

## Jinekolojik Endoskopi Derneği

### Önsöz

Jinekolojik Endoskopi Derneği (JED)'nin e-Bülten'i, yeni sayısı ile tekrar sizlerle buluşuyor.

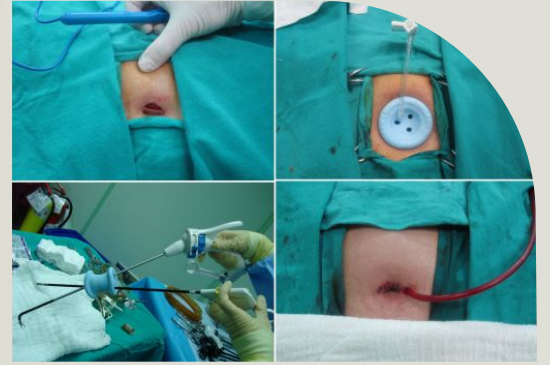
Sağlık ve başarı dolu günler dileği ile, Sevgi ve saygılarımı sunuyorum.



Prof. Dr. Fatih Şendağ  
JED Başkanı

### BU SAYIDA...

Yakın etkinlikler, Güncel konular, teknoloji haberleri ve makalelerden seçmeler yer almaktadır.



Bening adneksiyal hastalıkların cerrahi tedavisinde Single-Port Laparoskopi, konvansiyonel laparoskopiden daha az mı ağırlı?



65 Yaş ve Üstü Hastalarda, Artan Komorbidite Varlığında Jinekolojik Laparoskopinin Uygulanabilirliği ve Güvenliği

## VIDEO JOURNAL of GYNECOLOGICAL ENDOSCOPY AND ROBOTIC SURGERY

Volume: 1 Issue:1 Year: 2014

### Video Journal Yayın Hayatına Başladı !

Uzun yıllardır jinekolojik endoskopinin daha güvenli ve yaygın olarak kullanılabilmesi için büyük çabalar sarf eden "Jinekolojik Endoskopi Derneği"nin, siz değerli meslektaşlarımızın endoskopi alanındaki çalışmalarını bilimsel bir ortamda sunabileceği bir dergi oluşturulması çabalarının nihayete ulaştığını belirtmek isteriz.

Bu amaç doğrultusunda jinekolojik Endoskopi Derneği olarak "**Video Journal of Gynecological Endoscopy and Robotic Surgery**" adlı bilimsel elektronik dergimizin yayın hayatına başladığını sizlerle paylaşmaktan mutluluk ve onur duyuyoruz.

## Bening adneksiyal hastalıkların cerrahi tedavisinde Single-Port Laparoskopisi, konvansiyonel laparoskopiden daha az mı ağırlı?

Fertility and Sterility, 2012  
Christian Hoyer-Sørensen,  
Ingvild Vistad, ve Karen  
Ballard.

Department of Obstetrics and  
Gynecology, Sorlandet Hospital  
Health Authority, Kristiansand,  
Norway; and Department of  
Women's Health, Postgraduate  
Medical School, University of  
Surrey, Guildford, United  
Kingdom



### Özet

**Amaç:** Postoperatif ağrı ve kozmetik sonuçlarda, laparo-endoskopik tek portlu cerrahi (laparo-endoscopic single-site surgery) (LESS) ile klasik (konvansiyonel) laparoskopiyi karşılaştırmak.

**Plan:** Prospektif randomize kontrollü çalışma, Norveç

**Hastalar:** Benign adneksiyal hastalığı olan veya herediter kanser riski taşıması nedeniyle laparoskopik cerrahi planlanan 40 kadın hasta

**Sonuçlar:** Cerrahiden 24 saat sonra ağrıda fark saptanmadı.

(Konvansiyonel laparoskopide ortalama skor 3.0 (SD2.1), LESS'te 2,5 (SD1.5) ).Cerrahi sonrası 6. ve 24. saatte LESS'te daha fazla omuz ağrısı raporlandı. LESS'teki omuz ağrısının daha fazla olması, daha uzun operasyon süresi ile ilişkilendirilebilir. Manchester skar skalasına göre her iki yöntemde de kozmetik tatmin açısından farklılık saptanmadı.

Laparoskopi, laparotomiye göre daha

az invaziv ve potansiyel avantajları olan bir metod olarak 1970'li yıllarda sunuldu. En önemli avantajları: hastada postoperatif ağrının azalması, hastanın erken mobilizasyonu ve hospitalizasyon süresinin kısalmasıdır. Sonrasında mikro invaziv cerrahide morbiditeyi azaltmak amacıyla tüm aletlerin ve optiğin umblükustan tek trokar ile girilerek kullanıldığı yöntem geliştirildi. LESS (laparo-endoscopic single-site surgery) prosedürü uygulanan ilk vaka 20 yıl önce yayınlandı.

Yakın dönemde, randomize kontrollü çalışmalarda (6-11) erken postoperatif dönemde (ilk 4 saat) LESS (laparo-endoscopic single-site surgery) ile opere olan hastalarda konvansiyonel laparoskopiyeye göre daha az postoperatif ağrı bildirildi. Aynı çalışmalarda LESS ile kozmetik sonuçların daha iyi olduğu da raporlandı.

Bu çalışmanın amacı, bu limittli kanıtlar ışığında LESS ve konvansiyonel laparoskopi sonrası hastaların kozmetik memnuniyeti ve postoperatif ağrı hislerinin karşılaştırılmasıdır.

