

Bölüm 9

ADNEKSİYEL LEZYONLARIN LAPAROSKOPIK YÖNETİMİ

Ömür ALBAYRAK¹

GİRİŞ

Adneksiyal kitle kadınlarda her yaşta görülebilen sık bir klinik durumdur. Adneksler, överler, fallop tüpleri ve broad ligamant içindeki anatomik bölgede yer alır. Genellikle benign olsalar dahi amaç malignensiyi dışlamaktır. Adneksiyal kitle saptanan bir kadında operasyon öncesi değerlendirme en önemli aşamadır. Görülen adneksiyal kitlenin iyi huylu yada kötü huylu olup olmadığının araştırılması gereklidir. Hastanın yaşı, şikayetleri, klinik muayene bulguları, serum tümör belirteçleri ve ultrasonografi gerekirse bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile yapılan bir değerlendirme sonrası yaklaşıma karar vermek gerekir.

Anatomi

Laparoskopik girişimlerin hepsinde olduğu gibi over kitlelerine laparoskopik yaklaşımda da pelvik anatomiye hakim olmak, girişimin başarısı ve komplikasyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Yetişkin over boyutları ortalama 3-5 cm uzunluğunda, 2-3 cm eninde ve 1-2 çapında olup ortalama ağırlığı 5-8 gram arasındadır. Overin boyut, şekil ve pozisyonu değişkendir. Menstruelsiklusun evresi bu değişkenlikte majör rol oynar.



Şekil 1. Laparoskopik Pelvik görüntü

Over abdomende embriyonik yaşam süresince yukarıdan aşağı doğru göç etmektedir. Fallop tüpünün infundibulumu over üzerine doğru uzamakta ve en distal ucundan fimbria overika-ya tutunmaktadır. Embriyogenez sırasında over farklı görünümde yada pozisyonda olabilir. Normal over dokusunun düzeyi düz germinal epitel hücrelerle çevrilidir. Damar ve sinirlerin girip çıktığı alan over hiluslarıdır.

Overin, utero-ovarian (overin asıl ligamenti), infundibulopelvik, round, broadligamentleri vardır. Damarsal, sinirsel ve lenfatik yapı bu ligamentlerin içinde seyrettiğinden ligamentlerin iyi bilinmesi gerekir. Overin arteri aortadan doğrudan gelir, aynı zamanda tubayı ve uterusun fundus ve gövdesinin üst bölümünü de besler. Over, ovarian arterin yanı sıra uterus arterinin ovarian dalı ile beslenir. Ovarian arterler beraberindeki

¹ Dr. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, omuralbayrak@gmail.com

Tubaovaryan Apselerin Yönetiminde Laparoskopik Yaklaşım

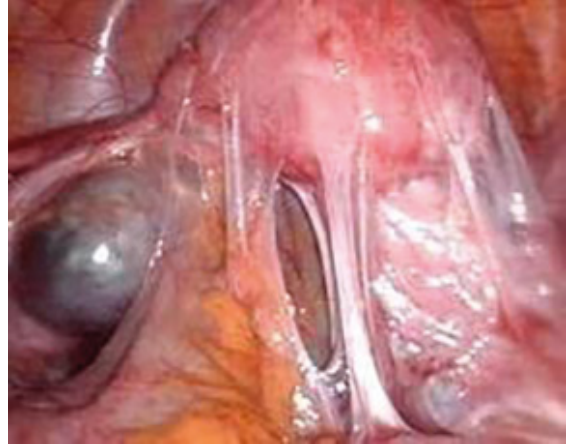
Erken laparoskopik tedavinin TOA için konvansiyonel tedaviye kıyasla daha kısa sürede ateşin gerilemesi, daha kısa hastanede yatış süresi ve operasyonda daha az kan kaybı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (10). Teknik olarak pelvis ve tüm abdomen serbest ve pürülan materyal varlığı açısından değerlendirilir. Koleksiyonlar vakum yıkayıcı ile ikiye ayrılır ve pürülan materyal aspire edilir. Abse kavitesi tespit edildikten sonra drenaj yapılır. TOA'lar künt ayırma ve hidrodiseksiyon kullanılarak ayrılır. Operasyon sonunda tüm batin yıkanır ve bir miktar yıkama sıvısı karın içinde bırakılabilir.

