

Retroperitoneoskopik Nefrektomi: Olgu Sunumu

Retroperitoneoscopic Nephrectomy: Case Presentation

Sezgin YILMAZ¹, Emre TÜZEL², Engin DOĞANTEKİN², Cem GÜLER²

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., Afyonkarahisar
² Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD., Afyonkarahisar

ÖZET: Retroperitoneal alana kolay ulaşılabilirlik ve ürolojik organlara doğrudan yaklaşım nedeniyle retroperitoneoskopi ürolojik cerrahide çekici bir yöntem haline gelmiştir. Bu çalışmada retroperitoneoskopik nefrektomi ile tedavi edilen bir olgu sunulmuştur. 14-03-2007 tarihinde kurumumuza bilateral lomber ağrı yakınmasıyla başvuran ve sağ nonfonksiyone böbrek saptanan 45 yaşındaki bayan hastaya retroperitoneoskopik nefrektomi yapıldı. Prosedür hasta lateral dekübitis pozisyonunda ve 3 port kullanılarak uygulandı. Retroperitoneoskopi hidrolik balon disseksiyonu yöntemiyle yeterli retroperitoneal boşluk oluşturularak yapıldı. Renal cerrahide retroperitoneoskopik nefrektomi minimal invazif, etkin ve güvenli bir yöntem olarak uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneoskopi, nefrektomi, laparoskopi, teknik, non fonksiyone böbrek

ABSTRACT: Retroperitoneoscopy is an attractive method for easy accessibility to urological organs in urology clinics. This paper represents a patient that has been operated by retroperitoneoscopic nephrectomy. A 45 years old patient was admitted to our clinic with bilateral lumbar pain and nonfunctioned right kidney at 14.03.2007. The patient was treated with retroperitoneoscopic nephrectomy. The procedure was performed while the patient was at lateral decubitus position and by using three ports. Retroperitoneoscopy was achieved producing an adequate retroperitoneal space by hydrolic balloon dissection method. Retroperitoneoscopic nephrectomy is a minimally invasive, effective and reliable method for patients with renal diseases.

Key Words: Retroperitoneoscopy, nephrectomy, laparoscopy, technique, non function kidney.

GİRİŞ

Malignite dışındaki birçok benign renal hastalıkta böbreğin cerrahi olarak çıkarılması gerekmektedir. En sık nefrektomi endikasyonları; semptomatik hidronefroz, hidronefrotik veya taşlı atrofik böbrek, enfeksiyonlar, komplike polikistik böbrek hastalığı ve travmalardır (1,2). Ürolojik endoskopik cerrahi, teknik zorlukları aşmak ve morbiditeyi en aza indirmek için yapılan çalışmalar sonucunda ve yeni yöntemlerin geliştirilmesi ile hızla genişlemekte olan bir konudur (3). Hastanede kalış süresinin kısalması, hasta morbiditesinin daha az olması ve daha iyi kozmetik sonuçların elde edilmesi retroperitoneoskopik ve laparoskopik girişimlerin majör avantajıdır (4). Retroperitoneal boşluğun pnömoinflasyonunu kolaylaştırıcı alet ve tekniklerin geliştirilmesiyle birlikte günümüzde ürolojik has-

talıklarının tedavisinde endoskopik retroperitoneal cerrahi hızla açık ve laparoskopik transperitoneal cerrahi yöntemlerin yerini almaya başlamıştır (5,6); bu da ürolojik cerrahların retroperitoneoskopik cerrahiye olan ilgilerinin dramatik bir şekilde artmasına yol açmıştır (7).

Bu yazıda retroperitoneoskopik yöntemle nefrektomi yaptığımız bir olgunun sunulması ve bu cerrahi yöntemin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Kurumumuza bilateral lomber ağrı ile başvuran ve sağ nonfonksiyone böbreği saptanan 45 yaşındaki kadın hastaya retroperitoneoskopik nefrektomi yapıldı. Hastaya operasyon öncesinde ayrıntılı bilgi verildi, ayrıca prosedürün açık operasyona dönebilme riski anlatılarak onayı alındı. Çekilen böbrek sintigrafisinde fonksiyonları normal olarak izlenen sol böbrek ve fonksiyone böbrek dokusunun izlenmediği sağ böbrek saptandı. Hastanın abdominal tomografisi de yaklaşık 3x4 cm ebatlarında nonfonksiyone atrofik böbrek ile uyumlu idi (Resim 1).

Resim 1. Hastanın 3x4 cm boyutlarında sağ atrofik böbreğin bilgisayarlı tomografi görünümü

