TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt : 11, Sayı : 4, 399-404 1985

POSTERIOR VERTİKAL LOMBOTOMİ : 205 VAK'A RAPORU

POSTERİOR VERTİCAL LOMBOTOMY (REPORT OF 205 CASES)

Ş.Y. ÖNOL (*)

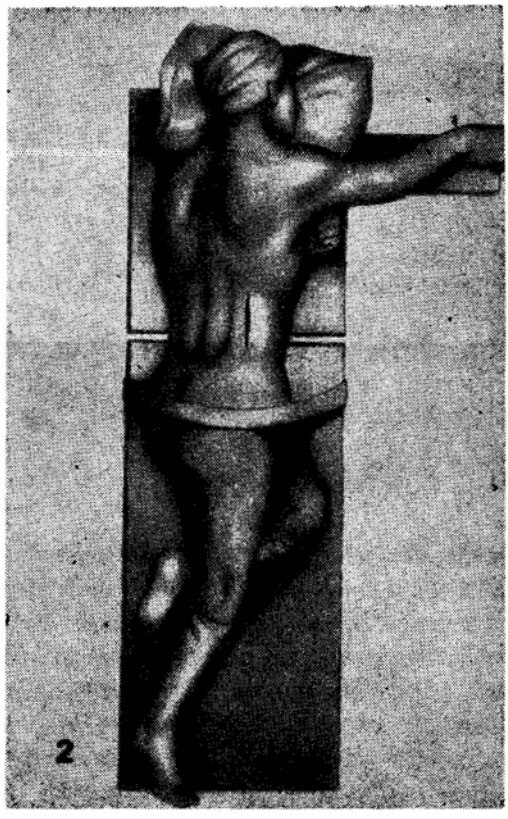
İlk kez böbreğe yaklaşım, geçen yüzyılda posterior girişimle başlamıştır. (Simon 1869). Sonraları, pek çok girişim yolları tanımlanmıştır. Fakat Frank yaklaşım her dönemde en çok kullanılan kesi olmuştur. Bunun bilinen dezavantajları, böbreğe kısa ve en az travmatizan posterior yaklaşımların geliştirilmesini zorlamıştır. 1956'da Lurz : 1965'de Gil-Vernet, posterior girişimle opere ettikleri serilerini yayınlamıştır. (-2). Avrupa ülkelerinde giderek çok daha taraftar ve uygulama alanı bulmaya başlıyan bu kesinin Amerika'da benimsenmesi 1975'lerden sonra olmuştur.[3]

PVL böbrek ve üst üreterin pek çok lezyonlarına kolay ve çabuk ulaşım imkanı verir. Morbidite minimaldir. Ameliyat sonu önemli ağrı olmadığından, Harbison bu girişimle transplantasyon nefrektomisi yaptığı vak'a serisini «Ağrısız Nefrektomiler» başlığı altında yayınlanmıştır. Biz de 1977'den beri uygulamakta olduğumuz 205 vak'alık serimizi sunuyoruz.

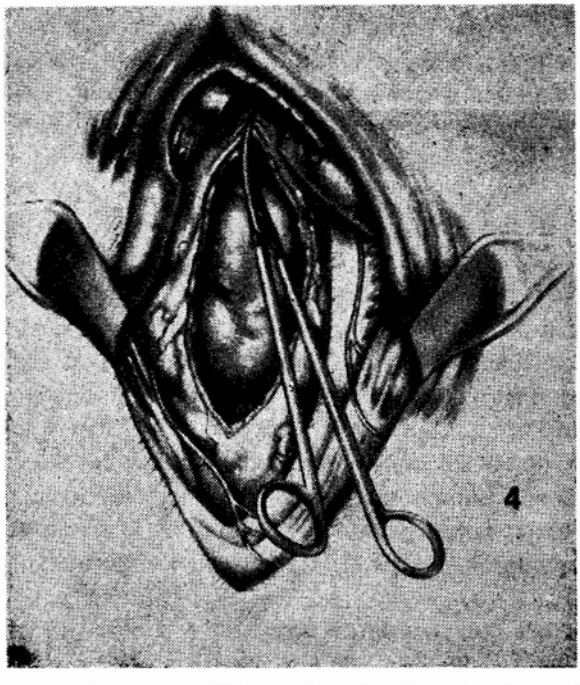
TEKNİK

Hasta, yan pozisyonda biraz daha karın üzerine yatırılarak, tespit edilir. Masanın kırılmasıyla kot ve Crista iliaca arası gerdirilmiş olur. (Resim 1). Cilt kesisi 11 veya 12 kot üzerinden başlar. Sakro spinal adelenin dış kenarının 1 cm. lateraline paralel olarak devam ederek, Crista iliacaya kadar uzanır. Lat. Dorsi ve Mus. Ser. Post. Inferior kesilir. 12. Gerekirse 11. kotun 2-3 cm. lik proksimal bölümü rezeke edilir (Resim 2). Alt planda, kesi hattına uygun olarak, Lombodorsal facia geçilir. Operasyon alanını oblik olarak geçen Sub Costal ve iliohipogastrik sinirler kolayca uzaklaştırılarak, perirenal yağ dokusu ve Gerotada geçilerek, böb-