Endometrioziste Laparoskopik Yaklaşım

Endometriozis tanısında hastalık vajen veya başka bir yerde açıkça görülmedikçe kullanılan esas yöntem ve altın standart laparoskopik biyopsi ile doğrulanmasıdır. Laparoskopik bulgular değişkendir ve farklı endometriotik lezyonlar, endometrioma ve adezyonlar şeklinde görülebilir. Cerrahi tedavinin amacı görülebilir tüm lezyonları olabildiğince eksize etmek, endometriotik lezyonlar, peritoneal lezyonlar, ovaryen kistleri ve derin rektovajinal endometriozisi eksize etmek veya koagüle etmek, beraberindeki adezyonları açmak, mümkün olduğunca normal anatomik yapıyı sağlamak ve hastalığın nüks ihtimalini en aza indirmektir. Ovaryen endometrioma için en iyi cerrahi prosedür kist kapsülünü çıkarmak ya da kist duvarını boşaltmak ve elektrokoagüle etmektir. Endometrioma boyutu < 3cm ise aspire edilebilir veya elektrokoagüle edilir. Endometrioma boyutu >3 cm ise tamamen çıkarılmalıdır.

Peritoneal endometriozis tedavisinde, implantlar postoperatif adezyonları minimize etmek için en efektif ve en az travmatik şekil de yok edilmelidir. Hidrodiseksiyon ve CO2 lazer uygulanabilir. Lazer veya makasla peritonda küçük açıklıklar oluşturulur. Lezyonlar tutucu for-

sepsle tutulur, mediale çekilir ve künt veya keskin diseksiyonla çıkarılır.



Şekil 9. Endometriozis Laparoskopik Görüntü

KAYNAKLAR

1. Mishra RK. Essentials of Laparoscopy. Chapter 1. Chronological Advances in Minimal Access Surgery. In Textbook of Practical Laparoscopic Surgery. 2nd Ed. Jaypee Brothers Medical Publisher Inc. New Delhi, 2009, pp. 3-8.
2. Rogers Jr. RM. Dişi Genital Organları. Cilt 2. Skandalakis Cerrahi Anatomi. Modern Cerrahinin Embriyolojik ve Anatomik Temelleri. Skandalakis JE. Palme Yayıncılık, Ankara, 2008, s. 1475-1538.
3. Mishra RK. Laparoscopic Gynecological Procedures. Chapter 28. Laparoscopic Ovarian Surgery. In Textbook of Practical Laparoscopic Surgery. 2nd Ed. Jaypee Brothers Medical Publisher Inc. New Delhi 2009, pp. 370-380.
4. ACOG practice bulletin. Medical management of endometriosis. Int J Gynaecol Obstet 2000; 71(2): 183-96.
5. Vercellini P, Chapron C, De Giorgi O, Consonni D, Frontino G, Crosignani PG. Coagulation resection of ovarian endometriomas? Am J Obstet Gynecol 2003; 188:606-610.
6. Mecke H, Savvas V. Laparoscopic surgery of dermoid cysts-- intraoperative spillage and complications. Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 96:80-84.
7. Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted edischaemic adnexa can preserve ovarian function. Hum Reprod. 2003 Dec;18(12):2599-602.

8. Nezhat C, Nezhat F. Operativelaparoscopyfort he management of ovarianremnantsyndrome. *Fertil Steril.* 1992;57:1003.
9. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, et al. Interventions- fortubalectopicpregnancy. *Cochrane Database SystRev* 2007; :CD000324.
10. Chu L, Ma H, Liang J, Li L, Shen A, Wang J, et al. Effectivenessandadverseevents of earlylaparoscopictherapyversusconservativetreatmentforTubo- 32 ovarianorpelvicabscess: a single-centerretrospectivecohortstudy. *Gynecologicandobstetricinvestigation.* 2019;84(4) :334-42