

# LAPAROSKOPIK MYOMEKTOMİ

## Prof. Dr. M. Turan Çetin

Myomların cerrahi tedavisi için geleneksel kriterlerimiz infertilite, tekrarlayan düşükler, obstetrik komplikasyonlar, abdominal ve pelvik ağrı, anormal uterin kanama ve diğer komşu organlara bası belirtileridir. Ayrıca fertilitate potansiyelini korumak veya uterusun alınmasını istemeyen kadınlarda da cerrahinin bu tipi seçilebilir. LS myomektomi açısından hala tam bir endikasyon olmamakla birlikte, LS myomektomi tekniği, LT'ninki ile aynı olduğu sürece komplikasyonların daha az oluşu ve yararlarından dolayı daha çok tercih edilen veya LT'ye alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir. Hastanın preoperatif değerlendirilmesi LS myomektominin teknik yapılabilirliği açısından oldukça önemlidir.

### HASTA SEÇİM KRİTERLERİ

LS ile tedavi edilebilen myomların, sayısı ve büyüklüğü hakkında çelişkili bilgiler olmakla birlikte, genellikle düşünülen sınırlama 3 myom ve 8 cm çapında bir myom veya 16 haftalık gebelik büyüklüğüne uyan bir uterus ve 12 cm ölçülen bir myomdur. Nezhat 15 cm çapında bir myomektomiye rapor etmiştir. Burada hasta seçimi daha çok cerrahi timin deneyimine bağlıdır. Çok sayıda myom (5 – 10'dan fazla) ve myomların boyutları LS myomektomi kararında önemli olacaktır. 426 kadın üzerindeki retrospektif çalışmada 4 bağımsız faktörün, LT'ye dönme riski ile ilişkili olduğu bulundu:

- 5 cm'den büyük myom
- Uterusun ön yüzündeki lokalizasyon
- İntramural myom
- GnRHa preoperatif kullanımı

Erken proliferatif fazda hastaların ultrasound incelemesinden sonra, LS myomektomiye karar verilir. Uterin kaviteye ulaşan intramural myomlar LS myomektomi için kontrendike olabilir ama bazı çalışmalar ise bunun bir risk olmayacağını ifade etmektedirler.

### Preoperatif GnRHa kullanımı

GnRHa preoperatif kullanımını yasaklayan birkaç neden vardır:

- Leiomyosarcoma teşhisinde olası gecikme
- Hyalinizasyon fenomeninde artış
- Operasyon süresinde uzama
- Klivaj planında güçlük
- Myom myometrium sınırının obliterasyonu
- LT'ye dönüş insidansında artış.

1998'de Zullo, prospektif bir çalışmasında, cerrahi öncesi 2 ay GnRHa kullanımının daha az kan kaybı, kısa operasyon zamanı, alyuvarlarda, Hb ve post-op demirde artış sağlayacağını ifade etmiştir. Fakat myomların rekkürens riskinde ise artış olmaktadır. (Fedele, <1.5cm. myomlar)

## **Enstrümantasyon**

<b>10mm 1 adet Laparoskop ve kamera</b>	<b>Koter ünitesiyle bipolar forceps</b>
<b>11mm 2 adet trokar</b>	<b>Suction ve İrrigation sistemi</b>
<b>5mm 2 adet trokar</b>	<b>Myoma forceps</b>
<b>15 veya 20mm 1 adet trokar</b>	<b>Sütür enstrümanları</b>
<b>15/10 reducer 1 adet</b>	<b>Sütür materyeli, 27 veya 36 iğneler</b>
<b>10/5 reducer 1 adet</b>	<b>Morcelatör</b>
<b>L/S needle 1 adet</b>	<b>Vazokonstrüktif ajan</b>
<b>60cc şırınga 1 adet</b>	<b>Ünipolar hook elektrot</b>

## **Teknik**

Hasta genel anestezi altında, trandelenburg pozisyonunda, mesaneye sonda yerleştirilerek hazırlanır. L/S prosedüre başlamadan önce, diagnostik H/S daima gerçekleştirilmektedir. Submiköz myomlarda ise sadece intraoperatif H/S gerçekleştirilir. Serviks tenekulum ile yakalandıktan sonra uterin maniplatör yerleştirilir. Göbekten yerleştirilen Verres iğnesi ile karbondioksit, karın içi basınç 14 mm Hg oluncaya kadar, karın şişirilir. Sonra 11-mm trokar göbekten, iki 5 mm trokar ise suprapubik bölgenin iki yanına yerleştirilir. 11 mm trokar suprapubik olarak uterusun arka duvarı seviyesinde yerleştirilir. Daha sonra 15-20 mm trokar, kolay sütür atmak ve morselasyon için bu trokarla yer değiştirir. 10 cm üzerindeki myomlarda göbekten 3-4 cm yukardan ilk giriş yapılmalıdır. Suprapubik portlar ise göbek seviyesinden açılır. Bağırsak ve omentum karın üst seviyesine itilir bazen myometriuma gömülü, küçük, derin, lokalize myomlar fark edilmeyebilir bu durumda L/S ultrasound probları kullanılabilir. İlk olarak karın içi inspeksiyonu yapılmalıdır. Myomektomiden önce transservikal metilen mavisi verilmelidir. Sonra vazokonstrüktif ajan olarak vazopresin 0.6 U/ml, salin içerisinde konsantre edildikten sonra myomun içine ve pedinkülüne 40 ml kadar enjekte edilir. Vazokonstrüktif ajanlar, L/T olduğu kadar L/S'de de etkin olmuşlardır. Böylelikle bipolar elektrot arasına kullanımı ile daha hızlı ve daha kolay enüklasyon sağlanır. Bunların hepsi kan kaybını azaltacak, dolayısı ile kan transfüzyonu gereksinimini kaldıracaktır. Diğer bir avantajı da, operasyon alanının da temiz bir görüş imkanı sağlayacaktır. Vazokonstriktör kullanımına birçok

