BÖBREK ve TESTİS TÜMÖRLERİNDE TORAKOABDOMİNAL YAKLAŞIM: 16 OLGU

THORACOABDOMINAL APPROACH FOR TESTICULAR AND RENAL TUMORS

ÖNOL, Ş.Y., ERDEN, D., ALAGÖL, B., ALBAYRAK, S.

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

Torakoabdominal girişimle opere ettiğimiz 16 olgumuzda edindiğimiz deneyimler bize bu girişimin hastalarca iyi tolere edilen, düşük morbiditeli ve bütün retroperitoneal tümörlerde uygulanabilecek bir yöntem olduğunu göstermiştir. Özellikle yüksek evreli ve büyük hacimli testis ve böbrek tümörlerinde ideal bir yaklaşımdır.

SUMMARY

Our experiences in 16 cases with thoracoabdominal approach has shown that it is well tolerated, low morbitited and easily used in all retroperitoneal tumors having a large surgical exposure. This approach should be considered ideally for the treatment of the high stage testicular tumor's RPLND.

GİRİŞ

Ne tür kesi olursa olsun, retroperitoneal bölgenin transperitoneal yaklaşımı bazı anatomik engeller taşır. Buna karşılık özellikle renal hilumun üzerindeki retroperitoenal patolojilerde ve büyük hacimli böbrek tümörlerinde torakoabdominal yaklaşım geniş bir görüş alanı vermesi yönünden avantaj taşır.

Torakoabdominal girişim ilk kez SWEET tarafından 1947'de mide fundusundan gelişen bir tümör rezeksiyonu için kullanılmış, 1949'da CHUTE ve arkadaşları bu girişimi büyük kitleli böbrek tümörleri için uygulamıştır[11]. Aynı yaklaşım ilk kez COOPER tarafından 1950'de nonseminomatöz testis tümörlerinin RPLND'si için yapılmıştır.[3] 1970'li yıllardan sonra da tüm retroperitoneal patolojiler için SKINNER tarafından popülerize edilmiştir[8].

Deneylerimiz, bize daha önce uyguladığımız RPLND'larda, özellikle suprahiler disseksiyonda, transperitoneal yaklaşımın yeterli olmadığını göstermiştir.[5] Bu kez üç yıllık süre içinde 10'u testis, 6'sı böbrek olmak üzere toplam 16 tümörlü olguda uyguladığımız torakoabdominal yaklaşımla ilgili deneyimlerimizi sunuyoruz.

GEREÇ VE YÖNTEM

1986-1989 yılları arasında kliniğimizde 10'u non-seminomatöz testis RPLND'u, 6'sı böbrek tümörü olmak üzere 16 olguda torakoabdominal girişim uygulandı. Tüm olgular bilgisayar tomografisi ile evrelendirildi. Yüksek evreli 5 testis tümör olgusu kombine kemoterapi tamamlandıktan 4 hafta sonra operasyona alındı. Evre A olarak belirlenen 5 testis tümör olgusunun ikisinde operativ evrelendirme B_1 olarak saptandı. Bu olgular belirli aralıklarla postoperativ kemoterapiye alındı.

Girişim radikal nefrektomi amacıyla büyük hacimdeki ya da üst polü tutan tümörler için kullanıldı. Altı olgunun biri I'nci, üçü II'nci, birisi de III'ncü evre tümörleri idi.

III'ncü evrede 2 olgumuza Na-nitroprusside ile hipotansiv anestezi uygulandı.

CERRAHİ TEKNİK

Hastanın pozisyonu iyi ayarlanmalıdır. Bunun için yan yatırılan hastanan tam kalça kemiği kenarından ameliyat masası kırılarak 30°C'lik açı kazandırılır. Alt bacak 90°C bükülür, iki bacak arasına boydan boya yastık konur. Aynı taraf omuz 30°-50° kadar öne çevrilir, kol göğüsü çaprazlayarak kol desteğine tespit edilir. Boydan boya hem sırta hem de karın bölgesine iki adet rulo yas-

tık konur. Böylece hiperekstansiyon durumuna getirilen hasta flasterle omuz, kalça ve ayaklardan tesbit edilir (TORQUED - FLANK pozisyonu)[4, 8, 9].

