

LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ; İLK DENEYİMİMİZ

Akın Aydoğan*, Seçkin Akkücü*

*Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

Geliş Tarihi / Received: 09.08.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 21.09.2011

ÖZET

Günümüzde elektif splenektomiler için laparoskopik splenektomi, açık splenektomiye tercih edilmeye başlanmıştır. Splenektomi sonrası daha az ağrı şikayeti, daha iyi kozmetik sonuçlar, barsak hareketlerinin daha erken başlaması, hastanede kalma süresinin daha kısa olması gibi avantajlar laparoskopik cerrahiye olan eğilimi arttırmaktadır. Biz de Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde ilk kez gerçekleştirilen laparoskopik splenektomi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik cerrahi, elektif splenektomi, cerrahi teknik

LAPOROSCOPIC SPLENECTOMY; OUR FIRST EXPERIENCE

ABSTRACT

Today, laparoscopic splenectomy for elective splenectomy, is began to be preferred rather than open splenectomy. Lesser pain complaint, better cosmetic results, earlier bowel movement, decreased hospitalisation time are the advantages that make laporosopic splenectomy to be preferable. We aimed to report the first case of laparoscopic splenectomy performed in Mustafa Kemal University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery.

Key Words: Laparoscopic surgery, elective splenectomy, surgical technique

Giriş

Elektif splenektomi (ES), orak hücreli anemi, talasemi, idiopatik trombositopenik purpura gibi benign hematolojik hastalıklarda tedavi edici olması nedeniyle uzun yıllardır uygulanmaktadır. Splenektomi uzun yıllarca açık teknikle uygulanmış olup, cerrahideki teknolojik gelişmelere paralel olarak laparoskopik olarak da uygulanmaya başlanmıştır (1-3).

Laparoskopik splenektomi (LS) yapılan hastalarda açık cerrahi uygulanan hastalara göre daha az ağrı olması, erken mobilizasyon, barsak hareketlerinin daha erken dönemde başlaması ve hastanede kalma süresinde azalma bilinen avantajlardandır (1,4). LS günümüzde hızla artan oranda tercih edilen yöntem olmaya başlamış ve gelecekte birçok merkezde ES'nin

yerini alacak gibi görünmektedir (1-3). Biz de Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde gerçekleştirilen ilk LS olgu deneyimimizi sunduk.

Olgu

Hematoloji kliniğinde talasemi minör tanısı ile takip ve tedavi uygulanan 38 yaşındaki erkek hasta hemoglobin ve hematokrit değerlerinde tedaviye rağmen düşme olması üzerine splenektomi planlanarak kliniğimize kabul edildi. Hastanın yapılan ultrasonografik değerlendirilmesinde dalak boyutu 12 cm olarak bildirilmişti. Ameliyattan 2 hafta önce polivalan pnömokok, meningokok ve Haemophilus influenza aşılı yapıldı. İntravenöz demir preparatları ve eritrosit süspansiyonu desteği ile operasyon öncesi hazırlık yapıldı. Operasyon için hastaya 30 derece sağ lateral dekübit pozisyonu verildi. İki adet 10 mm'lik trokar, 2 adet 5 mm'lik trokar ile batına girildi. Birinci 10 mm'lik trokar umblikus ile ön aksiller çizginin birleştiği hayali hattın ortasından girilerek batın 12 mmHg basınca ulaşana kadar CO₂ ile insufle edildi. Daha sonra bu trokardan kamera girilerek batın eksplore edildi. Dalak grasper yardımıyla eleve edildikten sonra splenik kolon fleksurası monopolar L hook ile serbestlendikten sonra splenokolik ligaman Ligasure ile kesildi. Posterior periton açılarak splenik arter serbestlendi ve 2 adet klips konularak kesildi. Daha sonra splenorenal ligaman ayrılarak hilusa ulaşıldı. Hilusta splenik vene de iki adet klips konularak kesildi. Splenik venin kesilmesinin ardından superiorunda kısa gastrik arterler bulunarak klipslenip kesildi. Dalak torbaya alınarak over klempiyile parçalara ayrıldı ve dışarı alındı. Kanama kontrolünün ardından dalak lojuna 1 adet 20 F silikon dren yerleştirilip operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif 1. günde hastanın vital bulguları stabil seyretti. Drenden yaklaşık 30 cc seröz mayi gelmesi üzerine, hastanın dreni çekildi. Gaz çıkışı olan hastaya oral beslenme başlandı ve hasta mobilize edildi. Hastanın ağrı şikayetinin şiddetli olmaması üzerine sadece ameliyat sonrası 1. gün ağrı kesici verildi. Ameliyat sonrası 2. günde hasta taburcu edildi. LS'den 7 gün sonra poliklinik kontrolüne gelen hastada ek problem saptanmadı, cilt dikişleri alındı. Talasemi minör tanısı olan hasta takip ve tedavi planı açısından hematoloji kliniğine yönlendirildi.

