

JİNEKOLOJİK ACİLLER CERRAHİSİ

Zeynep ÇELİK¹

GİRİŞ

Cerrahinin temel prensipleri birkaç özel durumla birlikte jinekolojik acil durumların cerrahisi içinde geçerlidir. Jinekolojik cerrahilerde fertilitenin korunması önemlidir. Yapılan müdahalelerde çocuk doğurma potansiyeli, over fonksiyonlarının devamı göz önünde bulundurulmalıdır. Tek over veya fallop tüpünün kaybı, her ikisinin kaybına tercih edilir. Overin tamamının değil yalnızca over kisti çıkarılması over fonksiyonunun devamını sağlayacaktır. Ektopik gebelik, over torsiyonu, over kist rüptürü, tubaovaryan abse en sık görülen jinekolojik acillerdendir.

AMELİYAT HAZIRLIĞI

Acil jinekolojik operasyonlarda preoperatif rutin laboratuvar testlerinin yanında üreme çağındaki her kadından beta-hcg testi istenmelidir. Hemodinamik instabilite durumunda veya ektopik gebelik operasyonu gibi yoğun kanamayla sonuçlanabilecek bir durum mevcutsa cerrahi öncesi hastanın kan grubu istenir ve kan hazırlığı yapılır.

Hemodinamik instabil ya da ağır kanamaya devam eden hastalarda preoperatif transfüzyon gerekir. Transfüzyon kararı yalnızca hemoglobin ve hemotokrit değerlerine dayanmaz. Aynı

zamanda hastanın semptomları göz önünde bulundurulmalıdır. Transfüzyon eşik değerleriyle ilgili randomize çalışmalarda anemi semptomları hemoglobin eşik değerine bakılmaksızın transfüzyon endikasyonu olarak kullanılmıştır. Semptomların yeterince şiddetli olması durumunda hemoglobin <10 g/dL olan hastalarda semptomatik anemi transfüzyonla tedavi edilmelidir(1).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneğine göre, histerektomi öncesi antibiyotik profilaksisi önerilir. Sefazolin, sefoksitin ya da sefotetan 2 gr iv verilir. Laparotomi yapılacaksa antibiyotik profilaksisi önerilir. Diagnostik ya da operatif laparoskopide histerektomi yapılmayacaksa antibiyotik profilaksisi önerilmez. Tubaovaryan abse nedeni yapılacak operasyonlarda antibiyotik profilaksisi önerilir(2).

Jinekolojik cerrahi sonrası venöz tromboemboli(VTE) prevalansı %15 ila %30 arasında değişmektedir. Ölümcül pulmoner emboli hastaların %0,2-0,9'unda görülür. Trombemboli öyküsü, jinekolojik malignite, ileri yaş, uzamış cerrahi süresi gibi birçok faktör venöz tromboemboli için bağımsız risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Jinekolojik laparoskopik cerrahi sonrası VTE riski belirsizdir , tromboprofilaksi vermeden önce

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Medipol Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, zeynepcelik16@gmail.com, ORCID id: 0000-0001-8967-0024

vik damar basıncını %85 ve kan akış hızını %50 azaltır(43).

Postoperatif takipte taşikardi, hipotansiyon, oligüri, konfüzyon ve artan abdominal ağrı intra-abdominal kanama belirtisi olabilir. Postoperatif kanama cerrahi, embolizasyon ve endograft ile yönetilebilir.

Postoperatif Bulantı-Kusma Analjezik ve anestezi ilaçları, özellikle genel anestezi ve opiatlar postoperatif bulantı kusmanın en yaygın sebebidir. Cerrahi faktörler ise intraabdominal cerrahi ve cerrahi süresinin uzun olmasıdır. Cerrahiye özgü en sık nedeni ise postoperatif ileus veya obstrüksiyondur. Kadın olmak, sigara içmek, taşıt tutması öyküsü, postop bulantı kusma öyküsü hastaya özgü sebeplerdir. Fakat bağırsak fonksiyonları değerlendirilmeden postoperatif 24 saat içinde sıvı veya katı oral alımın sağlanması kusma veya ileusta artışla ilişkili değildir(44, 45).

Orta ve yüksek postop bulantı kusma riski olan hastalar profilaktik bir antiemetik ajanın uygulanmasından fayda görür. Profilaktik antiemetik alındıysa postoperatif 6 saat içinde farklı reseptöre etki eden antiemetik ile tedavi edilmelidir(44).

Postoperatif adezyonlar: Postoperatif adezyonlar postoperatif ilk 5 günde ortaya çıkar. Çoğu adezyon ciddi sekelle sonuçlanmasa da infertilite, kronik pelvik ağrı, bağırsak obstrüksiyonu ve sonraki cerrahilerde zorlukla sonuçlanabilir. Histerektomi olmadan benign nedeni jinekolojik cerrahi sonrası adezyonla ilişkili bağırsak obstrüksiyonu %0,3 olarak saptanmıştır(46).