## Ethicon ENSEAL G2 Artikülasyonlu Damar Mühürleme Probu

Ethicon-Johnson & Johnson firması 2014 yılıyla beraber Endoskopik Cerrahi'de kullanılmak üzere ENSEAL G2 Damar Mühürleme teknolojileri portföyüne 'Artikülasyonlu ENSEAL' ürününü ekledi. Diğer ENSEAL ürünleri gibi 7 mm damar mühürleme kapasitesine sahip ürün, 5 mm'lik trokarlar ile endoskopik cerrahide kullanılabilir. Artikülasyon özelliği, özellikle büyük uteruslara yönelik endoskopik girişimler ve tek port cerrahi için özel avantajlar sağlarken, aynı zamanda damar mühürleme sırasında etkin sonuç için gerekli



olan damara 90 derece ile yaklaşıma imkan vermektedir.

Tüm ENSEAL ürünlerinde bulunan I-BLADE teknolojisi çene boyunca üstün kompresyon sağlayarak cerrahi sırasında güvenli bir mühürleme deneyimi sunmaktadır. Ek olarak ENSEAL ürünlerinin elektrot konfigürasyonu ve çene dizaynı endoskopik girişimler sırasında termal hasarı ve duman yayılımını benzer teknolojilere göre önemli ölçüde azaltmaktadır.

# JED BÜLTEN

**METOT:** Aralık 2010 ve Ağustos 2011 tarihleri arasında Sorlandet Hospital Kristiansand'a refere edilen benign ovaryan hastalığı olan veya herediter kanser riski taşıyıcıları nedeniyle laparoskopik planlanan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaşından büyük olma, benign adneksiyal kitle ya da herediter kanser riski taşıma nedeniyle operasyon endikasyonu konmasıydı. Amerikan Anesteziyolojist Skoru 1 ya da 2 olan kadınlar ve ovaryan kist boyutu 6 cm ve daha küçük olan kadınlar çalışmaya dahil edildi.

Çalışmadan çıkarılma kriterlerine göre; 6 cm'den büyük ovaryan kistik kitlesi, endometrioma ön tanılı adneksiyal kitlesi, daha önce konmuş endometriozis tanısı ve kronik pelvik ağrı öyküsü, bilinen ciddi intraabdominal adezyon varlığı, günlük analjezik kullanımı olan ve aydınlatılmış onam veremeyecek hastalar çalışmadan çıkarıldılar.

Ağrı hesaplaması için cerrahiden 24 saat sonra 1'den 10'a kadar olan ağrı skalası kullanıldı. Manchester skar skalası kozmetik değerlendirme için kullanıldı. Randomizasyon güvenli bir şekilde kapalı zarflarla sağlandı.

Operasyon süresi, kan kaybı, operatif komplikasyonlar ve geç komplikasyonlar kaydedildi. Operasyondan 6 ve 24 saat sonraki genel ağrı değerlendirilmesi, omuz ağrısı ve kozmetik tatmin kaydedildi.

**CERRAHİ TEKNİK:** Operasyondan yaklaşık 1 saat önce bütün hastalara 1,5 gr oral parasetamol, 100 mg diklofenak ve 10 mg oksikodon verildi. Bütün hastalara genel anestezi altında orogastik ve idrar sondası takıldı.

LESS uygulanacak hastalara, umblikustaki 2 cm'lik insizyon (steril cetvelle ölçüldü) öncesi 10 ml (%0.5) markain lokal anestetik olarak uygulandı. Rektus fasyası keskin insizyonla tek multiport trokar (Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery; Olympus Winter & IBE) ile geçilerek peritoneal kaviteye girildi. CO2 insüflasyonu ile batin içi basınç 12 mmHg tutuldu. Optik olarak 5 mm'lik 30° teleskop (EndoEye; Olympus Winter & IBE) kullanıldı. Diagnostik peritoneal lavaj yapıldı. Hasta trendelenburg pozisyonuna alındı. Adneksiyal kitleler, açılı aletler kullanılarak eksize edilip dışarıya alındı.

Konvansiyonel laparoskopide umblikustaki 1 cm'lik insizyon öncesi 5ml (%0.5) markain lokal anestetik olarak kullanıldı. Batin içine açık Hasson tekniği ile girildi. Aynı şekilde batin içi basınç 12 mmHg tutuldu. Diğer 3 insizyon öncesi de 5ml (%0.5) markain lokal anestetik olarak uygulandı. İki adet 5 mm'lik trokar sağ ve sol alt batin kadrantlarına, 12 mm'lik bir trokar da simfizisin 2 cm üzerine orta hattan girildi. Diagnostik peritoneal lavaj yapıldı. Hasta trendelenburg pozisyonuna alındı. Adneksiyal kitleler eksize edilip dışarıya alındı.

Operasyondan 2 saat sonra hastalara ağrılarının ve analjezik ihtiyaçlarının olup olmadığı soruldu. Analjezik ihtiyacı duyan hastaya 1 g parasetamol ve 50 mg diklofenak verildi. 30-60 dk sonra ağrı durumları sorgulanarak hala ağrısı geçmeyen hastaya 30 mg kodein verildi. 6. ve 24. saatlerde 1'den 10'a kadar olan ağrı skalası hastalara uygulandı. Profilaktik antibiyotik uygulanmadı. 1 hasta hariç tüm hastalar postoperatif 1. günde taburcu edildi. Operasyondan 72 saat sonra sağlık görevlileri tarafından hastaların analjezik ihtiyaçları ve kullanımları sorgulandı.

