



SERGS 2015 KONGRESİ İSTANBULDA !

MAKALE

BÜYÜK UTERUSU OLAN
HASTALARIN HİSTEREKTOMİSİ
İÇİN 2 MİNİMAL İNVAZİF
CERRAHİ YÖNTEMİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

OLGU SUNUMU

TROKAR HASARININ
ARDINDAN GÖRÜLEN
İNFERİÖR EPİGASTRİK
ARTER
PSÖDOANEVRİZMASI

GÜNCEL

WASHINGTON'DAKİ
AAGL
KONGRESİNE
TÜRKİYE'DEN
İLK CANLI
YAYIN

TEKNOLOJİ

UTERİN
MANİPÜLATÖR



ETKİNLİKLER

05-07 MART 2014 A'dan Z'ye
Laparoskopik Sütür Kursu - Belçika

20-22 MART 2014 Ege Jinekolojik Endoskopi
Sempozyumu - İzmir

İzmir'den Washington'a Canlı...



Editör: Prof. Dr. FATİH ŞENDAĞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve
Doğum ABD, Bornova - İZMİR
fatih.sendag@gmail.com

HAZIRLAYANLAR

Yard. Doç. Dr. CEM ÇELİK
Namık Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
TEKİRDAĞ ccelik@nku.edu.tr

Uzm Dr. ALİ AKDEMİR
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.
Bornova - İZMİR md.aliakdemir@gmail.com

Jinekolojik Endoskopi Derneği Yönetim Kurulu: **Başkan:** Prof. Dr. Fatih ŞENDAĞ - **Onursal Başkan:** Hikmet HASSA
2. Başkan: Prof. Dr. Onur KARABACAK - **Genel Sekreter:** Prof. Dr. Bülent BERKER **Sayman:** Doç Dr. Gazi YILDIRIM
Üyeler: Prof. Dr. Fırat ORTAÇ - Doç. Dr. Çağatay TAŞKIRAN - Doç. Dr. Bülent HAYDARDEDEOĞLU



Yine, Yeni, Yeniden.....

Değerli meslektaşlarım,

Yeni yılda yeni bir bülten ile karşınızdayız. Bu yılda da önceki yıllarda olduğu gibi aktivite dolu günler sizleri bekliyor olacak.

Bunları kısaca özetleyecek olursak:

- . Jinekolojik Endoskopi bölgesel toplantılarımız tüm heyecanı ile devam edecek,*
- . Video-Journal projemiz hayata geçirilecek ve sizlerin beğenisine sunulacak*
- . Web sitemizin alt yapısı tamamlanmış durumda ve sizlerin endoskopi videolarınızı paylaşmaya hazır olacak,*
- . Genç Endoskopistler Platformu yeni aktivitelerle karşınızda olacak, ve*
- . 2015 yılı Nisan ayında gerçekleştireceğimiz 3. MESGE Kongresi ve Ulusal JED Kongresinin hazırlıkları başlayacaktır.*

*Yeni ve önemli bir gelişme ise, 11 Ocak 2014 tarihinde Frankfurt'ta yapılan ve derneğimizin de **Türkiye'yi temsilen** davet edildiği **Avrupa Jinekolojik Robotik Cerrahi Derneği (SERGS)**'nin yönetim kurulu toplantısında 3 aday ülke arasından **2015 yılındaki SERGS kongresinin İstanbul'da JED ev sahipliğinde** yapılması kararlaştırılmıştır. JED ve ülkemiz için onur verici bu gelişmeyi paylaşmaktan büyük mutluluk duyuyoruz.*

Umarım yeni yıl hepimize yeni umutlar, güzellikler ve ülkemize de aydınlık günler getirir,

Saygılarımla,

Prof. Dr. Fatih Şendağ

Jinekolojik Endoskopi Derneği Başkanı

- MAKALE -

BÜYÜK UTERUSU OLAN HASTALARIN HİSTEREKTOMİSİ İÇİN 2 MINİMAL İNVAZİF CERRAHİ YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Noam Smorgick, Vanessa K. Dalton, Kristin E. Patzkowsky, Mark R. Hoffman, Arnold P. Advincula, Sawsan As-Sanie
International Journal of Gynecology and Obstetrics , 2013

GİRİŞ: Randomize kontrollü çalışmalarda, laparoskopik histerektominin, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı ve kan kaybı açısından laparotomi yoluyla yapılan histerektomiye göre avantajları olduğu bildirilmiştir. Ancak, laparoskopik histerektomi, tüm hastalar için uygun olmayabilir ve büyük uterus majör bir kısıtlayıcı bir faktördür. Deneyimli laparoskopik cerrahlar başarılı ve güvenli bir şekilde bu ameliyatı gerçekleştirebilirler de, bu ileri laparoskopik beceriler gerektirdiğinden tüm jinekolojik pratiğe uygulanamayabilir.

