

LAPAROSKOPİ'de KOMPLİKASYONLAR

(60 vak'ahlık çalışma nedeniyle)

Dr. Mazhar ÜLKER *

Dr. Seçkin ERDEM **

Giriş :

İntraperitoneal anatomopatolojiyi, karın duvarında büyük bir defekt oluşturmada, yakından inceleyebilme ve aynı zamanda bazı vakalarda, basit girişimlere olanak veren endoskopik muayene yöntemleri, son bir kaç yıl içinde, jinekolojik tanıda özel bir yer almıştır (11).

Endoskopik gözlem, otörler tarafından değişik şekilde adlandırılmıştır. Peritoneoskopi, ventroskopi, organoskopi, pelviskopi, laparoskopi bu adlardan bazılarıdır.

Endoskopik inceleme yöntemlerine ait ilk ve primitif çalışmalara 1807 civarında rastlanır. Bu tarihte, Bozzini, kuvvetle yanan mum ile ışıklandırılan bir alet yapmıştır (1). İlkel yapıdaki bu araçlar, zamanla, araştırmacılar tarafından ele alınarak, bugünkü anlamda, soğuk ışık kaynakları ile çalışan, modern cihazlar haline getirilmiştir. İnsüflasyon için CO₂'yi ilk defa 1924'te Zollikofer kullanmıştır (13).

Diagnostik ve terapötik nedenlerle, pek çok ülkede ve ülkemizin bir kaç hastanesinde kullanılmakta olan laparoskop, kliniğimizde de Haziran 1973'ten bu yana, endike olduğu vakalarda, inceleme ve tedavi nedenleriyle kullanılmaktadır.

Operatif manuplasyonları gerektiren bütün diagnostik yöntemlerde olduğu gibi, laparoskopide de karakteristik komp-

(*) A. Ü. Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği Profesörü

(**) A. Ü. Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği As. Doktor

likasyonlarla karşılaşma olasılığı vardır. Komplikasyonlar seyrek ve kaçınılabılır olduğu halde, bazen de düzeltici bir laparotomi gerekebilir.

Genel olarak, komplikasyonlar, şöyle sıralanabilirler.

- 1 — İnsüflasyon sırasında oluşan komplikasyonlar,
- 2 — Göğüs ve karın boşlukları arasında oluşan basınç ayıracılığı nedeniyle meydana çıkan komplikasyonlar,
- 3 — İnsüflasyon kanülü ve laparoskop trokarı ile oluşan perforasyonlar,
- 4 — Operatif girişimler anında beliren komplikasyonlar,
- 5 — Anestezi komplikasyonları.

Materyel :

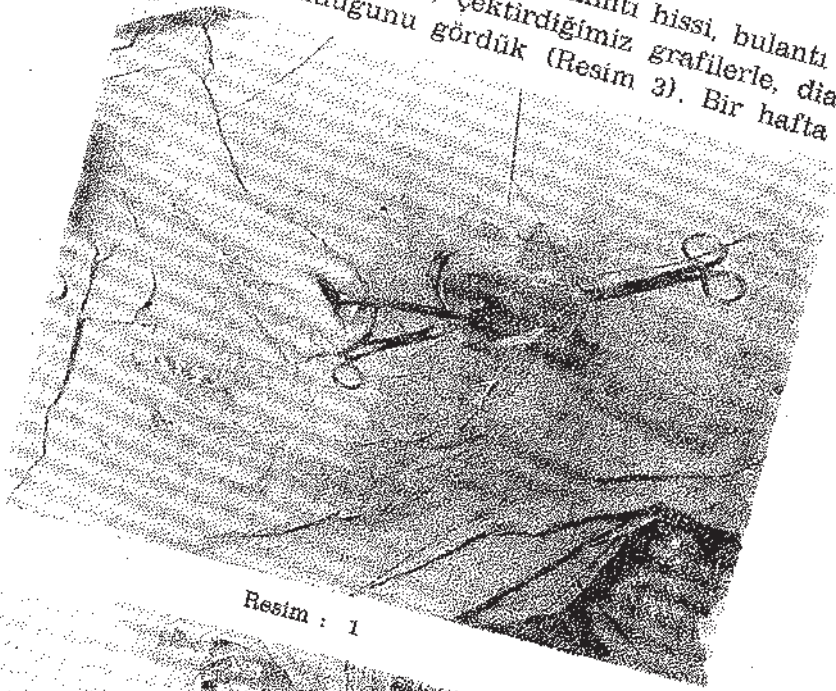
Kliniğimizde, kesin tanı elde edebilme nedeniyle yapmış olduğumuz 60 laparoskopik girişimde, literatürde seyrek rastlanabilecek bazı komplikasyonlarla karşılaştık.