Cerrahiden 2 ay sonra skarlardan kozmetik memnuniyet 1'den 5'e kadar memnuniyetsizlik ve tamamen memnuniyet arasında derecelendirilerek sorgulandı. Bu değerlendirme skarın rengini, matlığını veya parlaklığını, keloid oluşup oluşmamasını, sert yada yumuşak oluşunu, düzgün sınırlı olup olmadığını ve büyüklüğünü içeren Manchester skar skalası ile yapıldı (5-28 arası). Yüksek skor klinik olarak kötü skarı belirtti.

**SONUÇ:** 42 kadın hastadan 2'si çalışmanın parçası olmak istemediği için 40 kadın randomize edildi. İki grup da yaş, vücut kitle indeksi, geçirilmiş cerrahi ve operasyon endikasyonu açısından benzerdi. LESS grubunda, konvansiyonel laparoskopik gruptan daha fazla premenopozal kadın mevcuttu.

**Postoperatif Ağrı:** 6 saat sonraki ortalama ağrı skoru, LESS grubunda 2.2 (SD 2.1), konvansiyonel laparoskopik grubunda 1.9 (SD 1.7) idi. (P:0.62) 24 saat sonraki ortalama ağrı skoru, LESS grubunda 3.0 (SD 2.1), konvansiyonel laparoskopik grubunda 2.5 (SD 1.5) idi. (P:0.35) İki gruptaki ağrı skorlamasında anlamlı farklılık saptanmadı.

LESS uygulanan hastalar, konvansiyonel laparoskopik grubuna göre daha fazla omuz ağrısı bildirdiler. Cerrahi sonrası 6. saatte ortalama omuz ağrısı LESS grubunda 2.4 (inter-quartile range [IQR] 5), konvansiyonel laparoskopik grubunda 0.6 ([IQR]0) olarak tespit edildi. (U = 119.5; P=0.01) 24 saat sonraki ortalama omuz ağrısı skoru 3.1 (IQR 4), konvansiyonel laparoskopik grubunda 1.4([IQR]2) olarak tespit edildi. (U = 123; P=0.03)

Cerrahi sonrası 24. ve 72. saatteki analjezik kullanımı benzer tespit edildi.

**Kozmetik Sonuçlar:** Manchester skar skalası ile sonuçlar iki grupta da benzer olarak değerlendirildi. LESS grubundaki 17 hasta ve konvansiyonel laparoskopik grubundaki 15 hasta operasyon skarından tamamen memnundu.

# JED BÜLTEN

Manchester skar skalası ortalama skoru LESS grubunda 10.4 (SD 2.6), konvansiyonel laparoskopi grubunda 11.1 (SD 2.6; P=0 .46) idi.

**Operasyon Verileri:** LESS grubunda ortalama operasyon süresi 42 dakika ([IQR]14), konvansiyonel laparoskopi grubunda 31 dakikaydı ([IQR]7). (P=0.03) Hiçbir hastanın operasyon esnasındaki kan kaybı 50 ml'yi geçmedi. LESS grubunda 17, konvansiyonel laparoskopi grubunda 18 hastaya bilateral salpingooferektomi, unilateral salpingooferektomi, kistektomi ve ooferektomiden biri uygulandı.

LESS grubunda 20 hastadan 3'ünde pelvik adezyonlar saptandı; adezyoliz ihtiyacı saptanmadı. Konvansiyonel laparoskopi grubunda 20 hastadan 5'inde pelvik adezyonlar saptandı; 4'ünde adezyoliz yapıldı.

LESS grubunda adneksiyal kitle boyutu ortalama 45 mm ([IQR]22), konvansiyonel laparoskopi grubunda adneksiyal kitle boyutu ortalama 44 mm ([IQR]21) saptandı. ( P=0 .68)

İntra operatif komplikasyon yaşanmadı. Cerrahi sonrası 1 hastada üriner retansiyon yaşandı ve birkaç kez kateterize edildi. 3 gün sonra herhangi bir mesane problemi olmadan hastaneden taburcu edildi. LESS grubunda 2 hastanın yüzeysel yara yeri enfeksiyonu gelişti. Bunlardan 1 tanesi antibiyoterapi ile tedavi edildi. Cerrahi sonrası 2. ayda bütün hastaların insizyonları iyileşti.

**TARTIŞMA:** Bu çalışma LESS ile konvansiyonel laparoskopik cerrahiye ağırlı yönünden karşılaştıran 2. randomize kontrollü çalışmadır. Önceki çalışmada (11) çalışmamızın sonuçlarının aksine postoperatif 4. saatte LESS grubunda daha az ağırlı semptomunun olduğu raporlanmıştı ve postoperatif 20. dakika ve 8. saat arasında standardize edilmiş bir ağırlı skorlaması uygulanmıştı. Biz çalışmamızda postoperatif 1. saatteki ağırlının verilen genel anesteziyelerden etkileneceğini düşünerek postoperatif 24. saati değerlendirmeyi tercih ettik.

Ayrıca çalışmamızda, Fagotti ve ark.'nın bulgularının aksine, postoperatif analjezik kullanımını 2 grupta da benzer tespit edilmesinin yanı sıra, LESS grubunda daha şiddetli postoperatif omuz ağrısı olduğu saptadık. Bu bulguyu LESS uygulanan grubun operasyon süresinin daha uzun olmasıyla ilişkilendirdik. Farklı olarak Fagotti ve ark. çalışmalarında LESS grubu ve konvansiyonel laparoskopik operasyon sürelerini benzer tespit etmişlerdi. (52 dk,56 dk) LESS grubunda aletlerin uygulamaları ile ilgili problemler, aletler ve yöntemler geliştirilerek ileriki dönemde daha uzun operasyon süresi ihtimalini ortadan kaldırdığına öngörüldü.

