

EDİTÖRE MEKTUPLAR

LETTERS TO THE EDITOR

Laparoskopik cerrahi sonrası gözden kaçan bir komplikasyon: Trokar yeri hernileri

An overlooked complication after laparoscopic surgery: trocar site hernias

Sayın Editör,

Laparoskopik cerrahi 1980'li yılların sonundan itibaren, başta semptomatik kolelitiazisli olgular olmak üzere, birçok hastalık için yeğlenen cerrahi yaklaşım olmuştur. Laparoskopik cerrahinin iyi tanımlanan avantajları yanında, ciddi komplikasyonları da mevcuttur. Major komplikasyonlar üzerinde sıklıkla durulmasına rağmen, trokar yeri hernileri, geç dönemde gözden kaçan bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Bu yazıda laparoskopik kolesistektomi sonrası, trokar giriş yerinde ortaya çıkan insizyonel hernili 2 olgu sunularak, bu konuyla ilgili literatür irdelenmiştir.

Hasta ŞÇ, 54 yaşında, kadın, evli, 30.5.1994 tarihinde 2 gündür devam eden şiddetli sağ hipokondrium ağrısı, bulantı ve kusma ile başvurdu. Hastanın öyküsünden 1 yıl önce kolelitiazis tanısı konduğu öğrenildi. Abdominal sonografide: Safra kesesinde multipl taş ekosu alındı. Ayrıca safra kesesi boynunda taş vardı. Safra kesesi duvarı 11 mm olup bir miktar sıvı içeriyordu. Yapılan preoperatif incelemelerde BK 13000/mm³, alkalen fosfataz 135 U/dL (normali: 39-117 U/L), AST: 106 U/dL, ALT: 75 U/dL ve bilirubin değerleri normaldi. Gerekli preoperatif sıvı-elektrolit resüsitasyonu ve antibiyoterapiyi takiben, akut kolesistit tanısıyla, 31.6.1994'de laparoskopik kolesistektomi (Klasik Amerikan yöntemi) uygulandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gözlenmeyen olgu 2.6.1994'de taburcu edildi. Hastanın 1 ay sonra yapılan kontrolünde birkaç gün önce başlayan 10 mm'lik umbilikal port giriş

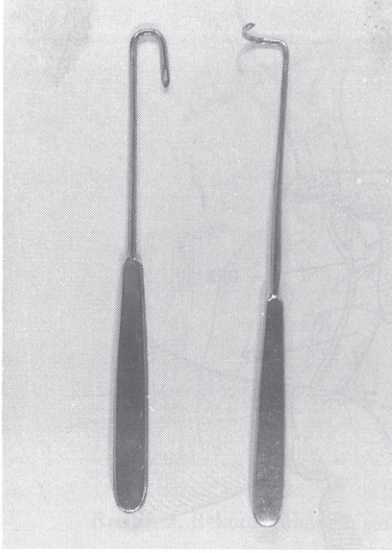
yerinde ağrı ve şişlik yakınmaları vardı. Fizik muayenede bu bölgede 2x2 cm'lik fasial defekt vardı, diğer port giriş yerleri normaldi. Bu olgunun ilk operasyonda hiçbir port yeri sütüre edilmemişti. Gerekli hazırlıklar sonrası 31.8.1994'de infraumbilikal insizyonel herni, primer onarıldı.

Hasta ST, 69 yaşında, erkek, evli 1 yıldır devam eden karın ağrıları ve dispeptik yakınmalarla başvurdu. Abdominal sonografide safra kesesinde multipl taş saptandı. Koledok 10 mm genişliğindeydi. Üst gastrointestinal sistem endoskopik incelemesi normaldi. Hastanın bilirubin, alkalen fosfataz, ALT ve AST değerleri normaldi. Fizik ve biyokimik bulgulardan, preoperatif ERCP düşünülmeyi ve 10.7.1993 tarihinde laparoskopik kolesistektomi (Klasik Amerikan yöntemi) uygulandı. Postoperatif dönemde 10 mm'lik epigastrik port yerinde gelişen yara enfeksiyonu aktif pansumanlarla tedavi edildi. Bu port yeri operasyonda 0 no Dexon'la sütüre edilmişti.

Hastanın 4.ayda yapılan kontrolünde daha önce yara sepsisi gelişen epigastrik port yerinde 3x2 cm'lik fasial defekt saptandı. Yapılan operasyon teklifi hasta tarafından kabul edilmedi.

Laparoskopi, çoğu abdominal cerrahin son yıllara kadar tanışık olmadığı birçok komplikasyonlarla birliktedir. Laparoskopinin potansiyel komplikasyonlarını şöyle sıralayabiliriz (1, 2):

1. Veress iğnesi, laparoskopik trokar veya kanül konulmasıyla ilişkili olanlar,
2. Pnömoperitoniumun sebep olduğu komplikasyonlar,
3. Laparoskopik instrümanların girilmesi ve manipülasyonu ile ilgili olanlar.



Resim 1. Kliniğimizde, fasial defekti kapamak amacıyla kullandığımız deşan'lar görülmektedir.