Vaka 1 : G.L. (Protokol No : 12352/1973), Ovarial fizyolojiyi saptamak nedeniyle laparoskopi uyguladığımız bu hastamızda, gözlem esnasında, karın boşluğunda, taze, serbest kan ile karşılaştık. Kanama kökenini saptama nedeniyle eksploratris laparotomiye başvurduk. Kanamanın, rektus kasından, trokar travması ile oluştuğunu gördük.

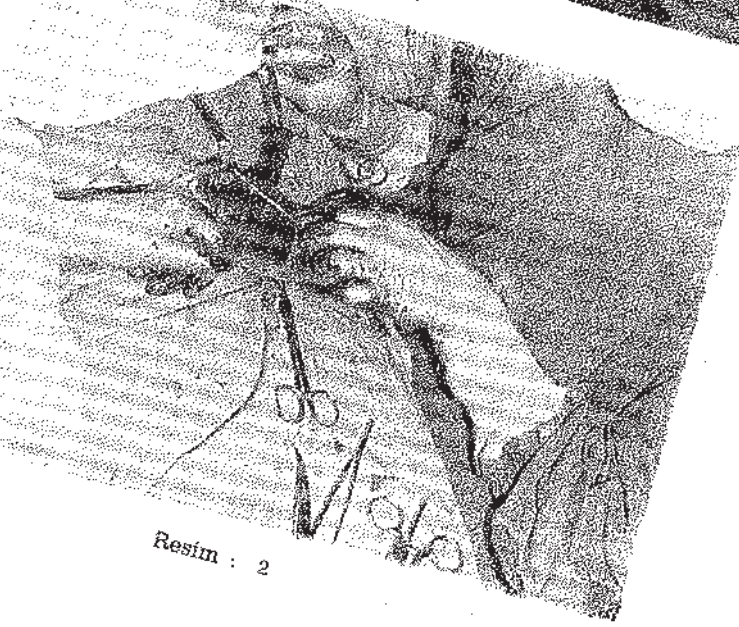
Vaka 2 : İ.T. (Protokol No: 12024/1973), Stein - Leventhal sendromu klinik tanısıyla, ovarial fizyolojiyi inceleme nedeniyle, 2.10.1973 tarihinde laparoskopik girişimde bulunduk. Hastayı, 3.10.1973 tarihinde hastaneden çıkardık. Laparoskopi yerinden sıvı sızıntısı olduğunu ifade ederek 4.10.1973'te tekrar kliniğimize başvuran hastada, trokar giriş yerinden, omentumun çıkmış olduğunu gördük. Bu nedenle, ivedilikle korrektiv laparotomiye başvurmak zorunda kaldık (Resim 1, Resim 2).

