



OLGU SUNUMU

JİNEKOLOJİK LAPAROSKOPI ESNASINDA ANA DAMAR YARALANMASI: OLGU SUNUMU

Evrım Erdemođlu, Recep Yıldızhan, Mertihan Kurdođlu, Ertan Adalı, Mansur Kamacı

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Van, Türkiye

ÖZET

Jinekolojik laparoskopik cerrahilerde çok seyrek görülen ancak meydana geldiğinde de hasta hayatını tehlikeye sokabilen komplikasyonların başında ana damar yaralanmaları gelmektedir. Elektif jinekolojik girişimde bulunan 15 yaşındaki bir olguda meydana gelen sol eksternal iliak arter yaralanması mevcut literatür eşliğinde; etyolojik faktörleri ve yönetim prensipleri de özetlenerek sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vasküler hasar, Laparoskopi, Jinekolojik cerrahi

MAJOR VESSEL INJURY DURING GYNECOLOGIC LAPAROSCOPY: A CASE REPORT

ABSTRACT

Major vessel injuries rarely occur in gynecologic laparoscopic surgery. However, when they do occur, they present life-threatening complications. A left iliac artery injury occurring in a 15 year-old patient undergoing an elective laparoscopic surgery is presented together with summarized etiological factors and management principles in the light of the available current literature.

Keywords: Vascular injury, Laparoscopy, Gynecologic surgery

GİRİŞ

Laparoskopi; jinekologlar, genel cerrahlar, ürologlar ve gastrointestinal sistem cerrahları tarafından artan sıklıkla kullanılan tanısal ve terapötik bir tekniktir¹. %4'lük morbidite oranıyla güvenli ve etkili bir prosedür olup hastalar tarafından da iyi tolere edilmektedir². Bunun yanında, seyrek olmakla birlikte, laparoskopi esnasında gerçekleşen farklı iatrojenik lezyonları bildiren yayınlar da mevcuttur. Laparoskopiye bağlı ölüm nedenleri arasında anesteziye bağlı olanlardan sonra ikinci sırayı alan ana damar yaralanmaları (% 6.37-10.81) bunların önemli

bir kısmını oluşturmaktadır^{3,4}. Jinekolojik laparoskopi esnasında vasküler hasar insidansı yaklaşık olarak binde 0.1'dir^{5,6}. Genellikle ilk kapalı trokar girişinde veya Veress iğnesi yerleştirilmesi esnasında damar yaralanmaları bildirilmişse de⁷ cerrahi esnasındaki damar yaralanmaları ve yönetimi konusunda da literatürde az sayıda yayına rastlamak mümkündür^{8,9}. Çalışmamızın amacı, bir olgumuz dolayısıyla laparoskopik cerrahi esnasındaki damar yaralanmaları ile nedenlerini incelemek ve bu durumlarda, hasta yönetimini tartışmaktır.

İletişim Bilgileri:

Dr. Mertihan Kurdođlu,
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Van, Türkiye
e-mail: mkurdođlu@yyu.edu.tr

Marmara Medical Journal 2009;22(2);138-141



OLGU SUNUMU

15 yaşında, bayan hasta; karın ağrısı ve pelvik kitle ön tanılarıyla kliniğimize refere edildi. Hastanedeki izlemi esnasında vital bulguları stabil seyreden hastanın abdominal muayenesinde, sağ alt kadranda tespit edilen kitle dışında bir özellik bulunmamaktaydı. Laboratuvar değerlerinde, C-reaktif proteinin 104 mg/dl ve CA-125'in, 54 U/ml tespit edilmesi dışında anormal bir bulguya rastlanılmamıştır. Ultrasonografisinde sol over lojunda 4 x 5 cm'lik komplike kitle izlenen hastanın magnetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki, sağ adneksiyel alanda 4 x 5 cm ebatında, lobule kontürlere sahip, yoğun içerikli sıvı seviyelenmeleri gösteren abse uyumlu olabilecek kitle ile ve douglasta serbest mai olarak rapor edildi.

Hastaya, pelvik inflamatuvar hastalık, tuboovarian abse ön tanılarıyla intravenöz antibiyotik tedavisi başlandı. On günlük tedaviyi takiben tekrarlanan MRG tetkikinde aynı bulguların sebat etmesi üzerine diagnostik laparoskopi kararı alınmıştır.

Açık laparoskopi tekniğiyle batına girildi ve eksplorasyonda çekum, çıkan kolon, inen kolon, omentum, sigmoid ve karaciğer ile karın ön duvarı arasında ileri derecede yapışıklıklar izlendi. Yardımcı bir trokar giriminden sonra bridektomi yapılarak batın içi adhezyonlar serbestleştirildi.