Kitle ne kadar büyük hacimde ise o kadar yukarıdan olmak üzere kesi orta aksiller çizgide 7, 8, 9 veya 10. kot üzerinden başlar[9]. Kot boyunca kostokondral bileşiğe, epigastriuma uzar, aşağıya pubise doğru paramedian kesi şeklinde devam eder. Üzerindeki adaleler kesilerek subperiostal kot rezeksiyonu yapılır. Rektus adalesinin ön kılıfı kesilir. Rektus adalesi epigastrium bölgesinde enine tam olarak kesilir ve adale linea alba'dan ayrılarak laterale çekilir. Böylece rektus adalesinin denervasyonu ve postoperativ karın duvarının zaafiyetinin ve diastazının önlenmesi amaçlanır. Kostokondrol bileşik Mayo makası, kartilaj altından batın tarafına sokarak kesilir ve ayrılır. Bu işlem karın adale ve fasyaları ile periton arasında klivajı ortaya çıkaracağı için önemlidir. Retroperitoneal bölgeye ulaşmak için anahtar manevradır.

Şimdi periton künt ve keskin disseksiyonla karın adale ve fasyalarından ayrılacaktır. Karın adalelerinin rektus adalesine kılıf yapmak için birleştikleri yerde periton alt dokulara çok yapışıktır. Peritonu arka rektus kılıfından ayırmak için keskin disseksiyon gerekir. Mezomorfik ve endomorfik kişilerde periton ve arka rektus kılıfı arasında ince areolar yağ tabakası olduğu için disseksiyon daha kolay olabilir. Böylece periton yanlarda transversus abdominus fasyasından yukarda, diyafragmadan önde rektus arka kılıfından, arkada quadratus lumborumdan disseke edilip ayrılmış olacaktır. Arka rektus kılıfı longitudinal olarak kesilir. Üstte kot yatağı boyunca plevra arka periosteum ile birlikte kesilip, göğüs boşluğuna girilir. Diafragma adalesi liflerine paralel olarak plevra ile birlikte kesilir. Aynı taraf akciğer, mediastan ve supra-klaviküler bölge incelenir. Şimdi Gerota fasyasının ön yüzü ile arka parietal periton arasındaki klivaj oluşturulacaktır. İki oluşum arasında ince fibroareolar bir doku vardır. Bu dokunun tanınması disseksiyon kolaylaştırıcaktır. Periton kılıfı arkaya böbreğin apikal bölgesinden döndüğü için klivaj oluşturmaya yukardan başlamak daha iyidir. Bu klivaj, disseksiyonu karşı tarafa devam ettirecektir (Resim 1). Superior mezenterik arterin belirlenmesi, retroperitoneal cerrahide büyük önem taşır.[7, 9, 11] En kolay, inferior mezenterik venin splenik ven ile birleşip portal vene döküldüğü yeri saptayarak yapılır. Superior mezenterik arter sol renal venin önünden geçer. Bu anatomik ilişki retroperitoneal anatominin analışılması ve SMA'in emniyeti için gereklidir. IMA yaşlı hastalar dışında kesilip bağlanabilir. İsteniyorsa periton kesilerek batın içi organları kontrol edilir ve periton tekrar kapatılır.

Bundan sonra disseksiyon operasyonun tipine göre değişecektir. Nonseminomatöz testis tümör RPLND amaçlı girişimin bu noktadan sonraki disseksiyonu transperitoneal olanla aynıdır. Operasyon nefrektomi amaçlı yapılıyorsa renal arter, ven ve üreter bağlandıktan sonra gerota fasyasının arka yüzü lumbar adaleler ve psoas adalesinden disseke edilip ayrılır. Kitle unblock olarak çıkarılır. İleri evreli ve büyük hacimli böbrekm tümörlerinde renal pediküle retroperitoneal ulaşmak mümkün olmayabilir. Bu durumda periton longitudinal olarak açılarak, böbrek damarlarına intraperitoneal olarak ulaşılır.[4, 8]

Resim 1: Periton kesesi diseke edilmiş karşı tarafa geçirilmiş.