(*) Haydarpaşa Ask. Eğit. Hast. Üroloji Doçenti.



2



4

rek loluna varılır. Arkadan kolayca ulaşım mümkün olduğundan, üreter ve pelvis taşlarında böbreği mobilize etmeye gerek yoktur. 12. ve 11. kot rezeksiyonu yapıldığında, Nefrektomi gerektiren vak'alarda böbreği tam olarak mobilize edebilecek operasyon alanı elde edilir. Ameliyat tamamlandıktan sonra, yuvarlak lastik diren en uygun pozisyonda yara dışından çıkarılır. Gerota yaklaştırıldıktan sonra, kesinin kapatılması için lombodorsal fasyanın dikilmesi, Lat. Dorsinin yaklaştırılması yeterlidir.

SONUÇLAR

1977'den Günümüze Kadar 205 Vak'a Bu Girişimle Opera Edilmiştir.

OPERASYON	SAYI	P.O. ORTALAMA HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ
Üreterolitotomi	66	3.4
Pyelolitotomi	87	4.7
Pyelonefrolitotomi	39	5.5
Nefrostomi	3	Değerlendirilmeye alınmadı.
Açık renal biopsi	2	1
Nefropeksi	2	4
Pyeloplasti	5	12.4
Nefrektomi	1	6

Önceleri üst üreter ve basit pelvis taşları için kullandığımız bu girişimi tecrübemiz arttıkça daha komplike vak'alarada uyguladık. Tabloda vak'aların dağılışı görülmektedir. Post. Op en kısa hastanede yatış 1, en uzun ise 12.4 gündür. Operasyon cinslerine göre ortalama yatış süreleri yine tabloda görülmektedir. Pyelolitotomili bir vak'a, P.O. birinci gün miyokard enfarktüsü nedeni ile kayb edilmiştir.

Hastalar operasyonda 12 ila 24 saat sonra kolayca mobilize edilebilmişler, hafif ağrıları basit oral analjeziklerle giderilmiştir. Fakat kot rezeksiyonu yapılan vak'alarda, yapılamayanlara oranla, daha çok eğri şikâyetleri olmuştur. Hatt I.V. analjezik gerektirmişlerdir.

Vak'aların yaş dağılımı 15 ile 75 arasındadır. Yaş ortalaması, 27 olarak bulunmuştur. 68 bayana karşın 137 erkek opere edilmiştir. 38 hasta daha önce Flank kesi ile opere edilmiş sekonder vak'lardır. Bunlardan 6'sı aynı taraftan iki kez klasik subkostal girişimle ameliyat olmuşlardır. (Resim 3).

Serimizde PVL ile opere ettiğimiz yalnız bir hastayı, 5 yıl sonra nüks pelvis taşı nedeniyle yine PVL ile opere ettik. Bu tek sekonder PVL'li hastamızdır.

TARTIŞMA

PVL'de; Flank kesiye göre ameliyat sonu adele atrofisi, karın duvarı atonosi, pareztezi ve ağrılı hiperesteziye neden olan sinir kesilmesi ve doku hasarı ihtimali yoktur[5].

Lombotomi kesisi ile opere edilen hastaların çabuk mobilize edildikleri, analjezik taleplerinin çok az olduğu gösterilmiştir[6,7].

Ameliyat sonu hastanede kalmak süresinde, pek çok faktörler söz konusu olan bile, hastanın her ihtiyacını görebilecek fiziksel aktiviteye tekrar kavuşması önemli bir indikatördür.