Trokar giriş yerinde herni oluşumu olguların % 0.1-0.3'ünde ortaya çıkan, laparoskopinin sık rastlanmayan bir komplikasyonudur (1, 2). Ancak bunun yanında daha geniş çapta trokarların (12 mm) kullanıldığı laparoskopik hernioplasti sonrası % 3-5 gibi oranlarda rapor edilmiştir (3, 4). Bu komplikasyona biz 1992 Mart ayından, 19.12.1994 tarihine kadar yaptığımız 810 laparoskopik kolektomi olgusunun 2'sinde (% 0.2) rastladık.

Herni gelişimini predispoze eden faktörler geniş çaplı kanül kullanımı ve postoperatif yara sepsisi mevcudiyetidir (2-4). On mm veya daha geniş çaptaki trokarlarla oluşturulan fasial defektler, herni formasyonunu önlemek için non-abzorbabl materyallerle sütüre edilmelidir (4).

Safra kesesi veya rezeke edilen diğer organların alınabilmesi amacıyla, umbilikal fasial defektin genişletilmesi veya dilate edilmesi, sıklıkla söz konusu olduğundan umbilikal trokar yerinin kapatılması önemlidir. Trokar giriş yeri hernilerinin sıklıkla umbilikal bölgede meydana gelmesi, geniş çaptaki trokar uygulaması yanı sıra, defektin kastan ziyade fasiada bulunmasına da atfedilmektedir. Mc Murrick'e göre daha lateralden girilen trokar yerlerinin kapanmasında kasların önemli bir etkisi (Shutter-kepenk mekanizması) olduğu halde, fasial defekte bu yardımcı mekanizma mevcut değildir. Ancak kas tonusu yeterli olmayan yaşlı kadınlarda, daha lateraldeki trokar giriş yerlerinde de herni olabileceği bildirilmiştir (3).

Trokar giriş yerindeki defektlerin kapatılmaması herni oluşumu ile birlikte barsak strangulasyonu ve kanama riskini de gündeme getirir. Böyle bir sorunu tespit etmek güç olabilir, çünkü strangüle barsak, Richter herni şeklinde olabilir dolayısıyla intestinal obstrüksiyon görülmeyebilir ayrıca abdominal duvarın üst katları, herniyi gizleyebilir (4, 5).

Fasial defektin kapatılması amacıyla önerilen birçok yöntem vardır. Standart veya geniş kavisli iğnelerle defekti kapatmak zordur. Daha küçük iğneler ise tüm abdominal tabakalardan yeterli bir şekilde geçemez. Köln Üniversitesi Cerrahi Kliniği Direktörü Prof.H.Troidl bu amaç için modifiye edilmiş deşan kullanmaktadır. Son zamanlarda geliştirilen çeşitli laparoskopik sütür iğneleri de mevcuttur. Biz kliniğimizde trokar giriş yerinin genişliğine göre geniş veya dar deşan kullanmaktayız (Resim 1). Bu alete geçirilen sütür materyalinin karın duvarında tam kat geçerek sağlam bir kapama yaptığı karşıt trokar giriş yerinden uygulanan laparoskopla izlenebilir.

Trokar yeri hernileri geç komplikasyon olarak tanımlanmasına rağmen (1, 2), erken dönemde bildirilen olgular mevcuttur (3, 5). Bizim olgularımızda herni oluşumu, laparoskopik girişimi takiben 1.ve 4. ayda meydana geldiğinden geç bir komplikasyon olarak tanımlanmıştır.

Sonuç olarak her yıl laparoskopik cerrahlar daha fazla sayıda ve daha geniş çapta trokarlarla laparoskopik prosedürler yapmaktadır. Bu nedenle trokar yeri herni insidansının artması olasıdır. Laparoskopik cerrahi girişimi takiben trokar yerlerindeki fasial defektlere yönelik basit önlemler potansiyel olarak tehlikeli herni komplikasyonunu azaltmaya yardımcı olacaktır.

Dr. Sezai YILMAZ¹, Dr. Vedat KIRIMLOĞLU²,
Dr. Mehmet ÇAĞLIKÜLEKÇİ³, Dr. Cüneyt KAYAALP³,
Dr. Fuat ATALAY², Dr. Musa AKOĞLU²

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı¹, Malatya ve Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği², Ankara

KAYNAKLAR

1. Deziel DJ. Complications of cholecystectomy. Surg Clin North Am 1994; 74: 809-23.
2. Crist DW, Gadacz TR. Complications of laparoscopic surgery. Surg Clin North Am 1993; 73: 265-89.
3. Mc Murrick PJ, Polglase AL. Early incisional hernia after use of the 12 mm port for laparoscopic surgery. Aust N Z J Surg 1993; 63: 574-5.
4. Contarini O. Complications and suturing technique for trocar wounds. Chirurgia Int 1994; 5-6: 20-1.
5. Bourke JR. Small intestinal obstruction from a Richter's hernia at the site of insertion of a laparoscope. Br Med J 1977; 2: 1393-4.