Minilaparotomi, orta hat laparotomiye göre hafifçe daha kısa hastanede yatış süresine ve azalmış yara enfeksiyonu riskine sahip olan, histerektomide kullanılabilecek başka bir minimal invazif tekniktir. Özellikle ekipman ya da ileri laparoskopik veya robotik beceriler gerektirmez.

Bu çalışmanın amacı, 500 gram ya da daha büyük uterusu olan hastalarda minilaparotomi ya da robotik cerrahi ile uygulanan histerektomi ameliyatlarının uygulanabilirlik ve perioperatif sonuçlar açısından karşılaştırılması idi.

ARAÇ VE YÖNTEMLER: Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin Minimal İnvazif Jinekolojik Cerrahi Bölümü'nde 1 Temmuz 2004 ve 30 Temmuz 2010 tarihleri arasında benign endikasyonlarla gerçekleştirilen tüm ardışık histerektomilerin tıbbi kayıtları, retrospektif olarak incelenmiştir. Primer sonlanım ameliyat esnasında görülen kanama, sekonder sonlanımlar ise toplam kan kaybı, kan transfüzyonu sıklığı (ameliyat esnasında ve ameliyat sonrası dönemde) ve cerrahi komplikasyonlar ile laparoskopiyeye geçiş oranı idi. İstatistiksel analizler, SPSS 19 ile yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışma süresince 500 gramdan daha büyük uterusu olan 84 kadına benign endikasyonlarla minilaparotomi ile ya da robotik laparoskopi ile histerektomi uygulanmıştır.

Tahmini kan kaybı ve ortalama uterus ağırlığı minilaparotomi grubunda robotik gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). Ameliyat süresi robotik grupta anlamlı olarak daha uzundu ($p < 0,001$).

Laparotomiye geçme oranı minilaparotomi grubunda daha fazlaysa da, bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Postoperatif hastanede kalış süresi, minilaparotomi grubunda anlamlı olarak daha uzundu ($p = 0,02$).

TARTIŞMA: Geleneksel olarak, çok büyük myomlar büyük vertikal insizyonlarla çıkartılmış ve vaginal ya da laparoskopik histerektomi için relatif kontrendikasyon kabul edilmişlerdir. Son zamanlarda laparoskopik yaklaşımın bu vakalar için kullanılma oranı arttıysa da, gerektirdiği ileri cerrahi becerilerin uzun zamanda edinilmesi ve özellikle ekipmana ihtiyaç duyulması nedeniyle bu hastalar için standart uygulama halini alamamıştır. Bu çalışmanın kısıtlılığı, retrospektif olması ve randomize olmaması, daha büyük uteruslarda hekimin tercihini minilaparotomiden yana kullanmış olmasıdır.

SONUÇ: 500 gram ya da daha büyük uteruslarda bir minimal invazif yaklaşım uygulanabilir. Robotik cerrahinin bu hastalarda daha kısa hastanede kalış süresi gibi bir avantajı vardır, ancak çok büyük uteruslarda uygulanamayabilir. Minilaparotomi, laparoskopik ekipmanın ve/veya uzmanlık sahibi bir cerrahın olmadığı durumlarda, ya da aşırı büyük uterus durumunda hastalara minimal invazif cerrahi uygulanabilmesini sağlaması açısından kullanılabilir.

GİRİŞ: Trokarları yerleştirme esnasında damar hasarı görülmesi, laparoskopik cerrahinin bir komplikasyonudur. Küçük damar hasarı sıklıkla operasyon esnasında elektrokoter ya da dikiş atılması ile kontrol altına alınabilir. İnferior epigastrik arterin, yerleşimi jinekolojik cerrahilerde sıklıkla aksesuar trokarlara yakın lokalizasyonda bulunduğundan, hasar riski de artar. Ancak inferior epigastrik arterin psödoanevrizması nadir bir durumdur. Bu olgu sunumu, jinekolojik cerrahi esnasında inferior epigastrik arterde oluşan ilk psödoanevrizma vakasıdır.