PVL ile opere edilen hastaların, Flank kesi ile edilenlere göre 2 ile 4 gün daha az hastanede kalmalarının ekonomik önemi açıktır. Ayrıca, bu hastalar kısa sürede görevlerine döndüklerinden iş gücü kaybı azdır. Bu nedenle, muayenehane hekimliğinde cerrah için para kazandıran kesi özelliği de taşımaktadır. Lombotomi ile, renal mobilizasyon gerektirmeyen pelvis ve üreter operasyonları daha ideal olarak yapılır. Fakat, tecrübe kazanıldıkça daha güç renal müdahalelerde güvenli olarak yapılabilir. Nitekim bizim 42 vak'amız bu tipte hastalardı. Resim 4 ve 5'de böyle hastaya ait ameliyat önce ve sonrası filmler görülmektedir.

Lombotomi sınırlı bir ameliyat alanı verdiğinden, ürolog için başlangıç kısmen güç bir girişimdir. Fakat hastaya kolay ve rahat arter ve vene de kontrol mümkün olacaktır[8,9].

Ayrıca, kifoskolyotik hastalarda PVL'nin ideal bir yaklaşım olduğunu gösterilmiştir[10].

Vak'aların seçiminde, önceleri kosto vertebral açı ve krista ilyakalar arası mesafesi geniş olan uzun boylu hastalar tercih edilmiştir. Sonraları, kot rezeksiyonları sayesinde, bunun hiç sakınca teşkil etmediği görülmüştür. Nitekim bizim bir vak'amızın boyu 1.49 cm. kadar kısa idi.

Kesinin langer çizgilerinin çaprazlaması, Flank kesiye oranla daha kötü skar dokusu oluşmasına neden olur. Bu PVL'nin en önemli dezavantajını teşkil eder.

ÖZET

Sekiz yıldır uyguladığımız 205 vak'alık posterior vertikal lombotomi serimizi sunuyoruz. Bu yaklaşımla basit üst üreter ve pelvis taşlarının yanında, kalislere derinlemesine girmemiş koroliform ve multipl taşlar, pyeloplasti, nefropeksi hatta nefrektomi operasyonları yapılabilmiştir. Ayrıca daha önce flank kesi ile opere edilmiş sekonder vak'alarda bile uygulanabilmiştir. Ameliyat sonu ağrı çok azdır. Flank kesiye oranla hastanede yatış süresi çok daha kısadır. Girişim güçlülüğüne rağmen, postoperatif avantajları nedeni ile bu kesi dünyada giderek daha çok taraftar bulmaya başlamıştır.

SUMMARY

We are presenting our 190 cases that we have been performing for eight years. Upper ureteric and pelvis stones and also simple koraliform and multipl stones, pyeloplasty, nephropexy and nephrectomy operations could had been done by this route. It also can be applied to the cases which had been operated with classic flanc incision. Patients feel less postoperative pain. They can be mobilized very soon. Hospital stay is also less than the others. For better operating field we rutinely remove 3 cm. proximal part of 12. th. rib and sometimes 11. th. rib. Although surgeon can be facer some difficulties. This approach is being more popular among the urologist, because of its advantages.

KAYNAKLAR

1 — **Lutzeyer, W.:** Lumbodorsal surgery. In GLENN J.F. Urologic Surgery. Third Ed. pp. 303-313. J.B. Lippincott Comp. Phil-Toronto. 1983.

2 — **Gil-Vernet, J.:** New Surgical Concepts in Removing Renal Calculi. Urol. int, 20:255, 1965.

3 — **DAS, S., HARRIS, C.J., AMAR, A.D., EGAN, R.:** Dorsovertical lombotomy Approach for Surgery of Upper Urinary Tract Calculi. J. Urol. 129:266, 1983.

4 — **HARBISON, P.:** Painless Nephrectomy. Brith J. Urol. 46; 121, 1974.

5 — **KROPP, K.:** Posterior Approach to the Kidney. Surg. Clin. North America. 51-251, 1971.

6 — **GARDINER, R.A., NAUTAN-MORGAN, J.C., WHITFIELD, H.N., et al...:** The Modified Lumbotomy Versus The Oblique Loin Incision For Renal Surgery. Br. J. Urol. 51-256, 1979.

7 — **BRANDSTETTER, L.H., and SCHWERÜNED, F.N.:** Comparison of Gil-Vernet and Classic Flank Appoaches Pyelo and Üreterolithotomy. Urology. 5-37, 1975.

8 — **ANDALORO, V.A., LILIEN, D.M.:** Posterior Approach to the Kidney. Urology. 5-600, 1975.

9 — **FREIHA, F., ZEINEH, S.:** Dorsal Approach to Upper Urinary Tract. Urology. 11-15, 1983.

10 — **GIL-VERNET, J.M., BALLESTEROS, J.J., FIGELS, J.:** A New Approach to the Kidney in Kyphoscoliosis. Eup. Urol. 2-105, 1976.