TARTIŞMA

Torakoabdaminal girişimle ilgili yayınlar bu yöntemle büyük kitleli retroperitoneal patolojilerin bile rezeksiyonunun mümkün olabileceğini göstermiştir[1, 6, 9, 10].

Uyguladığmız bu girişimin ileri evre böbrek ve testis tümörlü olgularımızda dahi avantajlı olduğunu gördük (Resim 2-3).

Komplikasyonlar diğer girişimlerde görünenlerden bir farklılık göstermez. Operasyon retroperitoneal olarak yapıldığında postoperativ ileus minimaldir. Hastalar erken dönemde peroral beslenebilirler.

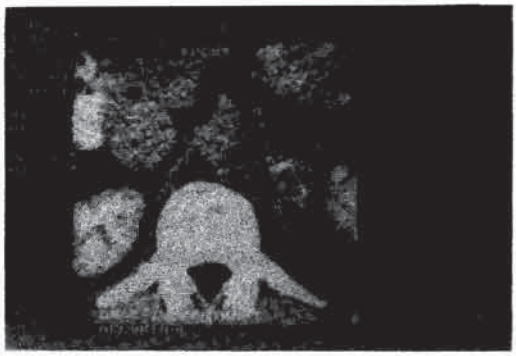
Cysterna chyli, aorta ve vena kava arasında, sağ renal venin çıkışının hemen arkasında lokalizedir. Bağlanmaz ise postop dönemde lenf kaçağına ve protein kaybına neden olacaktır. Fakat bu komplikasyon kendi kendine düzelir yapıdadır[9]. Bizim bir olgumuzda rutin postoperativ taramada uyguladığmız bilgisayarlı tomografide lenfosel saptanmıştır. Altı ay sonraki kontrolde büyük oranda kaybolduğu gözlenmiştir.

Hemopnömotoraksın önlenmesi yönünden göğüs boşluğunun su altı drenajına bağlanması önerilmektedir. Olgularımızın hiç birine toraks tüpü konulmamış, postop, erken dönemde çekilen rie grafilerinde akciğerlerin normal olarak havalandığı görülmüştür. Plevranın diafragma kot yatağında ise arka periost ile birlikte hava sızdırmak olarak dikilmesi şartı ile, rutin olarak su altı drenajının kullanılmasını gerekli görmüyoruz.

Özellikle yaşlı hastalarda inferior mezenterik arterin ligasyonuna bağlı diyare oluştuğu bilinmektedir[1]. Bir olguda gördüğümüz bu komplikasyon basit konservatif önlemlerle tedavi edilebilmiştir.

Çoğunlukla peritoneal boşluğa girmeye gerek yoktur. İsteniyorsa karın içi organları periton açılarak kontrol edilebilir. Yüksek evreli böbrek tümörlerinde renal pediküle retroperitoneal yolla ulaşmak mümkün olmayabilir. Bizim iki olgumuzda yaptığımız gibi intra ve ekstraperitoneal müşterek bir yaklaşımla kitle çıkarabilir.

Her türlü büyük hacimdeki tümöral kitlelerin çıkarılmasında kan kaybını azaltmak için hipotansiv anestezi uzun zamandan beri kullanılan etkili bir yöntemdir. Biz Na-nitroprusside ile 2 üçüncü evre böbrek tümörü olgumuzda hipotansiv anestezi yöntemine baş vurduk. Sonuç, postop kemoterapi yapılıp yapılamayacağına karar verdireceği için düşük evreli testis tümörlerinin retroperitoneal lenfadenomektomisinde daha dikkatli olmalıdır[10]. Bilgisayar tomorafisine göre evre A olarak belirlenen 5 olgumuzun ikisinde operativ stage'leme B_1 olarak belirlenmiştir. Hastalar postop kemoterapiye alınmıştır.



