

# Kliniğimizde Gerçekleştirilen Laparoskopik Histerektomi Olgularının Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

## Laparoscopic Hysterectomy Cases in our clinic Evaluation of Clinical Characteristics

*Hasan Terzi, Ahmet Kale, Yıldız Altan Aydın*

*Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Kocaeli. Türkiye*

### Özet

**Amaç:** Çalışmamızda total laparoskopik histerektomi olgularımızı sunmayı amaçladık.

**Metod:** Kasım 2011 ile Mart 2012 tarihleri arasında laparoskopik histerektomi uygulanan 20 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Ameliyat süresi, kan kaybı, komplikasyonlar gibi intraoperatif veriler ve hastanede kalış süresi değerlendirildi

**Bulgular:** En sık endikasyon myoma uteri ve menoraji idi. Ortalama operasyon süresi 95 dk (62-140) tespit edildi, iki vakada komplikasyon (bir mesane yaralanması ve bir bağırsak serozal yaralanma) oluştu. Preoperatif ve postoperatif hemoglobin değişimi 1.95 gr/dl, hastanede kalış süresi 3.7 gün. Beş hastaya transfüzyon yapıldı. Bir hastada laparotomiye geçildi.

**Sonuç:** Laparoskopik histerektominin cerrahi sonuçları daha tercih edilir olduğundan, açık histerektomiye alternatif bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, histerektomi  
**Türkçe Kısa Makale Başlığı:** Laparoskopik Histerektomi

### Abstract

**Objective:** The aim of our study is to present the total laparoscopic hysterectomy cases

**Methods:** Twenty patients who underwent laparoscopic hysterectomy from 2011 november to 2012 march were evaluated retrospectively. Intra-operative data such as operative time, estimated blood loss, complications, and hospital stay were analyzed

**Results:** Hysterectomies were performed mainly for myoma uteri and menorrhagia. Mean operation times were as 95 min (62-140min), two operative complications (one bladder injury and one intestinal serosal injury) occurred. Pre and postoperative hemoglobin level change was 1.95 gr/dl, duration of postoperative hospital stay 3.7 days. Five patients had blood transfusions. Laparoscopy were converted to laparotomy in one patient.

**Conclusion:** Laparoscopic hysterectomy is a preferred alternative to open hysterectomy because it is associated with a more favorable surgical outcome.

**Key words:** laparoscopy, hysterectomy  
**İngilizce Kısa Makale Başlığı:** Laparoscopic Hysterectomy

### İletişim Adresi

Uzm. Dr. Hasan Terzi / Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

**Tel:** 02623178017 - 05053515576 / E-Posta: drhterzi@yahoo.com

## Giriş

Histerektomi; disfonksiyonel uterin kanama, myoma uteri, uterovajinal prolapsus, endometriyozis, adenomyozis, pelvik inflamatuvar hastalık, pelvik ağrı, jinekolojik kanserler ve obstetrik komplikasyonları içeren çeşitli endikasyonlar nedeniyle jinekologlar tarafından en sık uygulanan majör operasyondur. Jinekoloji pratiğinde histerektomi tipleri uygulanan cerrahi sahasına göre abdominal veya vajinal, uygulanan tekniğe göre de laparoskopik olmak üzere üç farklı gruba ayrılabilir (1).

1988 yılına kadar histerektomi iki farklı yaklaşımla yapılmaktaydı. Birincisi, ilk kez Recamier (2) tarafından 1829'da yapılmış olan vajinal histerektomi (VH); ikincisi ilk kez İngiltere'de Charles Clay tarafından 1843'te yapılmış olan abdominal histerektomi'dir (3). 1988 yılında ise bu iki klasik yönteme ek olarak laparoskopik histerektomi (LH) tanımlanmıştır (1-4). Literatürde laparoskopik histerektomi veya laparoskopik asiste vajinal histerektomilerde abdominal histerektomilere göre daha az kan kaybı, azalmış analjezik ihtiyacı, hastanede yatma süresinin kısalması ve daha çabuk iyileşme olduğu belirtilmiştir (1-6). Araç, gereç, cerrahi teknikler ve eğitimde kaydedilmiş olan gelişmeler, total laparoskopik histerektominin, iyi tolere edilen ve etkin bir teknik haline gelmesini sağlamıştır. Bu teknik, hastalara ve cerrahlara getirdiği yararlar sayesinde, tüm dünyada giderek daha fazla benimsenmeye başlanmıştır(1-6).

