

RETROPERİTONOSKOPİK ADRENALEKTOMİDE ÜROLOJİ KLİNİĞİNE AİT BİR DENEYİM

A UROLOGICAL EXPERIENCE IN RETROPERITONEOSCOPIC ADRENALECTOMY

ÖGE Ö., GEMALMAZ H.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, AYDIN

ÖZET

Minimal invazif cerrahideki gelişmeler adrenal bezlerin laparoskopik olarak çıkarılabilmesini mümkün kılmuştur. Karşılaştırmalı çalışmalar laparoskopik yaklaşımın alışılmış açık cerrahiye göre daha hızlı ve konforlu iyileşme, daha kısa hospitalizasyon ve daha az komplikasyon gibi avantajlarını ortaya koymuştur. Laparoskopik adrenalectomi için birkaç teknik tanımlanmıştır. Retroperitonoskopik adrenalectomi intraperitoneal organlara dokunmadan adrenal bezlere direkt erişim sağlamaktadır. Bu çalışmada bir üroloji kliniği olarak ilk retroperitonoskopik adrenalectomi deneyimimiz sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Retroperitonoskopi, adrenalectomi

ABSTRACT

Advances in minimally invasive surgery have made it possible to remove adrenal gland laparoscopically. Comparative studies have demonstrated the advantages of the laparoscopic approach when compared to traditional open approaches to adrenalectomy, documenting a more rapid and comfortable recovery, shorter hospitalization, and fewer complications. Several techniques of laparoscopic adrenalectomy have been described. Retroperitoneoscopic adrenalectomy provides direct access to the adrenal glands without interfering with intraperitoneal organs. Our first experience in retroperitoneoscopic adrenalectomy, by means of a urology clinic is presented in this study.

Key Words: Retroperitoneoscopy, adrenalectomy

GİRİŞ

Retroperitonoskopi ile ilk deneyimler Wickham tarafından 1970'li yılların sonlarında üreter taşlarının cerrahisi için gerçekleştirilmiştir¹. Ancak bu dönemde teknikteki yetersizliklerden dolayı başarı yüzdesi oldukça düşük olmuştur. 1992 yılında Gaur'un günümüzde de kullanılmakta olan balon tekniğini tanımlamasından sonra transperitoneal yoldan yapılan birçok ameliyat retroperitonoskopik olarak yapılmaya başlanmıştır². Adrenal bezin retroperitonda derin olan yerleşiminden dolayı açık cerrahide beze ulaşmak için fazla miktarda diseksiyon yapmak ve bu diseksiyonu sağlayabilmek içinde adrenal bezin büyüklüğüne oranla çok geniş bir insizyon yapmak gerekmektedir. Retroperitondaki yerleşimleri göz önüne alındığında, adrenallere retroperitondan laparoskopik yaklaşım en mantıklı yol gibi görünmektedir. Adrenaller yoğun yağ ile çevrili olduğundan yakın zamana kadar retroperitoneal laparoskopik adrenalectominin mümkün olamayacağına inanılırdı³. Ülkemizde yapılan sınırlı sayıdaki laparoskopik adrenalectomilerin tamamı genel cerrahlar tarafından yapılmış ve bu vakaların neredeyse tamamı transperitoneal olarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, bir yıldır ret-

roperitonoskopik cerrahinin yapıldığı kliniğimizde artık yerini alması gerektiğine inandığımız retroperitonoskopik adrenalectomi konusundaki ilk deneyimizi sunmayı amaçlamıştır.