Vaka 3 : G.Ö. (Protokol No: 12786/1973), Turner sendromu klinik tanısıyla, pelvik anatomiye inceleme nedeniyle, 13.12.1973'te yapmış olduğumuz laparoskopik gözlemi izleyen

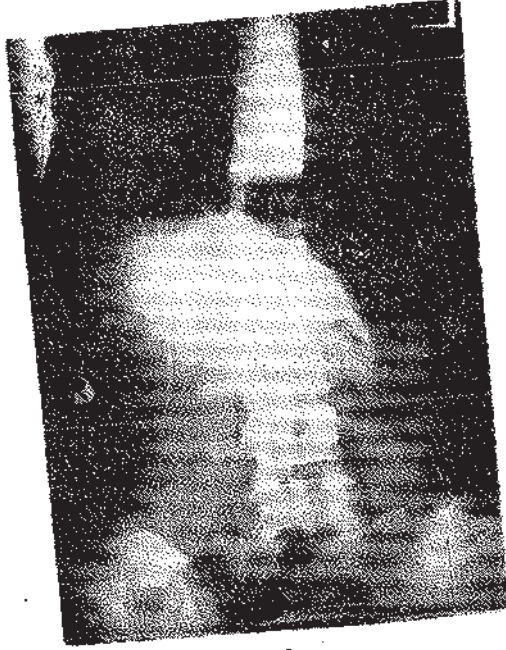
2 gün sonra, sağ omuzunda ağrı, sıkıntı hissi, bulantı şikâyetleri ile başvuran hastada, çektiğimiz grafilerle, diafragma altında gaz bulunduğunu gördük (Resim 3). Bir hafta sonra-



Resim : 1



Resim : 2



Resim : 3
Laparoskopiden 2 gün sonra çekilen boş batin grafisi

ki kontrol grafilerinde de gazın büyük bir kısmının halen rezorbe olmadığını saptadık (Resim 4, Resim 5).

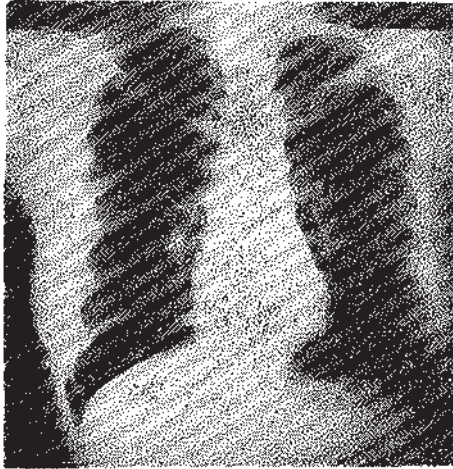
Tartışma :

USA'da yapılan bir çalışmada, laparoskopide morbidite ve komplikasyon oranı %5, laparotomiye ve hastanede uzun yatışı gerektiren vaka oranı ise %1 olarak saptanmıştır. 12.000 vakada ölüm sayısı ise 3 olarak bulunmuştur (10). Laparoskopide ölüm, multiple pelvik adezyonlu hastalarda, hava embolisi nedeniyle, kardiyak arrest tarzında olur. Wenderoth, Alman literatüründe, hava embolisine bağlı 9 ölüm vakası bulunduğunu bildirmiştir (12). Hartleib, karaciğer venlerine CO₂ insuflasyonu nedeniyle 2 ölüm vakasıyla karşılaşmıştır. (3). Masher ve arkadaşları, literatürde, hava embolisi nede-



Resim : 4

Laparoskopiden 1 hafta sonra çekilen boş batin grafisi



Resim : 5

Laparoskopiden 1 hafta sonra çekilen akciğer grafisi

nile, 74'ünün öldüğü 127 vaka saptamışlardır. Bu vakaların büyük bir kısmında hatalı olarak, karaciğer venlerine girilmiştir. Bu vakalarda, laparoskopi, dahiliyeciler tarafından, karın üst kadranından yapılmıştır. Jernstorm, mezanter kökünde amfizem ve damar yırtılmasına bağlı bir ölüm vakası bildirmiştir (4). Frangenheim, iki vakasında, iliak venlere, yanlışlıkla gaz insuflasyonu yapmıştır. Teton, Herman, Wenderoth ve Roesner, pek çok kere mezanter, omentum ve retroperitoneal aralığa ve hattâ mediastene doğru amfizem meydana geldiğini saptamışlardır. Mediastinal amfizem bir kaç vakada, ölüme neden olmuştur.

