, et al. Incidental appendectomy? Microscopy tells another story: A retrospective cohort study in patients presenting acute right lower quadrant abdominal pain. *International Journal of Surgery*. 2016;28:149-152. doi:10.1016/j.ijssu.2016.02.085
 12. Köhler F, Hendricks A, Kastner C, et al. Laparoscopic appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis—a systematic review. *Int J Colorectal Dis*. 2021;36(10):2283-2286. doi:10.1007/s00384-021-03927-5
 13. van den Broek WT, Bijnen AB, de Ruiter P, Gouma DJ. A normal appendix found during diagnostic laparoscopy should not be removed. *British Journal of Surgery*. 2002;88(2):251-254. doi:10.1046/j.1365-2168.2001.01668.x
 14. Burke EP. Stump Appendicitis and the Critical View of Safety. *Journal of Surgery*. 2019;7(1):01-02. doi:10.13188/2332-4139.1000046
 15. Nikolovski A, Tahir S, Mladenovikj D. Complications after Laparoscopic Appendectomy for Complicated Appendicitis. *Lietuvos chirurgija*. 2020;19(1-2):34-41. doi:10.15388/LietChirur.2020.19.23