OLGU SUNUMU

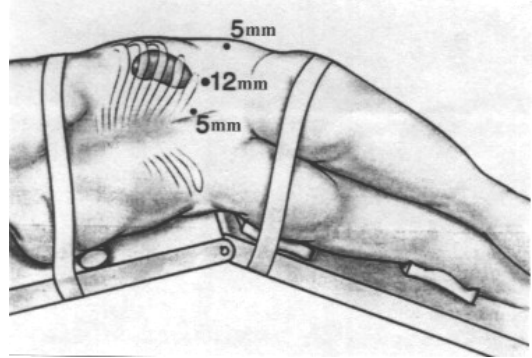
Hipertansiyon ve Cushing sendromu bulguları ile araştırılan 30 yaşında kadın hasta abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide (Resim 1) sol adrenalde 3x4 cm boyutlarında kitlesaptanması üzerine Ağustos 2000'de kliniğimize refere edildi. Hastanın kan kortizol düzeyi yüksek olarak bulunurken, kan ACTH seviyesi normal olarak bulundu. Hipofiz bezi bilgisayarlı tomografide normal olarak izlendi. İdrar katekolamin ve vanil mandelik asid düzeyleri normal olarak saptanmadı. Hastaya sol adrenalectomi planlandı.

Teknik: Hastaya operasyondan 30 dakika önce tek doz 1 gr. intravenöz seftriakson ile profilaksi uygulandı. Retroperitonoskopi sol lateral böbrek pozisyonunda uygulandı. 12. kosta ucunun hemen altına 1,5 cm. uzunluğunda yatay bir cilt insizyonu yapıldı. Bu insizyon aracılığı ile kas tabakaları künt parmak diseksiyonu ile geçil-

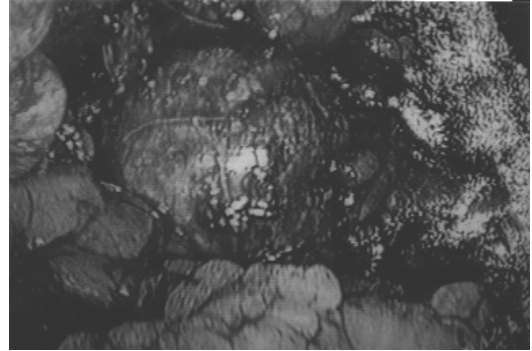


Resim 1. Bilgisayarlı tomografi kesitinde sol adrenaldeki kitlenin görünümü.

di ve fascia transversalise 1 cm. boyunda bir insizyon yapıldı. Bu insizyondan parmak ile girilerek retroperiton diseke edildi. Parmak kısımları kesilmiş cerrahi eldiven ve Nelaton sondadan oluşturulan balon kateter retroperitona yerleştirilip, 800 cc hava ile şişirilerek retroperitonda alan ve hemostaz sağlandı. Daha sonra aynı insizyondan 12 mm'lik künt tip bir trokar yerleştirildi ve endokamera ile retroperiton gözden geçirildi. Endokamera lensi ile künt diseksiyon yapılarak retroperitoneal alan genişletildi. Pnömoretroperitonum 15 mmHg basınçta karbondioksit ensüflasyonu ile sağlandı. Birisi 12. kosta ile paraspinal kasların lateral sınırının oluşturduğu açıda, diğeri ise iliak krestin 4 cm. üzerinde olmak üzere iki adet 5 mm'lik ikincil trokar retroperitonum endokamera ile gözlenerak yerleştirildi (Resim 2). Bu trokarlardan iletilen disektörler ve endoskopik makaslar yardımı ile diseksiyon yapıldı. Gerota fasyası anteromedyal kısmından açıldıktan sonra böbreğin üst kutbuna doğru diseksiyona devam edildi (Resim 3). Perinefrik yağ dokusu içindeki sürrenal beze ait kitle bulundu ve çevre dokulardan diseke edildi (Resim 3). Adrenal arter görüldü ve 5 mm. klipsler ile tutularak kesildi. Sol sürrenal ven klipslenerek kesildikten sonra küçük çaplı frenik venler koterize edilerek kesildi. Adrenal kitle çevre dokulardan tamamen ayrıştırılıp endo-pouch içine alınarak 12 mm'lik trokarın insizyonundan çıkarıldı. Hemostaz kontrolünü takiben posteriordaki 5 mm'lik trokar yerinden 18 F dren konulup işlem tamamlandı.



Resim 2. Operasyon sırasındaki hasta pozisyonu ve çapına göre trokarların lokalizasyonu.



