



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 13, Sayı: 2, 235-237, 1987

TRANSPERİTONEAL NEFREKTOMİ TRANSPERITONEAL NEPHRECTOMY

TOKTAY, H.N.^(*)

ÖZBEN, S.^(*)

SEMERCI, B.^(*)

GİRİŞ

Üriner sistem organları ekstrapéritoneal yerleşme gösterdiklerinden, bu organların cerrahi girişimi de ekstrapéritoneal yol ile yapılabilir. Bu yaklaşım ile hasta periton içi komplikasyonlardan (peritonit, brit, intrapéritoneal sızıntı ve abse, aksidental batın organı yaralanması gibi) korunulur. Ancak ekstrapéritoneal yol ile her zaman amaç gerçekleşemez ve nefrektomi yapılamaz. Endikasyonlarına daha sonra değineceğimiz bu gibi olgularda operasyonun transperitoneal yol ile yapılması zorunludur.

Transperitoneal anterior girişde hasta sırt üstü yatırılır. Bu şekil yatış hem anestezi kolaylığı ve hemde anestezi emniyeti bakımından üstünlük taşır. Keza post-operatif dönemde hasta tarafından daha iyi tolere edilir, hasta daha rahat yatar.

İnsizyonun daha geniş olabilmesi, intrapéritoneal organların ve büyük damarların gözlem altında olması tekniğin diğer avantajlarından. Beraberinde intrapéritoneal patolojinin saptanıp tedavi edilebilmesi, anatominin daha iyi anlaşılıp, disseksiyonun daha güvenli yapılması sağlanır. Keza bu yol ile her iki böbreğe de ulaşım sağlanabilir.

Böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisi sırasında böbreğe yapılan müdahaleler buradan kopan tümör parçaları ile tümör emboli ve metastazlarına sebep olabilir. Bu nedenle böbrek manipüle edilmeden böbrek ştilinin pense edilmesi gerekir. Bu da ancak transperitoneal yol ile yapılan operasyonlarda mümkündür.

Bütün bu saydığımız üstünlüklerden sonra transperitoneal yolun endikasyonlarını şöyle sıralayabiliriz:

- 1 — Böbrek tümörleri
- 2 — Böbrek damarlarına yapılacak cerrahi müdahaleler
- 3 — Aşırı derecede yapışıklık gösteren taşlı ve taşsız pyonefroz vak'aları

(*) E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Aşağıda zikredeceğimiz hastalar transperitoneal tekniği gerektiren olguların bir kısmı olup, özelliklerine ve alınan sonuçlara değinilecektir.

VAK'A TAKDİMLERİ					
Olgu	Yaş	Seks	Operasyon Nedeni	Operasyon Şekli	Sonuç
1.S.Ç.	67	E	Sol ektopik böbrekte fistüle pyonefroz kalküloz	Transperitoneal Nefrektomi	Şifa
2.N.A.	26	E	Sağ renal fistül	"	Şifa
3.T.B.	21	E	Sağ böbrek tümörü	"	Şifa
4.M.M.	63	K	Sol nüks böbrek taşı (Fistülize)	"	Şifa
5.M.A.	77	E	Sol renal tüberküloz	"	Şifa

Tablo: 1 - Ameliyat edilen 5 hastanın mukayeseli görünümü.

Hastalarımızdan bazıları oldukça yaşlı olmasına karşın operasyon oldukça iyi tolere edilmiş ve hiç bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Tüm hastalarımız çok rahat ve kısa bir post-operatif periyod geçirmişlerdir. Operasyon sırasında bu tekniğin gerçekten kullanıma zorunluluğu gözlenmiş ve ekstraparitoneal yoldan yapıldığı takdirde ameliyatın başarılı olamayacağı kanısı hasıl olmuştur.

TARTIŞMA

Bilindiği üzere ilk nefrektomi 1861 yılında Wolcott tarafından ve transperitoneal yolla yapılmıştır. İlk ekstraparitoneal nefrektomi ise 1869 yılında Simon tarafından gerçekleştirilmiştir⁽⁵⁾.

O tarihlerden beri böbrek cerrahisinde hangi metodun uygulanması tartışması süregelen, daha sonraları ise üçüncü bir yol olarak torako-abdominal teknik geliştirilmiştir⁽³⁾.

