



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

(T. Urol. Derg.)

Cilt : VI, 4, s.: 175-178, 1980

PEDİKÜL. KLAMPAJİ İLE YAPTIĞIMIZ NEFROLİTOTOMİLERDE ALDIĞIMIZ SONUÇLAR (****)

The results of pedicul clamping in the cases of Nephrolitotomies

Dr. H. N. TOKTAY (*), Dr. S. ÖZBEN (**), Dr. B. ORAL (**)
Dr. K. TORTOP (****)

Böbrek taşlarının çıkartılmasında en önemli nokta böbreğe en az zararın verilmesidir. Bu nedenle genellikle pyelolitotomi, tercih edilen operasyon şeklidir. Çoğunluğunda bu operasyon gerçekleştirilmektedir. Pyelolitotomi ile taşın çıkartılamayacağı durumlarda taşa yakın olan böbrek parankimi kesilerek taş çıkartılır (Nefrolitotomi).

Bazı nefrotomiler özellikle güç ve risklidir. Bunlar böbreğin hidronefrotik atrofi göstermediği, taşın palpe edilemediği, çok sayıda kaliks taşının bulunduğu veya taşın çok büyük olduğu hallerdir. Bu durumlarda emin ve rahat bir nefrotomi için böbrek kan akımının bir müddet durdurulması gerekir. Geniş nefrolitotomi gerektiren hallerde böbrek pedikülü klampajını yaparak kliniğimizde bu tür nefrolitotomiyi uygulamaktayız. Daha önceki sonuçlarımızı 1973 yılında yayınlamıştık. Müteakip yıllarda uyguladığımız sonuçları bu yazımızda özetledik.

Giriş :

Nefrolitotomi endikasyonu bazı özel hallerde konur. Taşın palpe edildiği ve parankimin ince olduğu durumlarda nefrotomi ile taşın çıkartılması kolaydır. -Taşın palpe edilemediği hallerde problem çıkar.

Nefrotomi insizyonu genellikle longitudinal yapılır ve sütürler transvers konur. Nefrotomi insizyonundan önce böbrek iyice mobilize edilir. Koralliform taşlarda ve keza hem üst, hem alt kaliksde taşların bulunduğu hallerde insizyon komplet longitudinal nefrotomi şeklindedir.

Bu tür parankimi kalın ve insizyonun geniş olmasını gerektiren nef-

(*) Ege Üniv. Tıp Fak. Üroloji Kl. Profesörü

(**) Ege Üniv. Tıp Fak. Üroloji Kl. Müt. Asistanları

(***) Ege Üniv. Tıp Fak. Üroloji Kl. Asistanı

(****) V. T. Ürol. Kong. 7-14 Ekim 1979 - Kıbrıs'da tebliğ edilmiştir

rotomilerde kanamadan korunmak ve taşın çıkartılmasının daha kolay olabilmesi için böbrek kan akımının geçici bir süre durdurulması uygun olur. Bu maksatla küçük Bulldog pensi veya atravmatik pensler kullanılır.

Operasyon uzayacak olursa klamp gevşetilerek geçici bir süre böbreğe kan verilir. Anatomistler böbrekte avasküler bir zon olduğunu (Brödel hattı) kabul etmelerine rağmen Campbell böyle bir zonu pratik olarak görmemiştir (1). Geniş insizyonları gerektiren durumlarda V şeklinde insizyon gerekir. Mevcut taşların tamamı çıkarılır. Böbrekteki normal anatomik yapıyı sağlamak için kesilen her kaliksin isthmusundan geçen 3-0 veya 4-0 plain katkütle metriks sütürlerle kapatılır. Bu sütürler kısmen kanamayı önler. Kesi yeri sütüre edildikten sonra böbreğin kortikal yüzeyinde geniş dokuyu kaplayan metriks sütürler faydalı olur. Gerekirse böbreğe dren konur (daha çok pyelostomi şeklinde).

Kliniğimizde gereken durumlarda bu tür nefrostomiyi uygulayabilmekteyiz. Klasik uygulanış yanında bazı özellikler arz etmektedir.

Araç ve Yöntem :

1973 yılında bu tarihe kadar olanlar yayınlanmıştır. Son 4 yıl içinde 11 olguda pedikül klampajı ile nefrolitotomi uyguladık.

