

Bölüm 15

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ

Suat KARATAŞ¹

GİRİŞ

Histerektomi tüm dünyada en çok yapılan jinekolojik ameliyattır. Ülkeler arasında histerektomi görülme sıklığına bakıldığında farklı oranlar izlenmektedir(1,2). Bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde en yüksek (% 0,54), Norveç'te ise (% 0,12) en düşük olarak bildirilmektedir (1,2). Histerektomi yöntemi olarak yıllar içinde değişimler olsa da dünyada en sık tercih edilen yöntem abdominal histerektomi yöntemidir (3).

Histerektomi için kullanılan cerrahi yöntemler, abdominal, vajinal ya da laparoskopik yöntemlerdir. Hangi yöntemin seçileceği kararında, hastanın anatomik yapısı ve cerrahın bu yöntemler konusundaki bilgi ve tecrübesi dikkate alınmalıdır. Dünyada abdominalhisterektomi yöntemi azalmaya başlarken , robotik ve laparoskopik yöntemle histerektomi oranları ise artış göstermektedir , ancak yine de abdominal histerektomi yöntem olarak en yüksek orana sahiptir.

Tarihçeye baktığımızda; 1600 yılında Schenk, histerektomiye ilk kez vajinal yöntemle , 1843 tarihinde Charles Clay , histerektomiyeabdominal yöntem ile ilk kez (4), 1846 da Haeney' de İlk olarak günümüzde uygulanan yöntemle vajinal histerektomiye , Richardson ise 1929 tarihinde , total abdominalhisterektomi ameliyatınıilk kez yapmıştır . 1950 'de antibiyoterapinin klinik kullanımıyla Total Abdominal Histerektomi (TAH) yaygınlaşmış ve 1984 de Kurt Semm İlk Lapa-

roskopik Asiste Vajinal Histerektomiye (LAVH), 1989 tarihinde Reich ise İlk Total Laparoskopik-Histerektomi (TLH) yi yapmıştır (5), 1997 de Chapron ,200 vakalık ilk seriyi bildirmiştir. Günümüzde, Robotik cerrahinin yaygınlaşması ile, klasik laparoskopik total histerektomi' ye alternatif olarak Robotik Cerrahi ile Total Histerektomi de uygulanabilmektedir.

Histerektomi nedenlerinin %70'ten fazlasını iyi huylu nedenler(prolapsusuteri, medikal tedaviye yanıtız disfonksiyonel adet kanamaları, endometriozise bağlı kronikpelvik ağrı ve sıklıkla miyomlar) oluşturmaktadır (6).

Laparoskopik yöntemle yapılacak histerektomi nedenleri, abdominalhisterektomi nedenleri ile benzerdir. Vajinal histerektomi yapılamayacaksa ve diğer batın içi organların değerlendirilmesine ihtiyaç duyulacaksa laparoskopik yöntem seçilmelidir. (7)

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Cemiyeti (ACOG), vajinal histerektominin uygun olmadığı durumlarda Laparoskopik Histerektomiye, Abdominal Histerektomiye alternatif bildirmiştir (8).

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİ ENDİKASYONLARI

Abdominal histerektomi endikasyonları ile aynıdır (prolapsusuteri, medikal tedaviye yanıtız disfonksiyonel adet kanamaları, endometriozis)

¹ Dr. Özel Surp Pırgıç Ermeni hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, brain.82.84@gmail.com