Bugün artık etkili antibiotiklerin kullanımı ve güvenli anestezi metodlarının uygulanışı ile transperitoneal yolun tehlikeleri oldukça azalmıştır⁽²⁾. İlerlemiş böbrek tümörü olgularında çok defa, nefrektomi sadece transperitoneal yol ile gerçekleştirilebilir. Zira mükemmel bir ekspozür ve pediküle ulaşma ancak bu yol ile kabildir. Gerçekte de tümör nefrektomilerinde böbrek manipüle edilmeden pedikülün pense edilme gerçeği ancak bu yol ile başarılr. Böbrek veninde veya vena kava'da olabilecek tümör trombüsleri ancak bu yol ile tanınip eksize edilebilir⁽²⁾. 1900 yıllarında %34'lük mortaliteye ulaşan transperitoneal tümör nefrektomisi, 1920'lerden sonra giderek azalarak, 1960'larda operatörü korkutmayacak boyutlara indirilmiştir^(2,4).

Renal pelvisin nüks operasyonlarında ve özellikle pyeloplasti yapılmış veya yapılması gerekiyorsa, retroperitoneal yolun tekrar kullanılması zor, tehlikeli bazen de imkânsızdır⁽²⁾. Yapışıklıklar ve skar dokusu anatomiyi bozar ve tamiri güçleştirir.

Retroperitoneal yolun denendiği bu gibi olgularda kolona ve vena kava'ya hasar verme riskleri yüksektir. Transperitoneal yaklaşımda ise risk solda dalak yaralanmasından ibaret olup, dikkat edilirse bir sorun teşkil etmez.

Travma gibi böbrek ile birlikte intraperitoneal lezyon ihtimali de bulunan olgularda ise seçilecek yegâne yol transperitoneal yaklaşımdan ibarettir^(1,3,4).

SONUÇ

Uygun anestezi ve etkili antibiotikler sayesinde günümüzde transperitoneal yol yapılacak böbrek ameliyatları özel bir risk teşkil etmemektedirler. Bizim olgularımızda da hiç bir komplikasyon gözlenmemesi bu sonucu doğrulamaktadır. Bu nedenle endike olan her durumda transperitoneal yol seçilmelidir.

ÖZET

Böbrek üzerinde yapılan konservatif ameliyatlar çeşitlidir. Radikal müdahale ise böbreğin gereğine binaen çıkarılmasıdır. Buna nefrektomi diyoruz.

Genellikle bunu basit olgularda ekstraperitoneal metodla yapmaktayız.

Fakat bazı istisnai hallerde (Me: ileri perinefritis gösteren nüks böbrek taşı, böbrek tümörü, böbrek fistülü, v.s.) transperitoneal yol tercih edilmektedir.

Bu yazımızda takdim ettiğimiz 5 olgu buna misal teşkil etmektedir. Ameliyatla bir böbreği çıkan bu hastalarımızın hepsi de şifa ile taburcu olmuşlardır.

SUMMARY

Conservative renal surgery has a big variety based upon the pathologic condition. However radical intervention consists of removal of the diseased kidney (nephrectomy) when thought to be necessary.

In general we do nephrectomy in simple cases by the extra-peritoneal method. However in some exceptional cases (e.g.: recurrent renal stones with perinephritis, renal tumors and fistulae, etc.) the transperitoneal route should be employed.

In this article we have presented 5 cases to give some examples of the latter method.

All our 5 patients had a normal post-operative course and were discharged with complete recovery.

KAYNAKLAR

- 1 — David, A. Swanson and Philip M. Borges: Complications of transabdominal radical nephrectomy for renal cell carcinoma. J.Urol., Vol.129:704-707, April 1983.
- 2 — Domingo Antonio, Jr., M.D.: A Second look at the transperitoneal approach to the kidney. Brit. J.Urol., Vol.41:604, October 1969.
- 3 — Richard G. Middleton and Andrew J.Presto, III: Radical thoracoabdominal nephrectomy for renal cell carcinoma. J.Urol., Vol.110:36-39, July 1973.
- 4 — Russell F. Scott, JR and Harold M. Selzman: Complications of nephrectomy review of 450 patients and a description of a modification of the transperitoneal approach. J.Urol. Vol.95:307-312, March 1966.
- 5 — Toktay H.N., Tanrıverdi, H.: Böbrek ve ureter cerrahisinde transperitoneal müdahale. E.Ü.Tıp Fak. Mec. Vol.3:135-140, 1964.