Diğer çalışmalarda LESS gruplarında daha uzun operasyon süreleri bildirmişlerdi. (7,9) Bizim çalışmamızı gerçekleştiren 2 cerrahın daha önce en az 15 LESS prosedürü uygulaması temel alınarak, cerrahların deneyim kazanması ile operasyon sürelerinin kısıllacağı düşünülmektedir.

Postoperatif omuz ağrısının en olası nedenleri: operasyon esnasında kullanılan gazın retansiyonu (15), operasyon sırasındaki yüksek intraabdominal basınç (16) ve diatermiye bağlı oluşan dumanın yavaş absorpsiyonudur. Objektif olarak ölçülememesine rağmen çalışmamızda, her iki grupta da yaklaşık aynı miktarlarda diatermi ve aynı intraabdominal basınçlar kullanılmıştır. Belki de tek porttan CO<sub>2</sub>'nin yeterli çıkarılması sağlanamamaktadır.

Fagotti ve ark. yine kozmetik sonuç olarak, LESS grubunun doktor ve hasta açısından daha fazla tatmin sağladığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda iki grupta da benzer memnuniyet sağlanmıştır. Ayrıca endikasyonlarımız kozmetik amaçlı da değildir.

Çalışmamızın kuvvetli tarafları; benzer özelliklerdeki çalışma grupları, takip altındaki hastalardan kayıp verilmemiş olması, 2 gruba da eşit tedavi ve cerrahilerin aynı 2 cerrah tarafından yapılmasıdır. Çalışmamızın limitleri; cerrahlar ve sağlık çalışanları hangi prosedürün uygulandığını insizyonlardan görmüşlerdir. Çalışmaya başlamadan önce çalışmaya katılacak cerrahların 25-50 arası LESS prosedürü uygulamış olma gereklilikleri de tartışılabilir. LESS enstrumanlarına ve tekniklerine hakimiyet operasyon süresini kısaltacaktır. Ama retrospektif bir çalışma cerrahi profesyonelliğin 10-15 vaka ile sağlanabileceğini bildirmiştir (17). Ayrıca belirgin bir şekilde LESS grubunda premenopozal vaka sayısının fazlalığı bu çalışmanın zayıflıklarındandır. Premenopozal ve menopozal dönemdeki olası ve nihai tanımlar arasındaki fark nedeniyle LESS grubunda 3 vakada dermoid kist eksize edilmiş; fakat konvansiyonel laparoskopik grubunda dermoid kist tanılı vaka bulunmamıştır. Neyse ki 3 dermoid kist vakası da kist rüptüre edilmeden eksize edilebilmiştir. Böylece bu vakalarda daha fazla ağırlı beklentimiz olmamıştır.

Bu çalışma, LESS'in daha iyi kozmetik sonuçlar ve daha az ağrıyla benign adneksiyal kitlelere yaklaşımda cerrahi bir prosedür olarak kullanılabileceğini; fakat az deneyimli ellerde daha uzun operasyon süreleri ve daha fazla omuz ağrısına yol açabileceğini göstermektedir.

LESS hala erken evrelerini yaşamaktadır. Açılı enstrumanları hala optimal fonksiyonla kullanılamamaktadır ve gelişime ihtiyaç duymaktadır. Medikal endüstrisinin klinisyenlerle birlikte çalışmasıyla LESS'in gelişimi sağlanmalıdır.

## 65 Yaş ve Üstü Hastalarda, Artan Komorbidite Varlığında Jinekolojik Laparoskopinin Uygulanabilirliği ve Güvenliği

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2014

Andrea Ciavattini , Jacopo Di Giuseppe , Stefano Cecchi , Dimitrios Tsiroglou , Francesca Manciola , Guido Stevenazzi , Andrea L. Tranquilli , Pietro Litta.

Woman's Health Sciences Department, Polytechnic University of Marche, Ancona, Italy b Department of Gynaecological Sciences and Human Reproduction, University of Padova, Padova, Italy

Özet:

**Amaç:** Uygulanabilirliği

değerlendirmek için, 65 yaş ve üstü artmış komorbiditesi ve obezitesi olan hastalarda yapılan jinekolojik laparoskopik operasyonların sonuçlarını ve postoperatif komplikasyonlarını incelemek.

**Çalışma dizaynı:** Ocak 2009 - Aralık 2011 tarihleri arasında minimal invaziv jinekolojik cerrahi birimlerine başvuran, uterin veya ovarian hastalığı olan, 65 yaş ve üstü hastaların tıbbi kayıtları retrospektif gözlemsel kohort çalışmasında analiz edildi. Genel jinekolojik cerrahi servislerinde laparotomi yapılan (n=67) hastanın sonuçları ile laparoskopik kohort sonuçları (n=65), cerrahi endikasyon, medikal komorbidite ve obezite açısından değerlendirildi. Laparoskopik cerrahi, minimal invaziv yöntemi kabul eden ve laparotomi için kesin kontrendikasyonları olmayan hastalarda uygulandı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; benign ve malign uterin ve ovarian hastalıklar, benign

uterin patolojiler, 10 cm veya 18 haftadan küçük cesamette myomlar ve malignite olarak (açıkça belirgin) erken evre hastalık olarak belirlendi. Sitoreduktif cerrahi ya da debulking için laparoskopik cerrahi düşünülmüdü. Dışlanma kriteri olarak acil operasyonlar veya eşlik eden ürojinekolojik prosedürler sayıldı. Bilgiler Student t-testi, Mann-Whitney U testi, x2 testi ve Fisher kesin testi kullanılarak analiz edildi.