Tartışma ve Sonuç

Elektif splenektomi, başta benign hematolojik hastalıklar olmak üzere dalağa ait patolojilerde tedavi edici olarak uygulanmaktadır. Elektif splenektomi için yıllardır uygulanan yöntem açık splenektomi (AS) olmakla birlikte, son yıllarda medikal alanlardaki teknolojik gelişmelere paralel olarak laparoskopik splenektomi de cerrahlar arasında yavaş bir ivmeyle

de olsa tercih edilmeye başlanmıştır (1-3). LS'nin uygulanmaya başladığı ilk dönemlerde hasta pozisyonu supin iken, dalak arka yüz ve perisplenik bağlara daha kolay ulaşım nedeniyle son yıllarda lateral pozisyon tercih edilir olmuştur (3). Biz de hastamızda lateral pozisyonu tercih ettik.

LS'nin AS'ye göre en büyük dezavantajı ameliyat süresinin daha uzun olmasıdır. Laparoskopik yöntemde ortalama ameliyat süresi değişik çalışmalarda 70 ile 360 dakika arasında değişmekte olup, LS'ye yeni başlayan cerrahlarda ortalama süre 146 dakika iken tecrübe kazanılmasıyla sürenin 100 dakikanın da altına inebildiği görülmüştür (1,2). Bizim bu ilk vakamız 107 dakikada tamamlanmıştır.

AS ile kıyaslandığında LS uygulanan hastalarda ağrı şikayeti daha az görülmekte, barsak hareketleri daha kısa sürede başlamakta ve hastaneden taburcu edilme süreleri daha kısalmaktadır. Ayrıca kozmetik açıdan da LS'nin üstünlüğü açıktır (1-4). Bizim hastamızın ameliyat sonrası ilk saatler dışında ağrı şikayeti olmadı, postoperatif 1. günde gaz çıkışı oldu. Ameliyat sonrası ilk gün hastanın oral gıda alımına izin verildi. Dalak lojuna yerleştirilen dren yine ilk gün çekildi ve hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi.

Son yıllarda laparoskopik cerrahiye alternatif olarak robotik cerrahi ile de splenektomi ameliyatları uygulanmaya başlanmıştır (5). Ancak LS ile karşılaştırıldığında komplikasyon, erken beslenme, dren çekilme zamanı, laparotomiye geçilme oranları ve hastanede kalma süresinde azalma gibi konularda istatistiki olarak anlamlı farklar elde edilememiştir (6). Ayrıca LS'ye göre yüksek maliyet, çok daha uzun ameliyat süreleri gibi dezavantajları nedeniyle robotik splenektomi LS'nin standart uygulama olarak yerini alamayacak gibi görünüyor (5).

Sonuç olarak AS'ye göre birçok konuda daha avantajlı olan LS, günümüzde malignite nedeniyle olmayan elektif splenektomiler için altın standart olma noktasına gelmiştir. Biz de Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde ilk kez ve başarıyla laparoskopik splenektomi ameliyatını gerçekleştirdik.

Kaynaklar

1. Karakurt GA, Ateş O, Hakgüder G, Olguner M, Akgür FM. Laparoskopik splenektomi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 23(1): 9-12.
2. Akyıldız H, Akcan A, Dal F, Artış T, Küçük C, Ok E, Sözüer EM. Elektif splenektomi: Laparoskopik ve konvansiyonel tekniklerin karşılaştırılması: 13 yıllık deneyim. Turkish Journal of Surgery 2007; 23(1): 24-7.

3. Harlak A, Sücüllü İ, Demirbaş S, Yiğit T, Özdemir Y, Filiz Aİ, Menteş O, Kılbaş Z, Yağcı G. Elektif splenektomilerde açık ve laparoskopik cerrahi sonuçlarımız. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 239-43.
4. Umut B, Sümer A, Dinçdağ A, Sarı S, Gözkun O, Mercan S, Seven R, Budak D. Tek İnsizyondan laparoskopik cerrahi (TILC) deneyimlerimiz. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2009; 25(3): 109-13.
5. Bodner J, Lucciarini P, Fish J, Kafka-Ritsch R, Schmid T. Laparoscopic splenectomy with the Da Vinci Robot. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2005; 15(1): 1-5.
6. Gelmini R, Franzoni C, Spaziani A, Patriti A, Casciola L, Saviona M. Laparoscopic splenectomy: conventional versus robotic approach—a comparative study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2011; 21(5): 393-8.