Resim 2: İleri evre testis tümörü olgusunda inter krural metastas

Resim 3: Aynı olgunun P.O. prek grafisinde subrahiler diseksiyonun belirtisi Hemoklipler

Kot rezeksiyonuna bağlı postop ağrının azaltılması için önerilen teknikler vardır[2]. Bizim olgularımızda basit analjeziklerle sorun giderilmiştir.

Operasyon süresi retroperitoneal patolojinin yaygınlığına göre ciltten cilde 4 ile 7,5 saat olup, diğer major cerrahi girişimlerden farklılık göstermez. Kesinin oldukça uzun olması bir dezavantaj olarak kabul edilebilir (Resim 4).

Resim 4: Erken P.O. dönemde cilt kesisi izi

SONUÇ

16 olguda uyguladığımız bu girişimin hastalarca çok iyi tolere edilmiştir. Operativ mortalite yoktur. İki olgu dışında retroperitoneal çalışıldığı için hastalar postoperativ erken dönemde peroral beslenebilmiş ve mobilize edilmişlerdir. Bir hafta içinde hastaneden çıkabilir duruma gelmişlerdir. 16 olgunun 9'unda 8,5'inde 9, 2'sinde 10. kot rezeke edilmiştir. Kısa süreli toroakosentez gerektiren bir olgunun dışında olguların akciğerleri ile ilgili bir komplikasyon olmamıştır.

Retroperitoneal lenfosel oluşan bir olguda lezyon 6 ay sonraki kontrolde spontan olarak büyük ölçüde kaybolmuştur.

Girişim, beş testis tümörlü olguda preopertiv kemoterapiden sonra yapılmıştır. İki olguda ise postoperativ kemoterapi uygulanmıştır.

Yüksek evreli iki böbrek tümör olgusunda girişim ekstra ve intraperitoneal kombinasylonla yapılmıştır.

KAYNAKLAR

1. **Crawford, ED.:** Radical nephrectomy: Thoraco-abdominal intraplevral approach In: Genitourinary Cancer Surgery. Edited by Crawford ED. BORDENT.A Philadelphia: LEA and Febiger Co, 1982.
2. **Crawford, ED., Skinner, DG.:** Intercostal nerve block with thoracoabdominal incision. J.Urol 121:290, 1979.
3. **Donohue, J.P., Rowland, R.G.:** Complications of retroperitoneal lymph node Dissection J.Urol. 125:338, 1981.
4. **Merrince:** Radical Nephrectomy. In: Current Operative Urology second Edition PHILADELPHIA HARPER and ROW PUBLISHERS, 1985.
5. **Önol, Y., Erden, D., Vatandaşlar, F., Baykal, K., Ergüven, U.:** Testis Tümörü şüphesinde inguinal eksplorasyon ve nonseminamatöz Testis Tümörlerinde RPLND Türk.Ürol.Der. 13:151, 1987.
6. **Scardino, PT.:** Thoracoabdominal retroperitoneal lymphadenectomy for testicular Cancer In: Genito Urinary Cancer Surgery. Edited By Crawford ED., Bordenta. A. Plidalephia: LEA and Febeger Co. 1982.
7. **Skinner, D.G.:** Complications of Urologic Surgery Edited By R.B. Smith and D.G. Skinner, Phildalephia:WB Sauneder, Go. pp 422-435, 1976.
8. **Skinner, D.G.:** Considerations for management of case retroperitoneal tumors: Use of the modified thoracoabdominal approach J.Urol., 117:605, 1977.
9. **Skinner, D.G.:** Thoracoabdominal approach to retroperitoneal Surgery. In: Modern Technies in Surgery Edited by R.M. EHRLIGH, New York:Futura Publishing Co. 1980.
10. **Skinner, D.G., Melamuda, Lieskovsky G.:** Complications of thoracoabdominal retroperitoneal lymph node dissection J.Urol. 127:1107, 1982.
11. **Skinner, D.G.:** Technique of nephroureterectomy with regional lymph node dissection, PHILADELPHIA: Harper and row publisher, 1985.