OLGU SUNUMU: G1P0A2 22 yaşında bir kadın hastaya, pelvik ağrı ve endometriyozis nedeniyle laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Operasyon esnasında, sol alt kadrana 5 mm bir aksesuar trokar yerleştirilmesinin ardından durumu anstabil olmuştur. Bir 8 sütürle kanama durdurulduysa da, 12 ünite taze donmuş plazma ve 6 ünite kırmızı kan transfüzyonu yapılmıştır. Postoperatif hemoglobin konsantrasyonu 7,0 mg/dL idi. Bu dönemde ayrıca bulantı kusma ve ateş de görülmüştür. Hastanın faktör XI eksikliği (hemofili C) olduğu bilinmekteydi ve postop 6. günde ileri tedavi için tersiyer merkeze nakledilmiştir. Burada yapılan tomografik incelemede, sol alt kadradaki palpabl hassas kitlenin ön rektus kılıfında yer alan 5x6 cm bir kitle olduğu, Doppler ultrasonda ise lezyonun içine aktif kan akışı olduğu saptanmıştır. Bulgular, sol inferior epigastrik arterden kaynaklanan bir psödoanevrizma ve bunu çevreleyen bir hematoma göstermekteydi. Kitleye acil koil embolizasyonu uygulanarak kanama durdurulmuştur. Girişim sonrası hastanın durumu stabil kalmıştır ve iyileşme dönemi için tekrar dan geldiği hastaneye sevk edilmiştir. Postop altıncı ayda, hasta sol alt kadranda ara ara olan ağrı dışında iyiydi.

TARTIŞMA: Psödoanevrizmalar, damar duvarı tam olmayarak ayrıldığında ve yarı kalınlıkta bir dilatasyon görüldüğünde ortaya çıkar. Bu, tipik anevrizmalarda görülen tam kat damar duvarı genişlemesinden farklıdır. Psödoanevrizmalar sıklıkla bir travma ya da operasyon esnasında bağlanmanın sonucunda oluşur. Arterden gelen kan defektin için doldurmaya devam eder, bu da distansiyonla ve kısmi kalınlıktaki duvarda nispeten yüksek bir basınçla sonuçlanır. Ağrıya neden olabilir ya da asemptomatik olabilirler. Görüntülemeye abseyi taklit edebilirler ve rüptüre olurlarsa akut batın tablosuna neden olabilirler. Psödoanevrizmalar en yüksek doğruluk oranıyla renkli Doppler sonografi ile saptanırlar. Sıklıkla cerrahi olarak bağlanarak eksizyon ya da koil embolizasyonu ile tedavi edilirler. Bu olgu, jinekolojik cerrahi esnasında trokar hasarına bağlı olarak inferior epigastrik arterde psödoanevrizma gelişimini bildiren ilk yayındır. Literatürde iyatrojenik psödoanevrizmalarla ilgili 3 benzer olgu sunumu bulunmaktadır.

İnferior epigastrik arterin orta hatta olan uzaklığı ortalama 4 – 8 cm.'dir. Epigastrik damarların tomografi ile görüntülenmesi aşırı kilolu hastalarda bu mesafenin tutarlı şekilde arttığını göstermiştir. Artık hasta popülasyonumuz değiştiğinden, sağ ve sol alt kadrana aksesuar trokarların yerleştirilmesi esnasında riski en aza indirmek için trokar yerleştirme yerlerimizi yeniden belirlememiz gerekebilir.

SONUÇ: İnferior epigastrik arterin trokar hasarına bağlı psödoanevrizması nadir bir olaydır, ancak laparoskopik girişimlerin sayısı arttıkça daha sık görülmeye başlayabilir. Damarın doğrudan vizüalize edilmesi tercih edilir, ancak bu mümkün olmadığında ön sakral iliyak spine'a ya da orta hatta göre yerinin belirlenmesi de bir alternatiftir. Obez hastalarda inferior epigastrik arter daha lateralde olabileceğinden, daha fazla dikkat etmek gerekir. İnferior epigastrik arter hasarından şüphelenilmesi durumunda, özellikle de trokar yerinde ağrısı olan hastalarda postoperatif olarak görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. İnferior epigastrik arter psödoanevrizmaları klinik olarak anstabil, kanama riski taşır ve hızlıca teşhis edilip tedavi edilmesi gereklidir.

Washington'daki AAGL Kongresi'ne Türkiye'den ilk canlı yayın

Dernek Başkanımız Prof. Dr. Fatih Şendağ ve ekibinin 14 Kasım 2013 tarihinde Ege Üniversitesinde gerçekleştirdiği Single-Site Robotik Total Histerektomi operasyonu dünyanın en önemli uluslararası Jinekolojik Endoskopi kongresi olan 42. AAGL Kongresinde (Global Congress on Minimally Invasive Gynecology) Live Telesurgery Session kapsamında canlı yayınlanmış ve operasyon büyük övgüler toplamıştır.

