

RETROPERİTONEAL KİTLELERE ETKİN BİR CERRAHİ ULAŞIM YOLU : MODİFİYE TORAKOABDOMİNAL YOL (*)

Dr. Recai GÜRBÜZ*, Dr. Ali ACAR*, Dr. Şükrü ÇELİK*, Dr. Mehmet ÖZEROĞLU*,
Dr. Şenol ERGÜNEY*, Dr. Ercüment ACARER*

* S.Ü.T.F. Üroloji ABD

ÖZET

1984 - 1994 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde retroperitoneal kitle nedeniyle 41 hasta opere edildi. Operasyonlarda 15 hastaya (midline) orta hat, 11 hastaya paramedial, 10 hastaya modifiye torakoabdominal, 4 hastaya subkostal, (flank) insizyonu uygulandı.

Cerrahi yaklaşımlar postoperatif erken ambulasyon, morbidite, hastanede kalış süresi ve insizyonua bağlı erken ve geç komplikasyonlar yönüyle değerlendirildi.

Retroperitoneal kitlelerde modifiye torakoabdominal insizyonun, özellikle transperitoneal anterior midline ve paramedian insizyonlara üstünlük gösterdiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler : Retroperitoneal kitleler, torakoabdominal yol.

SUMMARY

An Effective Surgical Approach for Retroperitoneal Masses: Modified Thoracoabdominal Approach.

41 patients with retroperitoneal mass were operated in the Selçuk University medical Faculty Urology Clinic between 1984-1994. For 15 patients midline approach, for 11 patients paramedian approach, for 10 patients modified thoracoabdominal approach, for 4 patients subcostal flank approach were applied.

Surgical approaches, early ambulation, morbidity, days of hospitalization, early and late complications due to incision were evaluated.

More succesful results are obtained with modified thoracoabdominal approach than other approaches for retroperitoneal masses.

Key words : Retroperitoneal masses, thoracoabdominal approach.

GİRİŞ

Retroperitoneal kitleler değişik yollardan ulaşmak mümkündür. Anterior midline, paramedian, torakoabdominal, subkostal flank insizyon bu kitlelere ulaşımında istifade edilen bazı ulaşım şekillerini teşkil etmektedir (1,2)

Torakoabdominal ulaşım ilk defa 1948 de Mortensen tarafından böbrek tümörlerinde yararlanılabilecek bir yol olarak tanımlanmıştır. O zamandan bu yana anestezi, preoperatif ve postoperatif hasta bakımlarında fevkalade düzelmeler nedeniyle

bu ulaşım böbrekler ve sürrenallerdeki büyük tümörlerin alınımında güvenli ve efektif bir vasıta olmuştur. Torakoabdominal ulaşım büyük renal tümörler (10 cm. den büyük), böbreğin yukarı pol tümörleri ve adrenal tümörleri uygundur (3,4).

Montensen'in böbrek tümörlerinde yararlanılabilecek bir yol olarak tanımladığı torakoabdominal ulaşımında toraks boşluğuna zorunluluk olursa girilecek şekilde tasarlanmış bir modifikasyonla büyük renal tümörlere, yukarı pol ve adrenal tümörlere ulaşmak mümkündür.

Haberleşme Adresi : Yrd. Doç. Dr. Ali ACAR, S.Ü.T.F. Üroloji ABD, KONYA

(*) : 13. Ulusal Üroloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

MATERYAL VE METODLAR

1984 - 1985 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde retroperitoneal kitle nedeniyle 16 ile 61 yaşları arasında yaş ortalaması 44.5 olan 41 hasta opere edildi. Operasyonlarda 15 hastaya orta hat (midline), 11 hastaya paramedian, 10 hastaya modifiye torakoabdominal ve 4 hastaya subkostal (flank) insizyon uygulandı.

Modifiye torakoabdominal insizyon uygulanan 10 hastada patoloji 6 sında sol, 4'ünde sağ yada idi.

Uygulamalarda semioblik konuma getirilen ve böbrek yatağı rulo havlu ile yükseltilmiş hastada umblikusun 3 parmak üstünde orta hattın başlayan ve 9 uncu subkostal aralığa uzanan, ancak 9 uncu kotun ucuna kadar devam eden, fakat gerektiğinde mid aksiller hatta kadar uzatılması tasarlanan bir cilt insizyonundan yararlanıldı.

Abdomene girildiğinde solda inen kolon anterior tarafa çekilerek lateral parakolik gutterde periton (Toldt 's white line) Toldt 'un beyaz hattı boyunca insize edildi. Bu insizyon splenik fleksura erafında superior olarak uzatıldı. Bununla kolonun inferomedial mobilizasyonu sağlandı.

Sağ yan lezyonları için lateral parakolik gutter karaciğerin triangüler ligamentinin kesimi ile birlikte açıldı. Karaciğer aşağı ve mediale retrakte edilerek pilorun Winslow forameninin ve pankreas başının ve duodenumun retrokolik kısmının ekspozisyonu sağlandı. Bu duodenum segmenti posterior parietal peritonun lateral kenarının insizyonu ile (Kocher manevrası) mobilize edildi ve renal damarların ekspozisyonu sağlandı.

Tümörün alınmasından sonra açılan tabakalardan posterior ve anterior periton kromik katgutlerle, anterior abdominal duvarın m. transversus abdominis ve posterior rektus fasyası 0 vicryl suturelerle yaklaştırıldı. Subkutaneos doku ve cilt standart şekilde kapatıldı.