Avrupa ülkesinde izin verilmemektedir. Vazopresin derivativesi olan pitressin USA'da geniş bir şekilde kullanılmaktadır. 20 ml saline, 20 U'ye kadar farklı konsantrasyonlarda kullanılmış olup; aktif periyodu 20-30 dk'dır ve cerrahi sonlanmadan önce metabolize olur. Vazokonstriktörler sıklıkla iyi tölere edilmemekte ve bronkospazm, ürtiker, anaflaktik reaksiyon ve myo kart infarktüsü gibi vakalar rapor edilmiştir. Bu ajan kullanıldığı zaman, Anestezistin sıkı kontrolü altında olmalıdır. L/S myomektomi sırasında POR-8 ile, bir vakada 0.6U/ml ile 3-5 ml sonrası hipertansiyonu hipotansiyon takip etti, bir vakada 10 ml den sonra akciğer ödemi gelişti, diğer bir vakada ise 0.5U/ml 70 ml sonra geçici hipertansiyon vakası rapor edilmiştir. Son zamanlarda bupivacaine hydrochloride %0.25+0.5ml epinefrinin, myom enükleasyonu için operasyon zamanını ve kanamayı azaltmada etkili ve emniyetli olduğu gösterilmiştir. Bu ilacın 5-6 saat gibi konstriktif etkisi, hipotetik bir risk olup; postoperatif gecikmiş kanamaya, uzun süren hipooksijenizasyona bağlı doku tahribatına neden olacaktır.

Linear veya eliptik bir insizyon myom üzerinden yapılmalıdır. Standart insizyon vertikaldir. Ön yüzdeki myomlarda bazen oblik olabilir, myometriyumun arter ve arteriyolleri transvers yerleşmiş olsalar bile, vertikal insizyon tercih edilir. Çünkü sütürler daha kolay, daha efektif uygulanır. Fakat uterusun transvers insizyonlarında azalmış bir kan kaybı rapor edilmiştir. Anterior myomlarda insizyon oblik, fundal ve posterior myomlarda insizyon vertikal olmalıdır. Bu vakalarda subrapubic port olmalıdır. Myometrial insizyon yerinde, cerrah elektro koterin kullanımını sınırlandırmalıdır. Bir çok uterin rüptür vakası ünipolar koterizasyon sonrası rapor edilmiştir. Bipolar elektro cerrahi kan damarlarına selektif olarak uygulanabilir. Hemostaz, vazokonstriktif ajan ve sütür vasıtası ile sağlanmalıdır. Genelde 30-60 watt unipolar hook elektrot kullanılır. İdeali bistürüdür. İntraligament myom vakalarında ilk basamak broad ligament insizyonudur. Saplı myomlarda, unipolar makas ile kesilir, daha sonra sütüre edilir. Endolooplardan da faydalanılabilir.

Klivaj planını belirledikten sonra, myom tenekulum veya sprail tipped fixation aleti ile suprapubic porttan girilerek traksiyona alınır. Suction cannula veya forceps ile enüklasyon gerçekleştirilir. Koagülasyon için bipolar forceps kullanılır. Endometrial kaviteye sineşi veya iatrojenik adenomyozis olmaması için girilmemelidir ve endometrial kavite sütüre edilmemelidir. Ameliyattan sonra antibiyotik profilaksisi ve diagnostik H/S yapılabilir. Devamlı veya kesintili sütür, ya karın içerisinde veya karın dışı düğüm kullanılabilir. Genelde 0 veya 2/0 polyglycolic asit tercih edilir. Düz veya size 27 curved iğneler kullanılır. Çıkarılan myom, elektro mekanik morselatörler ile parça parça çıkarılır veya douglastan yapılacak bir insizyon ile total olarak vaginadan çıkarılması mümkün olacaktır.

**Prosedürün sonunda batın içi, iyice ringer laktat ile yıkanmalı ve doğru hemostaz elde edilmelidir.**

**Referans:**

**Luca MENCAGLIA**

**Luca MINELLI**

**Arnaud WATTIEZ**

**MANUAL OF GYNECOLOGICAL LS SURGERY II<sup>nd</sup> EDİTİON 2007**