3 olguda bilateral böbrek taşı mevcuttu. 3 olguda taş tek idi. 8 olguda ise taşlar multipl idi. En genç olgumuz 9 yaşında, en yaşlısı ise 43 yaşında idi. Olgular 8 erkek 3 kadın şeklinde idi. 6 olguda sol tarafta, 5 olguda sağ tarafta nefrolitotomi uygulandı.

Olgularımızda klasik lombotomi şakki ile böbreğe ulaşıldı. Böbrekler tamamen mobilize edilir. Taşın palpasyonuna çalışılır. Nefrotomiye karar verildikten sonra bir Guyon pensinin dişlerine lastik dren geçirilir. Bu pensler ile pedikül kalmpe edilir. Biz bu şekildeki klampajın böbrek pedikülüne zarar vermediğini ve çok az da olsa pediküle bir miktar esneklik sağladığı düşüncesindeyiz. Genellikle longitudinal insizyon yapılır. 2 olguda komple longitudinal insizyon gerekti. İnsizyonumuzu taşa en yakın yerden yapmaktayız. Bazı durumlarda taşın lokalizasyonu için böbrek parankimine iğne batırıldı. Kan akımının tamamıyla iptal edildiği hallerde çalışma daha kolay yapılır. Gereken durumlarda belirli bir derinliğe ulaşıldıktan sonra yara kenarları ekarte edilir. Kaliks kesilerek taş doğurtulur. Biz devamlı klampajlarda 12 dakikayı aşmamaya çalışıyoruz (3). Tüm olgularımızda bu süre içerisinde taşın çıkartılmasını sağladık. Daha sonra insizyon yerinden Nelaton sondası yardımıyla serum fizyolojik irrigasyonu yapıyoruz. Bundaki amacımız hem kalabilecek küçük taş, kumların ve koagulumların temizlenmesi hem de taşın çevresindeki iltihaplı doku ve sıyan cerahatin temizlenmesidir. 12 dakikanın dolduğu durumlarda pediküldeki klamp periyodik aralarla açılarak böbreğe kanın gelmesi sağlanır. Önce 3-0 plain katküt ile kalikslerde kanayan damarları sütüre ediyoruz. Nispeten küçük nefrotomilerde kalikslere böyle bir işlem tatbik etmiyoruz. Daha sonra böbrekteki kesi yeri 0 veya 1 numara (bazan da 00) atravmatik kromik katküt

ile müttekatti sütürler veya U sütürleriyle kapatılır. Pediküldeki klamp tamamen açılarak kanamanın görüldüğü yerler tekrar sütüre edilir. Önceden pelvisin açılmadığı durumlarda pelvise küçük bir insizyonla girilerek serum fizyolojik irrigasyonu yapılır. Böylece kanamanın tekrar kontrolü yapılabildiği gibi oluşabilecek koagulumlar da elimine edilir. Gereken hallerde drenaj için Pezzer veya Nelaton sondasıyla böbrek içi drenajı sağlanır.

Sonuçlar :

Seks	Yaş	Aş sayısı				
G. Ö.	16	Multipl	3	5	13	—
K. D.	9	1	2	7	18	—
K. S.	40	1	6	10	20	—
F. A.	41	Multipl	4	12	21	Hafif yara enf.
Ş. S.	43	Multipl	5	12	15	—
Z. A.	27	Multipl	4	12	27	12 gün devam eden idrar fistül
A. Y.	23	Multipl	6	7	19	—
N. Ö.	37	2	6	12	15	—
H. K.	29	1	5	11	21	—
İ. T.	15	Multipl	12	12	20	Hematüri 12 gün devam etti. Epsamı amp. yapıldı
S. A.	35	2	6	6	22	—

Hastalarımıza 3 hafta mutlak yatak istirahati uyguladık. 2. haftadan sonra yataktaki hafif hareketlere mücade ettik. İlk hafta içinde de üretral daimi sonda koyduk. Tablodan da görülebileceği gibi hematüri korkulacak bir komplikasyon olmadı. Çoğunluğunda hematüri 5-6. günlerde kesildi. Lojdan olan kanamalar oldukça önemsiz idi. Ameliyat sırasında 1 hastaya 2 Ü., 6 hastaya 1 Ü. kan verildi. 4 hastaya ameliyatta kan gerekmedi. 1 hastaya postoperatif evrede 1 Ü. kan verildi. 1 hastaya ise postoperatif evrede epsamin amp. uygulandı. 1 hastada loja tampon iodoforme kondu ve 2. gün alındı. 1 hastada üreterostomi, 1 hastada nefrostomi yapıldı. Loja konan dren genellikle 5-8. günlerde alındı. Taburculuk ise 14-21. günler arasında gerçekleştirildi. Ancak 1 hastada hematüri 12-13. güne kadar devam etti. 3 hastada postoperatif evrede pyelonefritik tezahürler, 2 hastada hafif loj enfeksiyonu gözlemlendi. Bunlar da kolayca tedavi edilirler. Başka önemli bir komplikasyon olmadı. Genellikle idrar fistülü de 5-7. günlerde sonuçlandı. 1 hastada ise lojdaki drenden 12 gün idrar geldi. Bu vaka en geciken olgumuz olup 27. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA ve ÖZET