SONUÇLAR

Modifiye torakoabdominal kesi uyguladığımız vakalardan hiç birisinde toraksa girmeye bu nedenle kesinin mid - aksiller hatta kadar uzatılmasına ihtiyaç duyulmadı.

Flank insizyonu ve modifiye torakoabdominal kesi uygulanan vakalar post operatif ilk gün mobilize edildi, fakat orta hat (midline) ve paramedian insizyon uygulanan vakalar post operatif ikinci gün mobilize edilebildi.

Paramedian insizyon uygulanan 11 vakanın 3 ünde, midline insizyon uygulanan 15 vakanın 5 inde postoperatif ileus gelişti. Modifiye torakoabdominal ve flank insizyonlarda subileus gelişimi gözlenmedi.

Postoperatif ortalama hastanede kalış süresi modifiye torakoabdominal kesilerde 11, paramedian ve midline kesilerde 14 gün, flank kesilerde 10 gün olarak belirlenmiştir.

Midline ve paramedian kesilerde postoperatif 1 evisserasyon ve 1 eventrasyon olmak üzere toplam 26 vakanın 4 ünde kesi açılmaları meydana gelmiş, oysa modifiye torakoabdominal ve flank kesilerde açılan kesi vakası olmamıştır.

Postoperatif geç komplikasyon olarak midline kesiye bağlı 1, paramedian kesiye bağlı 1 olmak üzere herni gözlenmiş, flank kesisine bağlı herni gözlenmemiş, ancak 4 flank kesisi vakasının 2 sinde sinirsel denervasyona bağlı bulgü gözlemlenmiştir.

Aldığımız sonuçlar modifiye torakoabdominal ulaşımın anterior midline, paramedian, subkostal flank ve torakoabdominal kesilere üstünlüğü olan bir alternatif olduğunu ortaya koymaktadır.

TARTIŞMA

Retroperitonyuma anterior (Transabdominal midline) veya anterolateral (Torakoabdominal) yolla ulaşılabilir. Her ulaşımın avantaj ve dezavantajları vardır. Anterior retroperitoneal ulaşımın şampiyonluğu Donohue ve arkadaşlarına aittir. Donohue full vizüalizasyon sağlamak ve efektif retroperitoneal lenfadenektomi için midline ulaşım ile peritoneal içeriğin mobilizasyonunu sağlayan midline ulaşımı geliştirmiştir. Bu ulaşımın avantajı insizyonun ve kapatımın kolay oluşu ve morbiditenin nisbeten az oluşudur. Düşük stage bir hastalık sergileyen hasta için dezavantajı peritoneal içeriğin ekstensif mobilizasyonuna ileus gibi potential adhesionlar ile muhtemel geç ince barsak obstrüksiyonlarıdır. Renal damarlar etrafındaki ve suprahiler saha içindeki diseksiyon transabdominal ulaşım

ile daha güç olabilmektedir (1,2).

Retroperitoneal bölgeye bir alternatif ulaşım Cooper ve arkadaşları tarafından tavsiye edilmiştir. Skinner insizyonu epigastriuma kadar yukarı ve paramedian insizyon gibi aşağıya uzatarak ulaşımı modifiye etmiştir. Torakoabdominal ulaşımın avantajı renal hiler ve perihiler strüktürlere bilateral olarak daha iyi ulaşım sağlamasıdır. İlave olarak düşük stage hastalık sergileyen hastalarda, postoperatif ileusu sınırlı düzeyde ve geç intestinal obstrüksiyonlara neden olan potential adhesyonları minimal düzeyde tutarak peritoneal zarf tamamen mobilize edilebilmektedir (1,3).

Standart flank insizyonu retroperitonyuma cerrahi ulaşımında bir çok yazar tarafından tavsiye edilen

bir ulaşım yoldur. Bu yolun avantajı ulaşımın nispete kolay olması ve ürolojistlerin alışık olduğu bir ulaşım yolu olması, ayrıca böbrek ve adrenallerin geniş vizüalizasyonunu temin etmesidir (1,2).

Flank ulaşımının iki dezavantajı vardır. Birincisi unilateral vizüalizasyon verebilmesi ve kontralateral bölge (özellikle adrenal tümörün varlığı durumunda) nin araştırılmamasıdır. İkincisi, standart flank insizyonunda perinefrik sahaya girme ve dolayısı ile total böbrek ve sürrenal mobilizasyonuna gereksinim duyulmamasıdır (1,3).

Paramedian insizyonlar anterior miline insizyonların avantaj ve dezavantajlarını sergilemektedir (1,3).

KAYNAKLAR

1. Richie, J.P., Retroperitoneal lymphadenectomy. In: Glenn, J.F., Graham, S.D. Urologic Surgery. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1991: 390-40.
2. Dreicer Robert, Williams R.D. Renal parenchymal neoplasia. In: Tanagho, E.A., Mc Aninch, J.W.: General Urology. USA, Publishing Division of Prentice Hall, 1992: 259-77.
3. Linehan, W.M.: Thoracoabdominal radical nephrectomy. In: Glenn, J.F., Graham, S.D.: Urologic Surgery. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1991: 47-59.
4. Forsham, P.H.: Disorders of the adrenal glands. In: Tanagho, E.A., Mc Aninch, J.W.: General Urology. USA, Publishing Division of Prentice Hall, 1992: 495-514.