SONUÇ

Sonuç olarak Total Laparoskopik histerektomi genel olarak laparoskopinin avantajları olan hastanede kalış süresinde kısalık, ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonunda azalma, ameliyat esnasında daha az kanama, ameliyat sonrası analjezi ihtiyacında azalma, iyileşme süresinde kısalma, günlük yaşama daha hızlı dönüş ve büyük ameliyat skarından kaçınma gibi avantajlar sağlar (7,10,14). Abdominal histerektomiye göre yaşam kalitesinde ciddi artış sağlar (10,18). Histerektomi tekniği olarak vaginal histerektomi, belli boyuttaki uteruslar ve uterin prolapsusta günümüzde de en geçerli ve ilk tercih edilmesi gereken histerektomi tekniği olup, laparoskopik histerektomi, bu grup hastalarda anlamlı bir üstünlük sağlamamaktadır (6,20,21). Laparoskopik histerektomi, her ne kadar artış gösterse de, yeterli olmayan teknolojik donanım ve laparoskopiyi hakim eğitilmiş personelin az oluşu sebebiyle günümüzde hala bir çok yerde sık olarak yapılamamaktadır (19,22). ACOG'un önerdiği Şekil de histerektomi tekniği seçilirken en etkili faktörler klinisyenin deneyimi, hastanın anatomik yapısı ve hastanenin teknolojik donanımıdır (7). Total Laparoskopik histerektomi, yeterli eğitim ve teknik donanımın sağlanmasıyla birlikte hastalar için güvenilirdir. Cerrahların bilgilerini ve tecrübelerini laparoskopik histerektomide arttırmalarıyla hastalarda ameliyat sonrası daha az ağrı, daha iyi estetik, hastaların daha kısa sürede hastaneden çıkışı ve hızlı olarak iş yaşamlarına dönmelerine olanak tanıyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Farquhar C, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990–1997. *Obstet Gynecol* 2002;99: 229–234.
2. McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures. An international comparison of New England, England and Norway. *N Engl J Med* 1982;307: 1310–1314.
3. Wright J, Ananth C, Lewin S, et al. Robotically assisted vs laparoscopic hysterectomy among women with benign gynecologic disease. *JAMA*. 2013;309(7):689–698.
4. Sutton. C. Hysterectomy: a historical perspective. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1997; 11: 1–22. (CrossRef)
5. Reich H, de Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynaecol Surg* 1989; 5: 213–6. (CrossRef)
6. Maura K. Whiteman, Susan D. Hillis, Denise J. Jamieson, Brian Morrow, Michelle N. Podgornik, Kate M. Brett, Polly A. Marchbanks, Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000–2004, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 198, Issue 1, January 2008, Pages 34. e1–34. e7
7. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. *BJOG*. 2000;107:1380–5.
8. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG Committee Opinion No. 444. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2009;114:1156–8.
9. S. Robert Kovac, MD. :Clinical opinion: Guidelines for hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2004) 191, 635e40
10. Mencaglia L, Minelli L, Wattiez A. *Manual of Gynecological Laparoscopic Surgery*. 11th Edition, 2010, Endo:Press, pp 173–185.
11. Garry R, Fountain J, Mason S, et al. The evaluation study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy. *BMJ* 2004;328: 129–136.
12. Mäkinen J, Johansson J, Tomas C. Morbidity of 10110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod*. 2001;16:1473–1478
13. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB, Nervo P, Canis M, Botchorishvili R, Mage G, Pouly JL, Mille P, Bruhat MA. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2002;9:339–45.
14. Jeung IC, Baek JM, Park EK, Lee HN, Kim CJ, Park TC, Lee YS. A prospective comparison of vaginal stump suturing techniques during total laparoscopic hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;282:631–8
15. Hur HC, Guido RS, Mansuria SM, Hacker MR, Sanfilippo JS, Lee TT. Incidence and patient characteristics of vaginal cuff dehiscence after different

- modes of hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14:311-7.
16. Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, Schroeder G, Lee RA, Podratz KC. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol.* 2004;103:572-6.
 17. Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, Kanbour AI, Kunschner AJ, Kanbour-Shakir A. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg.* 1996;183:225-9.
 18. Kluivers KB, Johnson NP, Chien P, Vierhout ME, Bongers M, Mol BW. Comparison of laparoscopic and abdominal hysterectomy in terms of quality of life: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;136:3-8.
 19. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2005;330:1478.
 20. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. (2006) Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD003677.
 21. Kavallaris A, Chalvatzas N, Kelling K, Bohlmann MK, Diedrich K, Hornemann A. Total laparoscopic hysterectomy without uterine manipulator: description of a new technique and its outcome. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283:1053-7.
 22. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J. A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures. *BJOG.* 2009;116:492-500.