**Sonuçlar:** Medikal komorbiditesi ne olursa olsun laparotomi yapılan hastalara göre laparotomi yapılan hastalar; daha kısa hastanede kalma süresi ( $p < 0.001$ ), daha az intraoperatif kanama ( $p < 0.001$ ), daha az postoperatif hemoglobin düşüşü ( $p < 0.001$ ), daha az kan transfüzyonu ( $p = 0.007$ ) ve genel olarak daha az komplikasyon oranına sahipti. Laparotomi yapılan obez hastalarda daha az intraoperatif kanama ve küçük bir postoperatif hemoglobin düşüşünden başka komplikasyon gözlenmedi. 70 yaş üstü (80 vaka) laparotomi yapılan grupta (39 vaka) birkaç postoperatif komplikasyon ile

## GELECEK KONGRE VE ETKİNLİKLER

Değerli meslektaşlarımız, 2014 yılında Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında yapılması planlanan ulusal ve uluslararası endoskopi alanındaki kongre ve etkinlikler sunulmuştur :

**28.05.2014 - 21.06.2014**

2nd National Congress of Minimally Invasive Surgery in Gynecology, Timisoara, Romanya.

**30.06.2014 - 01.07.2014**

Laparoscopic Hysterectomy and Advanced Hysteroscopic Surgery Masterclass, Newcastle, İngiltere.



# JED BÜLTEN

birlikte daha az intraoperatif kanama ve küçük bir hemoglobin düşüşü izlendi.

**Yorum:** Çalışmanın sonuçlarına göre laparoskopik cerrahi, komorbidite ve obeziteden bağımsız olarak yaşlı hastalarda uygulanabilir ve güvenlidir.

**Giriş:** 2011 yılında İtalya'da yapılan son ulusal İstatistik Enstitüsü'nün (ISTAT) nüfus sayımına göre ülke nüfusunun %20,3'ü 65 yaş üzerindedir. Yaşlı kadınların artan oranda cerrahi danışma ve müdahale ihtiyacı olmaktadır. Bazı randomize kontrollü çalışmalar yaşlı hastalarda laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye göre intraoperatif kanama, postoperatif komplikasyonlar, ağrı ve hastanede kalma süresi açısından avantajlarını ortaya koymuştur; ancak jinekolojide mevcut veriler yetersizdir. Daha önce yapılan bir çalışma açık ve laparoskopik adneksotomi yapılan hastaları karşılaştırmış ve ikinci grupta daha az hastanede kalma süresi olduğunu göstermişti. Gezzi ve ark. 70 yaş ve üstü laparoskopi uygulanan hastalarda hastanede kalma süresi, kan transfüzyonu ve postoperatif komplikasyonlar açısından daha iyi sonuçlar bildirmişti.

Laparoskopi birçok jinekolojik hastalıkta altın standart olmaya başladığından beri bu şekildeki gözlemsel çalışmaların amacı; 65 ve üstü yaşlı hastalarda laparoskopik operasyonların sonuçları, postoperatif komplikasyonları, uygulanabilirliği ve artan morbiditeyle birlikte laparotomik ve laparoskopik cerrahinin sonuçlarını karşılaştırmak olmuştur. Artmış medikal morbiditesi, obezitesi ve daha önce abdominal operasyonu olan hastalarda laparoskopik histerektominin morbiditesi ile ilgili az sayıda döküman mevcuttur ve yaşlı kadınlara laparoskopik cerrahi yaklaşım hakkında detaylı literatur yoktur. Yaşlı ' kelimesi biraz keyfi bir tanımlama olmasına rağmen, mevcut yayınlar 65 yaş ve üzerine yoğunlaşmıştır. Çünkü birçok gelişmiş ülke bu kronolojik yaşı 'yaşlı kişi' olarak tanımlamaktadır.

**Materyal ve yöntem:** Ocak 2009 - Aralık 2011 tarihleri arasında Marche Politeknik Üniversitesi, Ancona ve Padova Üniversitesi hastanelerinin minimal invaziv jinekolojik cerrahi servislerinde yatan 65 yaş ve üstü uterin ve ovaryan hastalığı olan hastaların medikal kayıtları, retrospektif gözlemsel çok kurumsal kohort çalışmasında (II-2 Kanada Görev Gücü Dağılımı Çalışma Tasarımı/I-2 Canadian Task Force Classification of Study Design) analiz edildi. Çalışma kurumsal inceleme kurulu tarafından onaylandı. (RE: IRB-03-2012 Marche, Ancona, İtalya Politeknik Üniversitesi)

Laparoskopik cerrahi, minimal invaziv yöntemi kabul eden ve laparoskopi için kesin kontrendikasyonları olmayan hastalarda uygulandı.

Özellikle cerrahi dahil edilme kriterleri, benign ve malign uterin ve adneksiyal patolojilerdi (myom, endometrium ve serviks kanseri, adneksiyal kitle). Bening uterin patolojiler; 10 cm veya 18 haftadan küçük cesamette myomlar, malignite olarak preoperatif görüntüleme veya laparoskopik inspeksiyonda gross metastaz bulgusu olmayan, organa sınırlı erken evre kanser vakaları. Sitordüktif cerrahi ya da debulking için laparoskopi düşünülmedi. Hiçbir hasta tümör çapı, obezite, önceki cerrahi öyküsü ya da öngörülen rezeksiyon güçlüğü nedeniyle laparoskopi için dışlanmadı. Laparoskopi için kontrendikasyonlar; anestezi için kontrendike olan pnömoperitoneum, sınırlı vajinal geçiş veya morskelerator gerektirecek kadar büyük uterus ve MRI'da lenfadenopati varlığıydı.