Çalışmamızda kliniğimizde kısa sürede uygulanan ve tüm dünyada son yıllarda uygulanımı artan; total laparoskopik olgularını sunmayı amaçladık.

## Gereç Ve Yöntem

Çalışmamıza kasım 2011 ile mart 2012 tarihleri arasında Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran ve çeşitli endikasyonlar nedeni ile total laparoskopik histerektomi operasyonu uygulanan 20 hasta dahil edildi. Hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. SPSS programı kullanıldı, veriler ortalama  $\pm$  SD ( $\pm$  standart

deviasyon) ve yüzdelik değerler şeklinde belirtildi. Retrospektif olarak kliniğimizde uygulanan laparoskopik histerektomi olgularının; yaş, parite, geçirilmiş sezeryan ve jinekolojik operasyon öyküleri, operasyon süreleri, endikasyonları, preoperatif ve postoperatif hemogloblin farkları, komplikasyonları, hastanede kalış süreleri, laparotomiye geçme oranları ve kan transfüzyon sayıları değerlendirildi. Total laparoskopik histerektomi; litotomi pozisyonunda dört port, Ligasure ve Rumi uterin manipulatör kullanılarak yapıldı.

## Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen hastaların; yaş ortalaması 48.5 (43-57), parite ortalaması 2.5 (0-4), öncesinde sezeryan ile doğum yapanların oranı 7/20 (%35), geçirilmiş alt abdominal cerrahisi olanların oranı 2/20 (%10), ortalama operasyon süresi 95 (62-140) dk idi. en sık laparoskopik histerektomi endikasyonu myoma uteri ve menoraji (% 75) idi. Operasyon öncesi ve sonrası ortalama hemogloblin farkı 1.95 gr/dl , komplikasyon görülme oranı 2/20 (bir mesane perforasyon ve bir bağırsak seroza yaralanması) (%10), hastanede kalış süresi ortalama 3.7 gün, laparotomiye geçme oranı 1/20 (%5) idi. Kan transfüzyonu yapılan hasta oranı 5/20 (%25) olarak tespit edildi.

## Tartışma

Histerektomi, jinekologlar tarafından sık başvuru alan cerrahi tedavilerden biri olup endikasyon alanı oldukça geniştir; hayatı tehdit eden hastalıklardan, anormal uterin kanama gibi durumlara, gebelikten ve hastalıklardan korunmaya kadar geniş bir uygulama alanına sahiptir. Histerektomi endikasyonlarında uzun süreden beri değişiklik olmamakla birlikte, uygulanan yöntemler konusunda son zamanlarda alternatif uygulama seçenekleri artmaya başlamıştır (7). ACOG'da (American College of Obstetrics and Gynecology) belirtildiği gibi histerektominin tipinin seçilmesinde hastanın

anatomi ve cerrahın deneyimi oldukça fazla önem taşımaktadır (8).

Histerektomide laparoskopik yaklaşım gibi, yeni bir cerrahi tekniğin yaygın bir kullanım alanı ve endikasyonu bulması, bir zaman sürecinde testlerden başarıyla çıkmasına bağlıdır (9).

Laparoskopik histerektomide en büyük endikasyon grubu anormal uterin kanamadır (10). 300 olguluk bir yayında, tek başına myoma uteri % 40 ile en büyük endikasyon grubunu oluşturmaktadır (11). Bizim çalışmamızda anormal uterin kanama ile birlikte myoma uteri, % 75 ile en sık endikasyonu oluşturmaktadır.

Cooper ve arkadaşları, 174 olgudan oluşmuş laparoskopik histerektomi serilerinde; toplam 81 olgunun geçirilmiş pelvik laparotomi öyküsünün olduğunu belirtmişlerdir. Bu seride 7 olguda (%4) olguda mesane açılması ve uterovezikal adezyonlar nedeni ile laparotomiye geçilmiştir (12). Çalışmamızda; 7 (%35) olguda geçirilmiş sezeryan öyküsü, 2 (%10) olguda ise geçirilmiş alt batin cerrahi öyküsü mevcut idi. 1 olguda (%5) yoğun uterovezikal adezyonlar nedeni ile laparotomiye geçildi.

Chapron C ve arkadaşlarının 96 olguluk laparoskopik histerektomi serilerinde; ortalama kan kaybı 1,3 gr Hb olarak belirtilmiştir (13). Çalışmamızda operasyon öncesi ve sonrasında ortalama hemoglobin farkı; 1.95 gr/dl olarak tespit edilmiştir.

