

Bölüm 6

LAPAROSKOPİK SÜTÜR TEKNİKLERİ

Burak BAYRAKTAR¹

GİRİŞ

Laparoskopik cerrahi, geleneksel açık cerrahiye göre birçok avantajı olan minimal invaziv bir yaklaşımdır. Kullanım alanı yıllar boyunca artmıştır; sadece tanı amaçlı ve tüp ligasyonu için kullanılan sınırlı bir jinekolojik cerrahi prosedürden, çok sayıda jinekolojik ve non-jinekolojik endikasyon için kullanılan büyük bir cerrahi prosedüre dönüşmüştür (1). Günümüzde en sık uygulanan jinekolojik cerrahi prosedür histerektomidir ve yapılan toplum bazlı çalışmalara göre laparoskopik histerektomi 2012 yılından itibaren Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın histerektomi yöntemi haline gelmiştir (2). Laparoskopik cerrahinin hızlı gelişimi ve avantajları, cerrahların laparoskopiye ilgisini arttırmaktadır.

Cerrahi sütür, dokuları bir arada tutmak için kullanılan tıbbi materyaldir. Cerrahi sütür kullanımını dokuya iyileşme sürecinde mekanik destek sağlar. Günümüzde enerji cihazlarının gelişimiyle sütür ihtiyacı azalsa da, sütür kullanımının vazgeçilmez olduğu alanlar bulunmaktadır. Kanlanması yoğun dokular, enerji cihazlarının kullanılamayacağı anatomik bölgeler, ölü boşluğun olduğu dokular, anatomik restorasyonun gerektiği alanlar, mesane ve bağırsak yaralanmaları bu alanlardan sayılabilir.

Laparoskopik cerrahi, farklı görsel perspektif ile görmeyi ve farklı bakış açısı ile düşünmeyi

gerektirir. Açık cerrahi ile karşılaştırıldığında, görüntüleme teknolojisinin çeşitli özelliklerinden dolayı laparoskopik cerrahide derinlik algısı bozular. Aletler hastanın karın duvarında bulunduğu için hareketleri sınırlıdır. Üç boyutlu bir alanın iki boyutlu görüntüsü yorumlanmalı ve enstrüman hareketleriyle senkronize edilmelidir. Tüm bunlardan ötürü, özellikle karmaşık vakalarda cerrahın sütür tekniği ve becerisi büyük önem taşımaktadır.

TANIMLAR

Cerrahi sütür, vücut dokularını bir arada tutmak için kullanılan tıbbi bir materyaldir. Cerrahi sütür materyalleri emilebilen/emilemeyen veya monofilaman/multifilaman olarak sınıflandırılır. Uygulanacak bölgeye göre kullanılacak sütür ipinin çapı değişmektedir.

TARİHÇE

İlk cerrahi sütürün kullanımına ait belgeler net olmasa da, eski Mısır'da cerrahi sütürle ilgili raporlar M. Ö. 3000'e kadar uzanır (3). Edwin Smith, M. Ö. 1600'de kodlanmış bir tıbbi bilgi papirüsünü keşfetmiştir. Adını taşıyan Edwin Smith papirüsü, uygarlık tarihinde bilinen en eski cerrahi metindir ve papirüs üzerinde ayrıntılı olarak açıklanan 48 vakanın birkaçında sütürden bahsedilir (3). Sütür tekniklerinin ve

¹ Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, drburakbayraktar@gmail.com

Laparoskopik cerrahide en zor işlemlerden birisi intrakorporeal düğüm atma işlemidir. İnt-rakorporeal düğümler, geleneksel olarak yapılan düğümler kadar güvenli olmalıdır.

Laparoskopik cerrahi, farklı görsel perspektif ile görmeyi ve farklı bakış açısı ile düşünmeyi gerektirir. Tüm bunlardan ötürü, özellikle karmaşık vakalarda cerrahın sütür tekniği ve becerisi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. R. Khatuja, G. Jain, S. Mehta, N. Arora, A. Juneja, N. Goel, Changing Trends in Use of Laparoscopy: A Clinical Audit, *Minim. Invasive Surg.* 2014 (2014) 562785. <https://doi.org/10.1155/2014/562785>.
2. D. M. MORGAN, Mr. N. S. KAMDAR, C. W. SWENSON, Ms. E. K. KOBERNIK, A. G. SAMMARCO, B. NALLAMOTHU, Nationwide Trends in the Utilization of and Payments for Hysterectomy in the United States Among Commercially Insured Women, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 218 (2018) 425. e1-425. e18. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.218>.
3. T. M. Muffly, A. P. Tizzano, M. D. Walters, The history and evolution of sutures in pelvic surgery, *J. R. Soc. Med.* 104 (2011) 107–112. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2010.100243>.
4. J. V. Ricci, *The Development of Gynæcological Surgery and Instruments*, Norman Publishing, 1990.
5. M. D. Miller, S. R. Thompson, *DeLee & Drez's Orthopaedic Sports Medicine E-Book*, Elsevier Health Sciences, 2018.
6. O. S. Khattab, *Extracorporeal Knots in Laparoscopic Surgery: Which, When, and How*, *J Fac Med Baghdad.* 50 (2008) 12.
7. J. J. Hage, On the Origin and Evolution of the Roeder Knot and Loop—A Geometrical Review, *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 18 (2008) 1–7. <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e3181572b00>.
8. K. Semm, L. Mettler, Technical progress in pelvic surgery via operative laparoscopy, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 138 (1980) 121–127. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(80\)90021-6](https://doi.org/10.1016/0002-9378(80)90021-6).
9. M. M. Lirici, G. Buess, A. Melzer, S. Weinreich, M. Wehrmann, H. D. Becker, New technique for sigmoid colectomy, *Br. J. Surg.* 80 (1993) 1606–1609. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800801240>.
10. Z. Szabo, *Principles of Tissue Approximation*, in: C. E. H. Scott-Conner (Ed.), *SAGES Man. Fundam. Laparosc. Thoracoscopy GI Endosc.*, Springer, New York, NY, 2006: pp. 60–71. https://doi.org/10.1007/0-387-30485-1_7.
11. H. T. Sharp, J. H. Dorsey, The 4-S modification of the Roeder knot: how to tie it, *Obstet. Gynecol.* 90 (1997) 1004–1006. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(97\)00492-4](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(97)00492-4).
12. J. B. McGinty, S. S. Burkhart, *Operative Arthroscopy*, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
13. E. Croce, S. Olmi, *Intracorporeal Knot-Tying and Suturing Techniques in Laparoscopic Surgery: Technical Details*, *JLS.* 4 (2000) 17–22.
14. Akira Shirane, *Laparoscopic Suturing*, (n. d.). <https://nerima-hosp.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/04/Laparoscopic-Suturing.pdf>.