Adezyon formasyon riskini azaltmak için intraoperatif birçok ajan kullanılmış fakat postoperatif pelvik ağrı, gebelik ve canlı doğum oranları gibi adezyon sonuçları üzerinde tedavi uygulanmaması ile karşılaştırıldığında hiçbir fark görülmemiştir(47).

Uterin Perforasyon: Sıklıkla vajinal işlemler sırasında görülür. Mesane ve bağırsak hasarı eşlik edebilir. Farkedilmezse kanama ve sepsise neden olabilir.

Mesane, Üreter Yaralanması: Genellikle malignite ve inkontinans cerrahisinde görülür.

Bağırsak hasarı: Pelvik adezyonları olan acil vakalarda görülmesi olasıdır. Serozal veya muskularisteki küçük defektler 3-0 ipek veya sentetik emilebilir sütür kullanılarak onarılabilir. İnce bağırsağın tek kat kapatılması çoğu durumda yeterlidir. Bağırsak lümeninin daralmasını önlemek için sütür hattı bağırsağın uzun eksenine dik olmalıdır. Bağırsak yaralanması termal hasardan kaynaklanıyorsa hastalar postoperatif dönemde tipik olarak karın ve göğüs ağrısıyla başvururlar. Tomografide artan serbest hava seviyesi ile tanı konur.

Enfeksiyon: Operasyon sonrası ilk 48 saatte ateş neredeyse her zaman sitokin salınımıyla ilişkilidir. Sitokinler doku travmasıyla salınır ve mutlak enfeksiyona işaret etmez. İki ila üç gün içerisinde düzeler. Sonraki süreçte ön planda pnömoni, aspirasyon, pulmoner emboli, idrar yolu enfeksiyonu, yara yeri enfeksiyonu, kan transfüzyonu sonucu olabileceği düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Carson JL, Brooks MM, Abbott JD, Chaitman B, Kelsey SF, Triulzi DJ, et al. Liberal versus restrictive transfusion thresholds for patients with symptomatic coronary artery disease. *Am Heart J*. 2013;165(6):964-71.e1.
2. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol*. 2018;131(6):e172-e89.
3. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2016;149(2):315-52.
4. Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;152(4):456-61.
5. Abduljabbar HS, Bukhari YA, Al Hachim EG, Alshour GS, Amer AA, Shaikhoon MM, et al. Review of 244 cases of ovarian cysts. *Saudi Med J*. 2015;36(7):834-8.
6. Beaunoyer M, Chapdelaine J, Bouchard S, Ouimet A. Asynchronous bilateral ovarian torsion. *J Pediatr Surg*. 2004;39(5):746-9.
7. Anders JF, Powell EC. Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(6):532-5.
8. Rousseau V, Massicot R, Darwish AA, Sauvat F, Emond S, Thibaud E, et al. Emergency management and conservative surgery of ovarian torsion in children: a report of 40 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008;21(4):201-6.