Frangenheim, gaz embolisi olan hastaların hemen entübe edilmesi, suni olarak solutulması ve bu arada kalp kateterizasyonu yapılarak gazın aspire edilmesi gerektiğini bildirmiştir (2).

Pnemoperituan teşkil etmek için kullanılan CO₂, kısa bir süre sonra rezorbe olur ve kan kimyasında bir takım değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler, kan Ph'sı, Pa CO₂'de olmaktadır. P_a O₂ üzerinde belirgin değişiklikler meydana gelmediği, araştırmacılar tarafından saptanmıştır (8).

Karın ve göğüs boşlukları arasında ani, büyük basınç ayrıcalıkları doğuracak, çok hızlı gaz insuflasyonundan dikkatle kaçınılmalıdır. Çünkü diafragmanın ani yükselmesine bağlı olarak pulmoner kan akımı azalır. Bu da kan basıncının düşmesine neden olur.

Sirkulatuar dekompanzasyonu olan hastalarda basınç ayrıcalığı, tehlikeli olabilir. Dekompanzasyon belirtileri olan bir hastanın, pnemoperituan meydana getirilirken aniden, bu nedenle öldüğü, Kalk tarafından rapor edilmiştir.

Enfuslasyon kanülü ve laparoskop trokarı ile her zaman için perforasyonlar olabilir. Daha önce klâsik sezaryen operasyonu geçiren 2 hastada uterus perforasyonu olduğu ve her iki hastanın da konservatif tedavi yöntemleri ile düzeldiği Kamheang Chaturachinde tarafından rapor edilmiştir (5).

100 vakalılık bir diğer çalışmada ise, Verres kanülünün sigmoid kolon perforasyonuna yol açtığı, hastanın anal yolla fazla gaz kaçırması ile perforasyon tanısına varıldığı bildirilmiştir (7). Bu vakada, kolon serozası üzerinde, kanülün meydana getirdiği lezyon, laparoskop ile izlenmiş ve her hangi bir cerrahi girişimin gerekmediği, aynı tipte bir komplikasyonun, aynı hastanenin jinekoloji servisinde de meydana geldiği belirtilmiştir.

Operatif girişimler anında, ikinci (yardımcı) trokar, çeşitli yardımcı kanül ve pensler ile perforasyonlar, kanamalar ve yüksek frekanslı elektrokoter ile yanıklar tarzında bir takım komplikasyonlar olabilir. Bu konuda literatürde pek çok yayın ile karşılaşmak mümkündür.

Sonuç :

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı gibi, jinekolojik laparoskopilerde, karşılaşılan komplikasyonlar oldukça azdır. Görülen ve karşılaşılan tehlikeli komplikasyonların çoğu ise, dahiliye kliniklerinde, karaciğer biopsileri için yapılan laparoskopiler sonucu doğmaktadır (3,4). Jinekolojik laparoskopi anında doğan komplikasyonların büyük bir çoğunluğu ise, dikkatli bir endikasyon konmamasından ileri gelmektedir. (Daha önce laparotomi geçiren hastalarda yapılan laparoskopilerde olduğu gibi) (5,8).

Genellikle yeni bir inceleme yöntemi, pek yaygın kullanılmaya başlandığı zaman bu işle uğraşan hekimler kendilerine aşırı güvendikleri oranda, komplikasyonlarda da artış görülür. İşte, son yıllarda, bütün dünyada, jinekolojik laparoskopi esnasında doğan komplikasyonların artmasında en büyük neden, kanımızca budur.

Aile plânlaması nedeniyle laparoskopik tubar sterilizasyonun puerperiumun ilk haftalarında yapıldığı zaman, laparoskopinin ana kontrendikasyonlarından biri olan «karın içi büyük tümörlerde laparoskopi yapılmaz» prensibine uyulma-

makta (11) ve bu nedenle bir seri komplikasyonlarla karşılaşmaktadır.