Cerrahi teknik: İntratrakeal genel anestezi altında hasta lateral dekübitus pozisyonunda yatırıldı. Posterior aksiller çizgide, 12. kostanın 2 cm altından 1 cm.'lik bir cilt insizyonu yapıldı. İnsizyon parmakla yapılan künt disseksiyonla derinleştirilerek retroperitonda bir alan oluşturuldu. Daha sonra bu kesiden 28 F göğüs tüpüne bağlanan eldiven parmağı iletilerek 1000-1200 cc serum fizyolojik ile şişirilerek 5 dakika kadar beklenildi. Balon indirildikten sonra 10 mm.lik trokar ile retroperitoneal boşluğa girilerek CO₂ kaçağını önlemek amacıyla ipek askı sütürleri konuldu. 0 derece teleskop bu porta yerleştirildikten sonra ön aksiller çizgide krista iliaka'nın 2 cm üzerinden 1 adet 10 mm. lik trokar ve ön aksiller çizgide 12. kotun 4 cm altında 5 mm.lik trokar direk retroperitoneoskopik görüş altında yerleştirildi. CO₂ insuflasyonuna başlanarak basınç 15-17 mmHg arasında tutuldu. Kaudaldeki 10 mm.lik trokardan endokamera, 5 mm ve 10 mm.lik portlardan gerektiğinde endodissektör forseps, endomakas, endograsping forseps, endoaspiratör konularak kullanıldı. Teleskopik görüş altında Gerota fasyasının insizyonundan sonra böbrek çevre yağ dokusundan künt disseksiyon ve klipler yardımı ile tamamen ayrılarak serbestleştirildi. Böbrek pedikülü tanımlandı. Renal arter ve ven ortaya konuldu. Ardından renal arter, renal ven ve üreter 'weck' kliplerle kliplendi ve endomakas ile kesildi. Böbrek endobag içerisine yerleştirilerek dışarı alındı. Operasyon süresince herhangi bir yapıyı retrakte etme gereksinimi duyulmadı. Operasyon alanı irrije edilerek kanama kontrolü yapıldı. Kaudaldeki trokarın yerine bir adet lastik dren kondu. Diğer trokarlar çıkarılarak cilt 3/0 prolene sütürlerle kapatıldı. Sağ nonfonksiyone böbrek ve lomber ağrı nedeniyle retroperitoneoskopik nefrektomi yapılan hastanın

hastanede kalış süresi 4 gündü. Patolojik inceleme sonucu; kronik pyelonefrit, atrofik böbrek olarak saptandı. Komplikasyon görülmedi.

TARTIŞMA

Laparoskopik transperitoneal nefrektomi ilk defa Clayman tarafından tanımlanmıştır. Gaur'un 1992'de balon dissektörü geliştirmesinden sonra ise retroperitoneal yaklaşım uygulanmaya başlamıştır (5,8). Hastamızdaki nonfonksiyone atrofik pyelonefritik böbreği olan 45 yaşındaki bayan hastaya retroperitoneoskopik nefrektomi yöntemi başarıyla uygulanmış, operasyon 140 dk sürmüş ve hasta postoperatif 3. gün şifa ile taburcu edilmiştir. Hastaya retroperitoneal balon disseksiyonu ve CO₂ insuflasyonu ile yeterli bir pnömo-retroperiton oluşturuldu. Postoperatif dönemde hastada hiperkapni gözlenmedi ve CO₂ insuflasyonu iyi tolere edildi. Çıkarılan böbreğin patolojik incelemesi sonucu kronik pyelonefrit ve atrofik böbrek olarak saptandı.

Basit bir teknik olan atravmatik balon disseksiyonu yönteminin geliştirilmesinden sonra, direkt endoskopik retroperitoneal giriş ile çalışması kolay, tatminkar bir retroperitoneal boşluk oluşturmak ve retroperitoneoskopik cerrahi girişimleri uygulamak mümkün olmuştur (5). Sonuç olarak retroperitoneoskopik nefrektomi alternatif bir yaklaşım olup artan tecrübe ile pahalı ve tek kullanımlık malzemelere gereksinim azaldıkça daha ucuz malolacaktır. Daha az hastanede kalış süresi, daha az postoperatif ağrı ve daha iyi kozmetik sonuçları nedeniyle retroperitoneoskopik nefrektomi seçilmiş hastalarda uygulanabilir bir cerrahi tedavi seçeneğidir.

KAYNAKLAR

1. Fornora P, Doehn C, Friedrich HJ et al. Nonrandomized comparison of open flank versus laparoscopic nephrectomy in 249 patients with benign renal disease. *Eur Urol.* 2001; 40:24-31.
2. Schiff M Jr, Glazier WB. Nephrectomy: Indications and complications in 347 patients. *J Urol.* 1997; 118: 930-931.
3. Chan YK, Pope AJ, Webb DR. Extraperitoneal laparoscopy: anatomical dissections with experimental balloon dilators. *Br J Urol.* 1996; 77: 296-301.
4. Guazzoni G, Montorsi F, Bocciardi A, Pozzo LD, Rigatti P, Lanzi R, Pontiroli A. Transperitoneal laparoscopic versus open adrenalectomy for benign

- hyperfunctioning adrenal tumors: A comparative study. J Urol. 1995; 153:1597-1600.
5. Gaur DD. Laparoscopic operative retroperitoneoscopy: Use of a new device. J Urol. 1992; 148:1337-1339.
 6. Takeda M, Go H, Watanabe H, Kurumada S, Obara K, Takahashi E, Komeyama T, Imai T, Takahashi T. retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy for functioning adrenal tumors: Comparision with conventional transperitoneal laparoscopic adrenalectomy. J Urol. 1997; 157: 19-23.
 7. Winfield HN, Donovan JF, See AW, Loening SA, Williams RD. Urological laparoscopic surgery. J Urol. 1991; 146: 941-948.
 8. Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ et al:Laparoscopic nephrectomy: initial case report. J Urol. 1991; 146: 1278-1282.

