

Bölüm 13

LAPAROSKOPİDE SPESİMEN BATINA ÇIKARILIŞ TEKNİKLERİ

Revan Sabri ÇİFTÇİ¹
Cuma TAŞIN²

GENEL BİLGİ

Laparoskopi, cerrahi disiplinlere önemli bir boyut kazandırmıştır. Gelişen sağlık sistemleri, gelişen teknolojik enstrümanlar sayesinde klasik cerrahi operasyonların yerini minimal invaziv teknikler almaktadır(1). Laparoskopik cerrahi teknikler ilk olarak 1970'li yıllarda jinekolojik girişimlerde uygulanmaya başlanmıştır(2). Jinekolojik, onkolojik, ürolojik, cerrahi operasyonların birçoğu açık yöntemlerden laparoskopik operasyonlara doğru evrilmeye başlanmış olup bu durum hasta ve cerrahların giderek artan tercihleri ile olmuştur. Artan laparoskopik operasyonlar beraberinde yeni teknikler, komplikasyonlar ve spesimenin batından çıkarılış yöntemlerinin geliştirilmesini de beraberinde getirmiştir(3). Bu bölümde batından spesimen çıkarılış tekniklerinden bahsedeceğiz.

Laparoskopik Doku Çıkarma Teknikleri

Laparoskopi artık miyomlar, büyük yumurtalık kitleleri, uterus, endometrioma, dış gebelik, organ biyopsileri ve en önemlisi tümörlerin kütlelerini azaltmak gibi operasyonlarda kullanılmakta ve spesimenler insizyon büyütülmeden periton boşluğundan çıkarılmaktadır. (4,5). Tablo-1'de genel olarak kullanılan laparoskopik doku çıkarma yöntemleri sıralanmış olup bunlar cerrahın tekniğine ve becerisine, dokunun büyüklüğüne

ve operasyon gerekliliğine göre değişebilmektedir. Bu tekniklerin avantaj ve dezavantajlarını bilmek cerrahın operasyon öncesinde ve operasyon sırasında karar vermesini kolaylaştırmaktadır.

Tablo 1. Laparoskopik doku çıkarma teknikleri

Direk olarak 5/10/12mm'lik trokardan çıkarma
Endo-Bag ile çıkarma
Morselatör ile çıkarma
10/12mm'lik teleskop trokarına yönlendirerek çıkarma
Kolpotomi ile çıkarma
İnsizyonu büyüterek çıkarma
Diğer yöntemler

DİREK OLARAK 5/10/12 MM'LİKTROKARDAN ÇIKARMA

Jinekolojik vakalarda genel olarak umblikus seviyesinden yerleştirilen 10 mm'lik teleskop trokar ve yardımcı 2-3 adet 5 mml'lik veya lüzum halinde 10 mml'lik trokar kullanılır. Özellikle bu trokarlarda uygun büyüklükteki benign kistik oluşumlar, pelvik organ biyopsi materyalleri, bazı durumlarda tubalar ve esnek dokular çıkarılabilmektedir. Ancak büyük dokular, myomlar, uterus ve geniş adneksiyel kitleler için uygun bir yöntem değildir.

¹ Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, revansabri@gmail.com

² Op.Dr., Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji, cumatasin@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Yıldırım G. "Jinekolojide Robotik Cerrahi", *Ist Tıp FakDerg* 2009;72(4) :143-149
2. Stellato TA. History of laparoscopic surgery. *Surg-Clin North Am* 1922;72:997-1002.
3. Yıldırım G, Fıçıcıoğlu C, "Laparoskopik Teknikler Serisi-2: Doku Çıkarma Teknikleri", 6. Ulusal Jinekolojive Obstetrik Kongresi, Belek, Antalya ,14-19 Mayıs 2008- Poster Sunumu
4. Mage G, Cards M, Manhes H, et al. Laparoscopic management of adnexal cystic masses. *J Gynecol Surg*. 1990;6:71-9.
5. Bruhat MA, H Mahnes, G Mage, M Canis. MA Bruhat Treatment of ectopic pregnancy by means of laparoscopy. *FertilSteril* 1980;33:411-4.
6. Amso NN, Broadbent JAM, Hill NCW, Magos AL. Laparoscopic 'oophorectomy-in-a-bag' for removal of ovarian tumour of uncertain origin. *Gynecological Endoscopy*. 1992;1:85-9.
7. Russel JB. Laparoscopic oophorectomy. *Current Opinions in Obstetrics and Gynecology*. 1995;7:295-8.
8. Campo S, Garcea N. Laparoscopic conservative excision of ovarian endometrioid cysts with and without an endobag. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*. 1998;5:165-70.
9. Steiner RA, Wight E, Tadir Y, et al. Electrical-cutting device for laparoscopic removal of tissue from the abdominal cavity. *ObstetGynecol*. 1993;81:471-4.
10. Kresch AJ, Lyons TL, Westland AB, et al. Laparoscopic supracervical hysterectomy with a new disposable morcellator. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1998;5:203-6.