Canlı yayın öncesi yapılan basın toplantısı



Canlı yayından bir kare:



- JED Olağan Genel Kurulu 30 Haziran 2013'te Best Western Otel 2000, Ankara'da yapılmıştır. Dernek başkanlığına Prof Dr **Fatih Şendağ**, ikinci başkanlığa Prof. Dr. **Onur Karabacak**, genel sekreterliğe Prof. Dr. **Bülent Berker** ve saymanlığa Doç. Dr. **Gazi Yıldırım** seçilmiştir.
- 26 Ekim 2013'te Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesinde Jinekolojik Endoskopi Derneği Sempozyum, 27 Ekim 2013 günü ise "**Video kayıt ve Edit Etme Teknikleri**" konulu Genç Endoskopistler Platformu Workshop'u başarıyla gerçekleştirilmiştir.
- 2 Kasım 2013 tarihinde **Fertilite koruyucu Yaklaşımlar** konulu Jinekolojik Endoskopi Derneği Workshop'u Hilton Otel **Ankara'** da yabancı konuk konuşmacıların da katılımıyla başarıyla gerçekleştirilmiştir.
- 30 Kasım 2013 tarihinde İnönü Üniversitesi Turgut Özal Kongre Kültür Merkezinde (**Malatya**) **Jinekolojik Endoskopi Workshop'u** düzenlenmiştir.
- 19-20 Aralık 2013 tarihinde **Trabzon** Karadeniz Teknik Üniversitesinde **Jinekolojik Endoskopi Workshop'u** düzenlenmiştir.
- 10 Ocak 2014 tarihinde **Ankara** Gazi Üniversitesinde Jinekolojik Endoskopi Workshop'u düzenlenmiştir.
- SERGS (**Avrupa Robotik Jinekolojik Cerrahi Derneği**) 2015 yılı uluslararası kongresi JED'nin girişimleri ve gayretleri sonucunda İstanbul' da JED ev sahipliğinde düzenlenecektir.

- YAKIN ETKİNLİKLER -

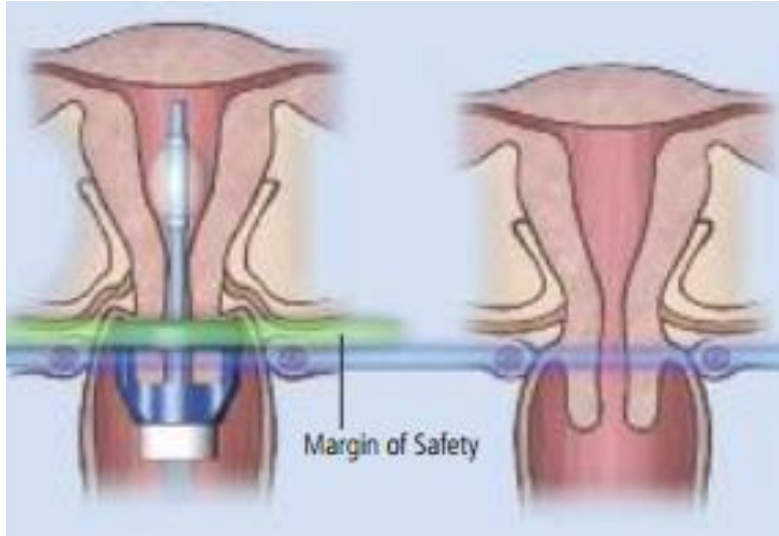
Değerli meslektaşlarımız, 2014 yılının ilk aylarında yapılması planlanan Ulusal ve Uluslararası endoskopi alanındaki kongre ve etkinlikler sunulmuştur;

1. 20.03.2014 – 22.03.2014, Wyndham İzmir Hoetlinde 6. Ege Jinekolojik Endoskopi Sempozyumu Düzenlenecektir. Ayrıntılı bilgi www.egelaparoskopi2014.org
2. 05.03.2014 - 07.03.2014, LEUVEN, Belçika'da A'dan Z'ye laparoskopik sütür kursu yapılacaktır. Ayrıntılı bilgi www.europeanacademy.org/Gynaecological_Surgery.html

- TEKNOLOJİ -

Uterin Manipülatör

Uterus içerisine girerek, teşhis veya tedavi amacıyla rahmi manipüle eden (hareket ettiren) alettir. Genellikle laparoskopik histerektomi işleminde kullanılır. Laparoskopi destekli vajinal histerektomi ve genel laparoskopik histerektomi uygulamalarında temel zorluk; üreter kanallarının ve rahim damarlarının operasyon esansında doğru bir şekilde tespit edilmesi ve korunarak idare edilmesidir. Laparoskopik bir operasyonda, uterus yan taraflarındaki üreter kanallara ve kritik yapılara zarar vermeden uterusu ulaşmak ve müdahale etmek amacıyla üretilmiştir.(Şekil 1)