Pelvik bölgeye yaygın olarak yapışmış olan omentum disseke edildi ve uterus ile bağları açığa çıkarıldı. Adneksler ve sigmoid kolon, rektum, terminal ileum arasındaki ileri derecedeki yapışıklıklar disseke edilerek serbestleştirildi.

Sağ adneksiyel bölgede over, tüp ve infundibulo-pelvik ligament bir konglomere kitle oluşturmaktaydı. Sağda çekum ve çıkan kolon mobilize edildi ve yapışıklıklar açıldı. Pelvik retroperitoneal alan disseke edildi ve vital yapılar değerlendirilmeye çalışıldı ancak retroperitondaki yoğun inflamasyon ve fibrozis nedeniyle bu mümkün olmadı. Sağ tubada ileri derecede hidrosalpinks mevcuttu. Overden ve infundibulopelvik ligamentten serbestleştirildi ve tuboplasti yapıldı. Solda over ve tüpteki adezyoliz işlemi takiben

sigmoid kolonun pelvik girimdeki adhezyonlarının keskin disseksiyonla serbestleştirilmesi esnasında eksternal iliak arterde yaralanma gerçekleşti. Pfannenstiel insizyonla acil laparotomi yapılan hastada, pet ve digital baskı yardımıyla yaralanma bölgesinin proksimalindeki kan akımı kesildi. Arterin ön yüzdeki 5 mm'lik defekt tespit edilerek 6/0 prolene ile onarıldı. Preoperatif 10.6 mg/dl olan hemoglobin değeri işlem esnasında ve sonrasında 9.6 mg/dl olarak bulundu.

Postoperatif, hastaya 1 ünite kan transfüzyonu yapıldı ve 5. gün genel durumu ve vitalleri stabil olan hasta taburcu edildi. Operasyondan sonra vasküler komplikasyona sekonder hastada herhangi bir sekel oluşmamıştır.

TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahinin yaygınlaşması ve gerek onkolojik cerrahide gerekse yaygın ileri derece yapışıklığı olan pelvik inflamatuvar hastalık-endometriozis olgularında kullanımıyla komşu organ, üreter, vasküler yaralanmaların insidansı artmaktadır⁹. Laparoskopik cerrahide retroperitoneal yaralanmalar yetersiz tekniğe bağlı olabileceği gibi en deneyimli operatörler için bile kaçınılmaz olabilmektedir^{9,10}.

Laparoskopik cerrahide dokunma hissinin kaybolması, 2 boyutlu çalışma ve retroperitoneal fibrotik hadiseler birleştiğinde yanlış cerrahi klevaj sonucu damar yaralanmaları görülebilir. Bizim vakamız için de geçerli olan bu durumlar ile beraber özellikle ciddi retroperitoneal fibrozis laparotomide bile damar tespitini ve izolasyonunu güçleştirebilir.

Laparoskopik cerrahi esnasındaki damar yaralanmaları bizim olgumuzda da olduğu üzere keskin disseksiyon veya künt disseksiyonla olabileceği gibi monopolar veya lazer gibi enerji formlarıyla da oluşabilir⁹. Bunların kullanım prensipleri iyi bilinmeli ve riskli vakalarda özellikle göz önünde bulundurulmalıdır.

Ancak retroperitondaki damar yaralanmalarının riskini tamamen sıfıra indirmek mümkün olmayıp, operasyon



ekibinin bu duruma ve yönetimine kendini hazırlıklı buldurması gerekmektedir. Ana damar yaralanması yönetiminde, öncelikle yaralanma yerinin fark edilmesi ve gecikmeden müdahale ana prensip olup, gecikilen vakalarda mortalite bildirilmiştir⁹. Acil laparotomiyle batına girilip pet veya parmakla ya da klempile damara baskı uygulanarak göllenme önlenmeli, damardaki lezyon tespit edildikten sonra da 6-0 yada 5-0 prolenle onarılmalıdır⁷.

Nezhat ve arkadaşları⁹ laparoskopik onarımları da bildirmişlerdir ve 1994 ile 1998 arasında gerçekleşen 8 ana damar yaralanmasından dört tanesini laparoskopik olarak onarmışlardır. Bu yaralanmalardan 3 tanesi lenf nodu disseksiyonu sırasında oluşmuştur. Komplikasyonlardan ikisi venlerde, biri ise arterde gerçekleşmiş olup yeterli disseksiyonla damarlar hazırlanmış ve kliplerle onarılmıştır. Laparoskopik onarım yapılan 4. olguda ise hasar hipogastrik arterde gerçekleşmiş ve bipolar disseksiyonla oklüzyon yapılmıştır. Sonuç olarak da cerrahın laparotomi ve laparoskopi arasında karar vermesini ve laparoskopik devam edecekse damarı atravmatik bir tutucuyla hemen klemplemesini ve aspirasyonla göllenmeyi önleyerek defekti bulmasını önermişlerdir.