Acil opere edilen ya da üretral suspensiyon, vajinal tamir ya da sakrokolpopeksi gibi ürojinekolojik ek müdahalelerde bulunulan hastalar, bu prosedürlerin intraoperatif ve postoperatif farklı hususlar içermesinden dolayı çalışmaya dahil edilmedi.

Ciddi kardiopulmoner hastalıkları olan kadınlar anestezi ekibinin yetkilisine konsulte edilerek laparoskopik cerrahiye alınmadı. Kardiopulmoner hastalık; kardiyak yetmezlik, MI öyküsü, unstabil anjina ya da kontrol edilemeyen ya da trendelenburg pozisyonunda uzun süre kalamayacak olan obstruktif pulmoner hastalık olarak belirlendi.

Laparoskopik kohort grubu; aynı merkezlerin genel jinekoloji servisinde laparoskopi yapılmayacak olan hastalardan arka arkaya, cerrahi endikasyon, prosedür ve yaş için aynı dahil etme kriterleri uygulanarak eşleştirildi.

İki tip operasyonun ikisi de (laparotomi - laparoskopi) jinekolojik cerrah tarafından yapıldı. Her cerrah elektif olarak açık ya da minimal invaziv cerrahi yapılan servisin elemanıydı. Laparoskopik ameliyatlarda bir jinekolojik cerrah ve laparoskopi altyapısı iyi bir fellow tarafından yapıldı. Benzer olarak laparotomik operasyonlar bir jinekolog cerrah ve jinekolojik laparotomi ekibine dahil bir fellow tarafından yapıldı.

Bütün kadınlara prosedür hakkında bilgi verildi ve onamları alındı. Yazılı bilgilendirilmiş onam her kadından alındı.

Amerikan Anestezi fiziksel durumu sınıflandırma sistemi (ASA skoru), vücut kitle indeksi (VKİ), diyabet, hipertansiyon, dislipidemi veya kalp-damar hastalıkları, tiroid hastalıkları, malignite öyküsü, önceki gebelik, menopoz yaşı ve abdominal cerrahi öyküsü gibi preoperatif

# JED BÜLTEN

değişkenler özellikle dahil edildi. Çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan cerrahi laparoskopik ve laparotomik tekniklerin detaylı bir açıklaması başka bir yerde sunuldu. Ameliyat süresi, intraoperatif kanama, postoperatif hemoglobin ve hematokrit düşüşü, ameliyat öncesi ve sonrası lökosit farkı ve taburculuk süreleri incelendi. Operatif komplikasyonlar bağırsak, mesane, üreter veya vasküler yaralanmalar olarak tanımlandı ve laparotomiye dönüşüm dahil edildi. Ameliyat süresi insizyonun başlamasından soyunmaya kadar geçen süre olarak tanımlandı. Intraoperatif kanama miktarı ameliyatın sonunda kontrol edilen kaplarda biriktirilerek elde edildi.

Postoperatif sonuçlara, önceki cerrahi ile ilgili bir durum için hastaneye yeniden yatış ve reoperasyon da dahil edildi. Postoperatif komplikasyonlar prosedürden kaynaklanan ve ameliyat sonrası 30 gün içerisinde meydana gelen herhangi bir olumsuz olay olarak tanımlandı. Anemi 7.5 g/dl'den daha düşük hemoglobin düzeyleri olarak tanımlandı. Ateş, ameliyat sonrası ilk gün hariç olmak üzere en az altı saat aralıklarla iki ardışık ölçümde vücut sıcaklığının 38,8°C olması olarak tanımlandı. Hastanede kalış süresi, hastaneye kabuldü taburculuğa kadar olan süre olarak tanımlandı.

**İstatistiksel analiz :** Veriler Student t-testi, Mann-Whitney U testi, x2 testi ve Fisher kesin testi kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama (standart sapma) olarak ifade edildi ve parametrik olmayan değişkenler medyan ve dağılım aralığı olarak ifade edildi.  $P < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Sonuçlar:** Çalışma grubunun ana demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Ortalama yaş 70.2'ydi (aralık: 65-87 yaş), ve artan tıbbi komorbidite ve obezite laparoskopik kohort ve laparotomik grup arasında anlamlı bir fark olmadan, hastaların % 71,2 ve % 21.2'sinde gözlemlendi.

Cerrahi endikasyonlara göre cerrahi sonuçlar, Tablo 2'de gösterilmiştir. Benzer operasyon süresi her iki grupta da görülmüştür. Laparoskopi yapılan hastalar, laparotomi yapılan kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha kısa hastanede kalış, önemli ölçüde daha düşük intraoperatif kanama, küçük bir postoperatif hemoglobin düşüşü, kan transfüzyonuna daha az ihtiyaç ve genel olarak daha az komplikasyon insidansı olduğu bulunmuştur.

Laparoskopik cerrahi tedavi uygulanan hastalarda komplikasyonlar intraoperatif ve vajinal cuff dehisansı (n=1), kardiyak enzimlerde artış ya da patolojik ekg bulgusu olmayan çarpıntı (n=1), özellikle sol trokar yerinde hematoma olmadan oluşan pelvik ağrı (n=1); ancak hiç laparotomiye dönüşüm yapılmadı.