Nefrotomi bazı vakalarda taşın çıkartılması için gerekebilir. Bu vakalarda insizyon yeterli uzunlukta yapılmalıdır. Küçük insizyonlar taşın çıkartılması sırasında

da yırtılmalara, büyük insizyonlar ise füzumsuz doku hasarlarına ve ameliyatın uzamasına neden olurlar. Bazı yazarlar parankim hasarlarını önlemek için 8 dakikada (2), bazıları 12 dakikada (3), bazıları da daha uzun süre içinde pediküldeki klampın gevşetilmesini ileri sürerler.

Marschall 50 koraliform taşlı hastada komplet longitudinal nefrotomi uygulamış ve 37 olguda taşları tamamen çıkartmıştır (% 74). 2 olguda postoperatif ölüm, 2 hastada da operasyon sonucu massif hematüri nedeniyle nefrektomi yapmıştır. 6 hastada çok fazla olmayan hemoraji, 4 olguda da tehlikeli hemoraji gözlemiştir. 42 hastada operasyondan 6 ay veya daha uzun süre sonunda İ.V.P. ve diğer testler yapılmış, opere böbreğin fonksiyonu 6 hastada iyileşmiş, 33 hastada aynı ve 3 hastada kötüleşmiş olarak saptanmıştır (2).

Bizim olgularımızda ise nefrektomiye gerektirecek bir durum görülmediği gibi ölüm de olmamıştır. Kanama ancak 1 vakada ciddi boyutta olmuş ve 13. gün kesilmiştir. Hastalarımızın ancak 3 tanesinde ameliyattan 6-12 ay sonra İ.V.P. çebeldik ve hepsinde iyileşme saptadık.

Dodson komplet nefrotominin gereksiz olduğunu, taşların çoğunun pyelonefrolitotomi ile çıkarılabileceğini belirtir şekilde böbrek hasarı ve kanama tehlikesinin daha az olacağını ileri sürer. Dodson nefrotominin daha çok kaliks taşları, intrarenal pelvis ve pelvis ekspozisyonunun zor olduğu durumlarda endike olduğunu ileri sürer. Arada salim parankim bulunduracak şekilde yapılan küçük nefrotomilerde hasar, komplet nefrotomilere nazaran daha az olmaktadır.

Yazarların çoğu böbreğe kateter konma gereğini ileri sürerler. Campbell pelvisden konan ve ucunun alt kalikse yerleştirildiği 24-26 Fr. lik kateteri, bazı yazarlar (2) ise insizyon yerinden gerilerek alt kutba kateter konmasını ileri sürerler. Biz her vakada bunun gereğine inanmıyoruz. Ancak drenaj yetersizliği, üretero-pelvik darlık ve kanama ihtimalinin olduğu durumlarda kateter drenajına gereksinme duyuyoruz.

Post-operatif periyotta hemoraji üzerinde hassasiyetle durulacak husustur. Hastaların mutlaka 14-21 gün yürümeyip yatması gerekir. Hematüri tamamen kaybolduktan sonra 1 haftalık yatak istirahatine gerek vardır. Aksı taktirde sekonder hemorajiler veya devam eden kanamalar görülebilir.

S U M M A R Y

In the cases of nephrolithiasis if there is an indication for nephrolithotomy, authors advice clamping of the pedicule to prevent the bleeding problems. On this paper they are presenting their eleven cases which they performed nephrolithotomy and discussing the results of this technic.

K A Y N A K L A R

- 1 — Campbell and Harrison : Urology, Volume 3, Third Edition. W. B. Saunders Co., 1970, s. 2181-2182.
- 2 — Dodson, A. I. : Urological Surgery, 4. Ed. C. V. Mosby Co., 1970, s. 149-153.
- 3 — Toktay, N. H., Erhan, Y., Erhan, Ö. : Türk Üroloji Bülteni, 2:81-84, 1973