Laparoskopik onarım yapılan ve oklüzyonla kapatılan damarların bu serilerdeki özelliği vital damarlar olmamalarıdır. Eksternal iliak arter gibi uç arterlerdeyse laparoskopik onarım yerine gecikmeden laparotomiyle müdahale daha güvenli olabilir. Barbosa ve ark'nın serisinde, bizim olgumuza benzer şekilde yoğun adhezyonlar disseke edilirken sol eksternal iliak arter yaralanması olmuş ve o olguda da bizdeki gibi acil laparotomik girişimde bulunmuş ve hasta kurtarılmıştır¹. Nezhat ve arkadaşlarının⁹ serisinde de olgulardan birinde, pelvik yan duvardan unipolar makasla omental yapışıklıklar açılmaya çalışılırken az miktarda kanama olduğu ve bunun unipolar koterle koagülasyonu esnasında eksternal iliak arterde yaralanma gerçekleştiği bildirilmiştir. Bu olguda ise, aşırı kanamaya rağmen operatörün acil laparotomi yerine

laparoskopik olarak kanamayı kontrol etmede ısrar etmesi ve ancak çok fazla kan kaybından sonra laparotomiye geçmesi yüzünden hasta kaybedilmiştir. Kanımızca, bu iki örnekle, uç arter yaralanmasında, laparoskopik onarımı deneyerek başarısı kesin olmayan bir yöntemle zaman kaybetmek yerine, daha güvenli olan acil laparotomik girişimin tercih edilmesinin önemi açıkça ortaya konmaktadır.

Vasküler cerrahlar, acil laparotomi için en hızlı ve en iyi yaklaşımın median laparotomi olduğu ileri sürmektedirler¹. Bizim vakamızda da olduğu üzere pek çok jinekolojist tarafından tercih edilen Pfannenstiel laparotominin sonraki vasküler onarımı zorlaştırdığı ileri sürülmüştür. Barbosa ve ark'nın çalışmasında da Pfannenstiel insizyon yapılan benzer bir olguda tam median laparotomiye dönme ihtiyacı doğmuştur¹.

Ana damar yaralanmaları, seyrek görülmele birlikte sonuçlarının çok ciddi olması nedeniyle jinekolojik ve diğer laparoskopik girişimlerde erken tanınarak hızlı ve etkin bir şekilde yönetilmesi gereken komplikasyonların başında gelmektedir. Laparoskopik onarımlar da uygulanabilmekle birlikte bu tür olgularda temel yaklaşım, orta hat kesi ile yapılacak bir laparotominin ardından vasküler hasarın primer onarımı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Barbosa BM, Lozano FS, Qeral L. Vascular injuries during gynecological laparoscopy--the vascular surgeon's advice. Sao Paulo Med J 2005;123:38-41.
2. Dixon M, Carrillo EH. Iliac vascular injuries during elective laparoscopic surgery. Surg Endosc 1999;13:1230-1233.
3. Bhojru S, Vierra MA, Nezhat CR, Krummel TM, Way LW. Trocar injuries in laparoscopic surgery. J Am Coll Surg 2001;192:677-683.
4. Kidd GR, Watson CS. Detection of frequency changes in transposed sequences of tones. J Acoust Soc Am 1996;99:553-566.
5. Chapron C, Querleu D, Mage G, M, et al. Complications of gynecologic laparoscopy. Multicentric study of 7,604 laparoscopies. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992;21:207-213.



6. Harkki-Siren P, Sjoberg J, Makinen J. et al. Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: a review and complications of 1165 operations. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:118-122.
7. Nordestgaard AG, Bodily KC, Osborne RW, Jr., Buttorff JD. Major vascular injuries during laparoscopic procedures. *Am J Surg* 1995;169:543-545.
8. Harkki-Siren P, Sjoberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: a follow-up Finnish study. *Obstet Gynecol* 1999;94:94-98.
9. Nezhat C, Childers J, Nezhat F, Nezhat CH, Seidman DS. Major retroperitoneal vascular injury during laparoscopic surgery. *Hum Reprod* 1997;12:480-483.
10. Kurzel RB, Edinger DD, Jr. Injury to the great vessels: a hazard of transabdominal endoscopy. *South Med J* 1983;76:656-657.