Laparotomi grubunda görülen komplikasyonlar postoperatif ve dehisans ile yara enfeksiyonu (n=2), vajinal kaf dehisansı (n=2), cilt altı hematoma (n=5), derin ven trombozu (n=1) ve re-laparotomi gerektiren hemoperitoneum (n=1) idi. 70 yaş (80 olgu) üzerindeki hastalarda, laparoskopik grup (39 olgu), birkaç postoperatif komplikasyonu (5.1% vs 12.2%; anlamlı değil) olan laparotomi grubuna göre, daha az intraoperatif kanama ( $28.7 \pm 49.2$  vs.  $253.1 \pm 133.4$  ml;  $P < 0.001$ ) ve daha küçük bir hemoglobin düşüşü ( $0.7 \pm 0.6$  vs.  $2 \pm 1$  gr/dl;  $p < 0.001$ ) oranına sahipti.

Benzer şekilde, obezite (BMI  $\geq 30$ ) varlığında, artan tıbbi komorbidite ya da ASA skoru 2 puan olan laparoskopik grubu laparotomi grubuna göre anlamlı derecede daha küçük postoperatif hemoglobin düşüşü, önemli ölçüde daha az intraoperatif kanamaya ve genel olarak daha düşük komplikasyon insidansına sahipti. (Tablo 2)

Analiz laparoskopi yapılan hastalar ile sınırlandırıldığında, sadece obez hastalarda BKİ  $< 30$  olan kadınlara göre daha uzun ameliyat süresi belirlendi ( $153.4 \pm 71.6$  vs  $84.3 \pm 68.9$ ,  $p < 0.01$ ). Artan medikal komorbiditenin intraoperatif ve postoperatif sonuçlara hiçbir negatif etkisi yoktu; geçirilmiş laparotomisi olan hastaların (36 vaka) geçirilmiş laparotomisi (23 vaka) (4 (aralık 3-5) ve 3 (aralık 2-5) gün ; $p=0,11$ ) ve laparoskopisi (6 vaka) (4 (aralık 3-5) ve 3 (aralık 2-4) gün ; $p=0,029$ ) olmayan hastalara göre daha uzun hastanede kalma süresi olduğu görülmüştür. Anlamlı olmamakla birlikte, daha önce geçirilmiş cerrahi veya laparoskopi öyküsü olmayan kadınlara kıyasla, geçirilmiş laparotomisi olan kadınlarda febril morbidite ve daha uzun bir operasyon süresi kaydedildi. Post-operatif komplikasyonlar daha önce laparotomik apendektomi yapılan, intrapelvik yapışıklıkları olan iki hastada gözlemlendi. Bu hastalarda ayrıca operasyon süresi daha uzundu; postoperatif ağrı ve çarpıntı gelişti. Daha önce laparoskopi öyküsü olan hastalarla hiç cerrahi öyküsü olmayan hastalar arasında operatif ve postoperatif sonuçlar açısından hiçbir fark gözlenmemiştir.

**Yorumlar:** Sağlık ve teknoloji alanında sürekli gelişmelerle, özellikle Batı ülkelerinde, yaşam beklentisi artmıştır. Geleneksel ve minimal invaziv laparotomik işlemlerle karşılaştırıldığında, laparoskopik cerrahi daha az postoperatif ağrı, daha iyi akciğer fonksiyonu, azalmış ileus ve daha kısa hastanede kalış süresi sağlar. Bu çalışma, bu avantajların aynı zamanda yaşlı hastalar için de geçerli olup olmadığını belirlemek için tasarlanmıştır.

# JED BÜLTEN

Tahmin edilebileceği gibi yaşlı hastalarda kalp hastalıkları, diyabet, kanser gibi yüksek komorbidite insidansı mevcuttur ve cerrahi risk, doğrudan bir hastanın yandaş komorbiditesi ile ilişkilidir. ASA skoru başlangıçta cerrahlar için tasarlanmamış olmasına rağmen, doğrudan bir hastanın yandaş komorbidite sayısı ile ilişkilidir. Laparoskopik ve laparotomik gruplar arasında, preoperatif değerlendirme için kullanılan tipik bir model olan ASA skoru ve komorbiditeler arasında önemli farklar bu gözlemsel kohort çalışmada kayıtlı değildi. Yaşlı hastalarda gerçekleştirilen laparoskopik prosedürlerin daha zor olacağı zannedilmesine rağmen; herhangi bir teknik zorlukla karşılaşmadan yapılan laparoskopik vakalarda laparotomik yöntemle kıyasla, önemli ölçüde daha kısa ameliyat süresi, daha az kanama ve daha az ameliyat sonrası komplikasyon mevcuttur.

Özellikle laparoskopi geçiren yaşlı hastalarda, uzun süreli bir pnömoperitonum ve aşırı trendelenburg konumuna ilişkin potansiyel olumsuz hemodinamik etkileri ile ilgili bir hipotez mümkün olabilirdi, ama hiçbir anesteziyolojik, kardiyovasküler veya pulmoner sorunlar işlemler sırasında kaydedilmedi. Ayrıca, kohort sonuçları analizi; geleneksel açık cerrahi ile karşılaştırıldığında laparoskopinin bir dizi kısa dönem avantajlarını gösterir. Ek olarak 70 yaş ve üstü yaşlı hasta grubunda kısa hastanede kalış süresi (3 gün, aralık 2-5) geriatric popülasyonla özellikle alakalı olup büyük bir ameliyata dayanabilecek ancak postoperatif komplikasyonları tolere edemeyecek yaşlı kadınlarda, açık prosedürlere göre daha hızlı bir toparlanma, temel organ fonksiyonlarına dönme ve daha az postoperatif komplikasyonlara sebep olması açısından önemlidir. Araştırmanın ilginç bir sonucu, obez hastalarda laparoskopik yaklaşımın olumlu sonuçları ve uygulanabilir olduğudur; ancak serilerde az sayıda yaşlı hasta olduğundan kesin sonuçlar sağlamamaktadır.