9. Littman ED, Rydfors J, Milki AA. Exercise-induced ovarian torsion in the cycle following gonadotrophin therapy: case report. *Hum Reprod.* 2003;18(8):1641-2.
10. Aziz D, Davis V, Allen L, Langer JC. Ovarian torsion in children: is oophorectomy necessary? *J Pediatr Surg.* 2004;39(5):750-3.
11. Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Hum Reprod.* 2003;18(12):2599-602.
12. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S. Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. *Fertil Steril.* 1993;60(6):976-9.
13. Wang JH, Wu DH, Jin H, Wu YZ. Predominant etiology of adnexal torsion and ovarian outcome after detorsion in premenarchal girls. *Eur J Pediatr Surg.* 2010;20(5):298-301.
14. Taskin O, Birincioglu M, Aydin A, Buhur A, Burak F, Yilmaz I, et al. The effects of twisted ischaemic adnexa managed by detorsion on ovarian viability and histology: an ischaemia-reperfusion rodent model. *Hum Reprod.* 1998;13(10):2823-7.
15. Styer AK, Laufer MR. Ovarian bivalving after detorsion. *Fertil Steril.* 2002;77(5):1053-5.
16. Eckler K, Laufer MR, Perlman SE. Conservative management of bilateral asynchronous adnexal torsion with necrosis in a prepubescent girl. *J Pediatr Surg.* 2000;35(8):1248-51.
17. McHutchinson LL, Koonings PP, Ballard CA, d'Abailing G, 3rd. Preservation of ovarian tissue in adnexal torsion with fluorescein. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168(5):1386-8.
18. Harkins G. Ovarian torsion treated with untwisting: second look 36 hours after untwisting. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(3):270.
19. Jones HW JG, editor. *Novak Textbook of Gynecology.* 10th ed. ed. Baltimore: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, ; 1981.
20. McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal torsion and pulmonary embolism: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 1999;54(9):601-8.
21. Mandelbaum RS, Smith MB, Violette CJ, Matsuzaki S, Matsushima K, Klar M, et al. Conservative surgery for ovarian torsion in young women: perioperative complications and national trends. *Bjog.* 2020;127(8):957-65.
22. Pansky M, Smorgick N, Herman A, Schneider D, Halperin R. Torsion of normal adnexa in postmenarchal women and risk of recurrence. *Obstet Gynecol.* 2007;109(2 Pt 1):355-9.
23. Crouch NS, Gyampoh B, Cutner AS, Creighton SM. Ovarian torsion: to pex or not to pex? Case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16(6):381-4.
24. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Oral contraceptives, tubal sterilization, and functional ovarian cyst risk. *Obstet Gynecol.* 2003;102(2):252-8.
25. Laufer MR, Billett AL, Diller L, Chin LM, Tarbell NJ. A new technique for laparoscopic prophylactic oophorectomy before craniospinal irradiation in children with medulloblastoma. *Adolescent and Pediatric Gynecology.* 1995;8(2):77-81.
26. Dioun S, Huang Y, Melamed A, Gockley A, St Clair CM, Hou JY, et al. Trends in the Use of Minimally Invasive Adnexal Surgery in the United States. *Obstet Gynecol.* 2021;138(5):738-46.
27. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;2007(1):Cd000324.
28. Ectopic pregnancy: Surgical treatment [Internet]. Mar 17, 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-surgical-treatment>.
29. Fujishita A, Masuzaki H, Khan KN, Kitajima M, Hiraki K, Ishimaru T. Laparoscopic salpingotomy for tubal pregnancy: comparison of linear salpingotomy with and without suturing. *Hum Reprod.* 2004;19(5):1195-200.
30. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet.* 2005;366(9485):583-91.
31. Fouks Y, Cohen A, Shapira U, Solomon N, Almog B, Levin I. Surgical Intervention in Patients with Tubo-Ovarian Abscess: Clinical Predictors and a Simple Risk Score. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(3):535-43.
32. Ribak R, Schonman R, Sharvit M, Schreiber H, Raviv O, Klein Z. Can the Need for Invasive Intervention in Tubo-ovarian Abscess Be Predicted? The Implication of C-reactive Protein Measurements. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(2):541-7.
33. Protopapas AG, Diakomanolis ES, Milingos SD, Rodolakis AJ, Markaki SN, Vlachos GD, et al. Tubo-ovarian abscesses in postmenopausal women: gynecological malignancy until proven otherwise? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;114(2):203-9.
34. Hiller N, Sella T, Lev-Sagi A, Fields S, Lieberman S. Computed tomographic features of tuboovarian abscess. *J Reprod Med.* 2005;50(3):203-8.
35. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstet Gynecol Surv.* 2009;64(10):681-9.
36. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis.* 1983;5(5):876-84.
37. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021;70(4):1-187.
38. Lareau SM, Beigi RH. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. *Infect Dis Clin North Am.* 2008;22(4):693-708.
39. Vermeeren J, Te Linde RW. Intraabdominal rupture of pelvic abscesses. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68(1):402-9.
40. Wiesenfeld HC, Sweet RL. Progress in the management of tuboovarian abscesses. *Clin Obstet Gynecol.* 1993;36(2):433-44.
41. Kim JH, Lee SM, Lee JH, Jo YR, Moon MH, Shin J, et al. Successful conservative management of ruptured ovarian cysts with hemoperitoneum in healthy women. *PLoS One.* 2014;9(3):e91171.
42. Teng SW, Tseng JY, Chang CK, Li CT, Chen YJ, Wang

- PH. Comparison of laparoscopy and laparotomy in managing hemodynamically stable patients with ruptured corpus luteum with hemoperitoneum. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003;10(4):474-7.
43. Evans S, McShane P. The efficacy of internal iliac artery ligation in obstetric hemorrhage. *Surg Gynecol Obstet.* 1985;160(3):250-3.
 44. Habib AS, Gan TJ. Evidence-based management of postoperative nausea and vomiting: a review. *Can J Anaesth.* 2004;51(4):326-41.
 45. Charoenkwan K, Matovinovic E. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(12):Cd004508.
 46. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(5 Pt 1):1396-403.
 47. Hindocha A, Beere L, Dias S, Watson A, Ahmad G. Adhesion prevention agents for gynaecological surgery: an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1(1):Cd011254.