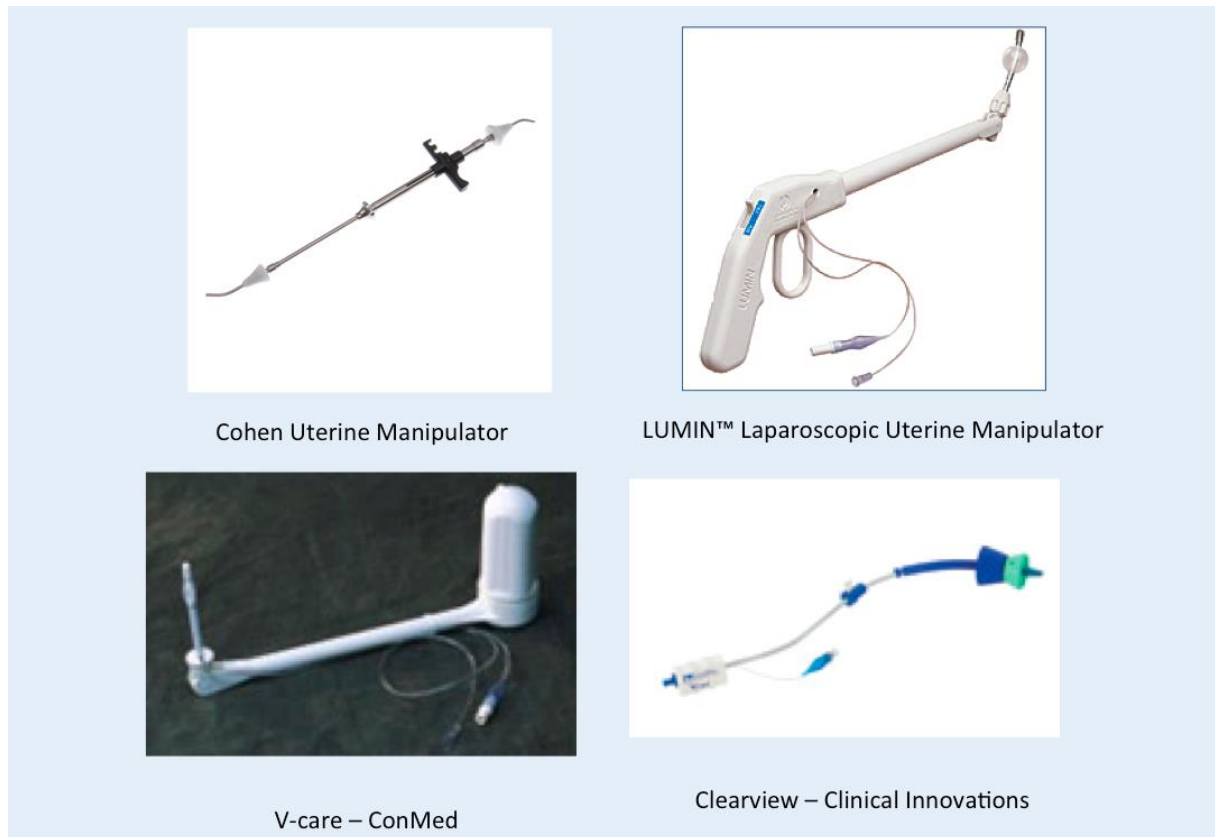


Şekil 1. Güvenlik sınırı

Bir manipülatör, handle kısmı, uç kısmı, vajinal balonu ve servikal kapı olmak üzere 4 kısımdan oluşur. Handle kısmı, çok kullanımlık olup, tüm parçaların üzerine monte edildiği ve manipülasyon hareketini gerçekleştiren parçadır. (Şekil 2.) Servikal kap, rahim ağzını içine alarak, kesim yapılacak yerlerin belirlenmesine ve idrar kanallarından uzaklaşmaya yarar. Servikal kap ise 4 farklı çaptadır. Vajinal balon ise, vajinal kanalı kapatarak kesim esnasında gaz kaçağı olmasını engeller. Uç kısım ise tek kullanımlıktır ve rahimin içine girer ve üzerindeki küçük baloncuk sayesinde manipülatörün geri çıkmasını engeller. Bu uçların 6 farklı uzunlukta sipariş edilebilir. Uç kısmı yumuşak olup travmaya yol açmaz. Yan açıklıklarından radyoopak madde veya sıvı enjeksiyonu kolaydır.



Şekil 2. RUMI II uterin manipulator



Şekil 3. Farklı firmalara ait uterin manipulatorler