Bazı komorbiditeler ve obezite aslında laparoskopik yaklaşım için rölatif kontrendikasyon olarak görülürdü. Çeşitli çalışmalar obez hastalarda laparoskopik cerrahinin uygulanabilir ve güvenli olduğunu gösterdiği için bu tutum son yıllarda değişti. Bu hastalarda esas sorunlar yara yeri komplikasyonları ve postoperatif iyileşme ile ilgilidir ve laparoskopi ile ilişkili komplikasyonlar laparotomiye geçilen hastalarda görülür. Ayrıca, raporlar obez hastaların minimal invaziv tekniklerden en fazla fayda gören grup olduğunu göstermiştir. [25] Bu yorumlara göre, bu hastalarda amacın laparotomiden kaçınmak olduğu açıktır. Bu çalışmada laparotomiye dönüşüm hiç olmadı ve hastanede kalış süresi kısa oldu.

Raporlar abdominal cerrahi öyküsü olmasının laparoskopik ameliyat sırasında komplikasyon sıklığı ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir, çünkü geleneksel umbilikal yöntem organlarda yapışıklığa neden olabilmektedir. Laparotomi sonrası batin içi yapışıklık insidansı %30 ve %90 arasında değişmektedir. Bu durum, özellikle bu hastalarda laparoskopik cerrahiden kaçınmak için hekimleri yönlendirebilir ve özellikle yaşlı kadınlarda, herhangi bir yerdeki komplikasyon önemli bir olumsuz etki yapabilir. Bu çalışma, yaşlı kadınlarda abdominal cerrahi sonrası laparoskopik yaklaşımın uygulanabilirliği ve pozitif sonuçlarını değerlendiren bu türdeki ilk çalışmadır. Komplikasyonlardan kaçınmak ve umblikus altında yapışık organları doğrudan vizüalize etmek için umbilikal açık bir yöntem uygulanabilir. Ancak daha önce geçirilmiş abdominal cerrahi laparoskopide adezyolizis gerektireceğinden daha uzun ameliyat süresi, daha uzun hastanede kalış ve febril morbiditeye yol açar. Önceki ameliyat laparoskopik iken, ameliyat süresi ve hastanede kalış süresi açısından anlamlı farklılık gözlenmemiş ve herhangi bir komplikasyon kaydedilmemiştir.

Sonuç olarak, laparoskopik cerrahi artan komorbidite ve obeziteye bakılmaksızın yaşlı hastalarda uygulanabilir ve güvenli görünmektedir. Bu bulgular onaylanmadan önce daha büyük kohort çalışmaları gerekmektedir.



## GÜNCEL

### Ege Jinekolojik Endoskopi Sempozyumu

"Ege Jinekolojik Endoskopi Sempozyumu"nun altıncısı 19-22 Mart 2014 tarihlerinde Wyndham İzmir Hotel'i'nde gerçekleştirildi. Sempozyumda eğitim modüllerinde çalışmalar, didaktik kurslar, ana oturumlar, canlı cerrahi yayınlar ve yine Türkiye'de ilk defa bir önceki kongrede tarafımızdan düzenlenen Simülasyon Savaşları ile siz değerli katılımcılara endoskopik cerrahinin tüm yönleri interaktif olarak aktarıldı. Ayrıca kurslarımızda, sempozyumun ilk gününde laparoskopik sütür kursu büyük ilgiyle karşılanmış olup kurs bitiminde gerçekleştirilen sütür yarışmasında

en hızlı sütür atan katılımcı önümüzdeki yıl gerçekleştirilecek MESGE kongresine katılım ile ödüllendirilmiştir. Kongrenin yapılmasında büyük rol sahibi olan başta Prof. Dr. Fatih Şendağ ve Jinekolojik Endoskopi Derneği yönetim kurulu üyelerine teşekkürlerimizi sunuyoruz.

**Jinekolojik Endoskopi Workshop**  
Ülkemizde jinekolojik endoskopinin yaygınlaşması ve gelişmesi amacıyla çalışan Jinekolojik Endoskopi Derneği 5 Nisan 2014 tarihinde Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesinde, 6 Nisan 2014 tarihinde ise Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde, Jinekolojik Endoskopi workshopları başarıyla gerçekleştirilmiştir.



Büyük ilgiyle karşılanan toplantıların düzenlenmesinde emeği geçen Prof. Dr. Fatih Şendağ , Prof. Dr. Talip Gül ve Doç. Dr. Mete Gürol Uğur'a teşekkürlerimizi sunuyoruz.

### JED 'Eller Laparoskopik Sütürde' Endoskopik Sütür Beceri Eğitimi

17 Mayıs 2014 tarihinde, Prof. Dr. Fatih Şendağ, Prof. Dr. Onur Karabacak, Prof. Dr. Çağatay Taşkiran, Prof. Dr. Anıl Onan ve Prof. Dr. Nuray Bozkurt'un katılımıyla Türk Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi'nde 'Eller Laparoskopik Sütürde', endoskopik sütür beceri eğitimi workshopu düzenlenecektir. Tüm meslektaşlarımız davetlidir.