Kliniğimizde, laparoskopi uyguladığımız 60 vakada, karşılaştığımız 3 ilginç komplikasyonda ise, yalnız birinde kaçınılabilir olduğu kanısındayız. Bu vaka (Vaka 2), laparoskopi giriş yerinden omentum parçası çıkışıdır. Bu vakada laparoskopik inceleme bittikten sonra, gazın trokar kılıfı içinden dışarı akışı anında, trokar kılıfına, gaz akışı ile birlikte girip sıkışmış omentum parçasını, laparoskopu veya trokarı, trokar kılıfına sokup, omentum parçasını tekrar itme olanağına sahip olmamıza rağmen bu işi yapmayıp, trokar kılıfını çıkarmışız, buradaki hatamızı doğurmuştur.

Diğer iki vakamız, kaçınılmaz komplikasyon gösteren vakalardı. Fakat, aynı zamanda, öldürücü bir tehlike doğuran komplikasyonlar değildi.

Sonuç olarak, çok dikkatli bir endikasyon konduğu ve genel kontrendikasyonlar titiz bir şekilde uygulandığı zaman laparoskopi, bütün jinekoloji kliniklerinde, çok değerli bir kesin tanı ve hattâ bazı durumlarda, bir tedavi aracı olarak kullanma alanını daha da genişleteceği söylenebilir.

Özet :

Bu yazıda, kliniğimizde, 60 laparoskopik inceleme anında doğan 3 ilginç komplikasyon nedeniyle literatürdeki komplikasyonlarla, kliniğimizde karşılaştığımız komplikasyonlar arasında bir karşılaştırma yapılmış ve laparoskopinin kliniklerde kullanma alanlarından bahsedilmiştir.

Summary :

Complications of Laparoscopy :

In this paper, we are presenting 3 interesting complications that occurred during 60 laparoscopic examinations. We compared these complications with the ones we found in the literature. Also, the indications of laparoscopy are discussed.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Diepgen Paul : Geschichte der Medizin, II Band, Healfte Walter de Gruyter and Co.
- 2 — Frangenheim H. : Laparoscopy and Culdoscopy in Gynecology Butterworths London, Georg Thime Publishers, 1972
- 3 — Hartleib J. : Luftembolie bei Laparoskopie.
Dtsch Med Wschr 80-1955, 1532
- 4 — Jernstorm P. : Air Embolism During Peritoneoscopy
Amer J Clin Path 21-1953, 573
- 5 — Kamheang C. : Laparoscopic Sterilization an outpatient Procedure
Am J Obstet and Gynecol 115-4 487-490 1973.
- 6 — Keith L.W.A. at all : Laparoscopy For Puerperal Sterilization
Obstet and Gynecol 39 (4) 616-621 1972.
- 7 — Leland G. at all : Sterilization Coincident With Therapeutic abortion.
by Suction Curettage
Obstet and Gynecol 41: 5 677-680, 1973.
- 8 — Motew at all : Cardiovasculer Effects and Acid-Base and Blood Gas
Changes During Laparoscopy,
Amer J Obstet and Gynecol 115: 1002 - 1012, 1973.
- 9 — Neely M.R., Elkaoy A.A.
Modified Technique of Puerperal Laparoscopic Sterilization
Obst and Gynec Brit Commonwealth 79 (11) 1025-1027, 1972.
- 10 — Population Report : Series C, Number 2, March 1973.
- 11 — Ülker Mazhar : Jinekolojide Laparoskopi
Güihane As. Tıp Akademisi Bülteni, Cilt 12, Sayı: 3, 35-38, 1970.
- 12 — Wenderoth H. : Luftembolie bei Laparoskopie
Stsch Med. Wschr 81-1956 - 947.
- 13 — Zollikofer R. : Über Laparoskopie,
Schweiz Med Wschr 104 (1924) (284)