Cooper ve arkadaşlarının çalışmalarında, hastanede ortalama kalış süresi 2,6 gün (1-11 gün) olarak belirtilmiştir (12). Çalışmamızda ise ortalama hastanede kalış süresi 3,7 gün (3-7 gün) olarak tespit edilmiştir.

Laparoskopik histerektomide literatürde en çok vurgu komplikasyonlar ile ilgili yapılmıştır. Komplikasyonlar; damarsal, intestinal, üriner ve diğer komplikasyonlar olarak tanımlanmıştır. Cooper ve arkadaşları 174 olguluk serilerinde 16 (%9.1) damar komplikasyonu tanımlamışlardır (12) , Nezhat F ve arkadaşlarının 361 olguluk serilerinde ise 5 (%1.39) damar komplikasyonu tanımlanmıştır (10). Çalışmamızda damarsal komplikasyon görülmemiştir.

Shen CC ve arkadaşlarının 284 olguluk serilerinde; 6 (%2,11) olguda intestinal komplikasyon tanımlanmıştır (14). Çalışmamızda 1 olguda ileum serozal yaralanma izlenmiş ve laparoskopik onarılmıştır.

Malik E ve arkadaşlarının 106 olguluk serilerinde; 5 major ve 6 minör üriner komplikasyon izlenmiştir (15). Çalışmamızda 1 olguda mesane perforasyonu izlenmiş ve laparoskopik onarım yapılmıştır.

Operasyon süresi açısından literatürde çok geniş aralıklar bildirilmiştir. Nezhat F nin 361 olguluk çalışmasında ortalama operasyon süresi 138 (55-390) dk , Cooper MJW nin 174 olguluk serisinde ise ortalama operasyon süresi 131 (45-285) dk bildirilmiştir (10-12). Çalışmamızda ortalama operasyon süresi 95 (62-140) dk olarak tespit edilmiştir.

Sonuç olarak deneyimli cerrahlar tarafından uygulanan laparoskopik histerektomi hem hasta hemde cerrah için güvenli, konforlu ve avantajlı bir operasyondur ve komplikasyon oranları çok düşüktür.

## Kaynaklar

1. Davies A, Magos A. Indications and alternatives to hysterectomy. *Bailliere's Clin Obstet and Gynaecol* 1997; 11: 64- 7.
2. Cravello L, de Montgolfier R, D'Ercole C et al. Endoscopic surgery. The end of classic surgery ? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;75:103-106
3. Sutton C. Hysterectomy : a historical perspective. *Bailli\_ Clin Obstet Gynaecol* 1997;11:1-22.
4. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time ? *Lancet* 1995; 345: 36- 41.

5. Ferrari MM, Berlanda N, Mezzopane R et al. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. *British J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 620- 5
6. Raju KS, Auld BJ. A randomised prospective study of laparoscopic vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy with bilateral salpingooferection. *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101: 1068- 71.
7. A. Tazegül, A. Acar. Kliniğimizde Gerçekleştirilen Histerektomi Olgularının Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Derg* 2010;26(1):19-22
8. Kovac SR, Borhon S, Lister M, et al. Das; Guidelines for the selection route of hysterectomy: Application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1521-7
9. Wattiez A, Cohen SB, Selvaggi L. Laparoscopic hysterectomy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14:417-22
10. Nezhat F, Nezhat CH, Admon D, et al. Complications and results of 361 hysterectomies performed at laparoscopy. *J Am Coll Surg* 1995;180:307-16
11. Mehra S, Bokaria R, Gujral A, et al. Experience in laparoscopic hysterectomy: analysis of three hundred cases. *Ann Acad Med Singapore* 1996;25:660-4
12. Cooper MJW, Cario G, Lam A, et al. Complications of 174 laparoscopic hysterectomies. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1996;36:36-8
13. Chapron C, Dubuisson JB, Ansquer Y, et al. Hysterectomy with adnexectomy. Can operative laparoscopy offer advantages? *J Reprod Med* 1997;42:201-6
14. Shen CC, Lu HM, Chang SY. Characteristics and management of large bowel injury in laparoscopic assisted vaginal hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:35-9.
15. Malik E, Schmidt M, Scheidel P. Complications after 106 laparoscopic hysterectomies. *Zentrabl Gynakol* 1997;119:611-5