Resim 3. Perirenal yağ dokusu diseksiyonundan sonra adrenal kitlenin ortaya konması.



Resim 4. Operasyon sonrası çekilen bilgisayarlı tomografide boş adrenal loju ve endoklipslere ait görüntü.

Toplam operasyon süresi 90 dakika olarak kaydedildi. Hastanın postoperatif dönemde sadece tek doz diklofenak ile giderilen ağrısı oldu. Toplam 80 ml. serohemorajik sıvı getiren dren postoperatif birinci günde çekildi. Postoperatif steroid replasmanı yapılan hasta 5 gün hastanede yatırıldıktan sonra sorunsuz olarak taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirmede kitlenin adre-

nal kortikal adenom olduğu saptandı. Postoperatif birinci hafta sonunda normal günlük yaşantısına dönen hastanın ikinci ay sonunda Cushing bulguları ortadan kayboldu. Operasyondan üç ay sonra çekilen bilgisayarlı tomografide rezidüel kitle olmadığı görüldü (Resim 4). Hasta altı aydır antihipertansif ilaca gereksinimi olmaksızın, sorunsuz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Son dönemlerde üroloji alanında minimal invazif cerrahi yöntemlerinde büyük gelişmeler yaşanmıştır. Bunlardan birisi de retroperitonoskopik cerrahi yöntemidir. Özellikle Gaur tarafından balon dilatasyon yönteminin geliştirilmesinden sonra pnömoretroperitonyum oluşturulması çok kolaylaşmış ve bu tip işlemler için retroperitonda yeterli alan sağlanabilmiştir². Günümüzde retroperiton ile ilgili cerrahilerin neredeyse tümü retroperitonoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Ancak bunlardan bazıları aşırı uzun operasyon süresi ve özellikle rekonstrüktif girişimlerde açık cerrahiye göre başarısızlık oranının daha fazla olması nedeniyle çok fazla ilgi görmemektedir. Adrenal bezlerin yerleşimi nedeniyle açık cerrahi oldukça komplike bir işlemdir. Adrenal bezin eksizyonu fazla travmatik olmamasına karşın bu tip hastalarda adrenal cerrahisi sonrasındaki morbiditelerden genellikle cerrahi yaklaşım tipleri sorumlu olmaktadır. Gagner ve ark. 1992'de ilk başarılı laparoskopik adrenalectomiyi rapor etmişlerdir⁴. Bunu izleyen yıllarda laparoskopinin adrenalectomi için ideal seçenek olduğunun kavranması çabuk olmuştur. Laparoskopik adrenalectomi aldosteron salgılayan adenomlar, feokromasitomlar, afonksiyone adenomlar ve Cushing sendromu gibi iyi huylu adrenal tümörlerin tedavisinde günümüzde ilk seçenek olarak önerilmektedir. Ancak laparoskopik adrenalectomi tümör implantasyonu riski nedeniyle adrenal kanserlerin ve yüksek malignite riski olan 6 cm'den büyük adrenal tümörlerin tedavisinde önerilmemektedir⁵. Laparoskopik adrenalectomi açık cerrahiye göre daha hızlı ve konforlu bir iyileşme, daha kısa süre hastanede kalış ve daha düşük komplikasyon oranı sağlarken, en az açık cerrahi kadar da etkili tedavi yöntemi olduğu gösteril-

miştir^{6,7}. İlk başlarda laparoskopik adrenalectomide daha uzun olan operasyon süresi ilerleyen teknik ve tecrübe ile açık cerrahiden daha kısa sürelerle çekilmiştir. Bazı yazarlar laparoskopik yaklaşımı adrenalectomi için altın standart olarak tanımlamaktadır⁸. Günümüzde laparoskopik adrenalectomilerin çoğu transperitoneal yoldan yapılmaktadır. Ancak son zamanlarda retroperitonoskopik yaklaşım oldukça ilgi görmektedir. Retroperitonoskopik yol ile periton içi organların kontaminasyonundan kaçınılmış olmakta ve hasta konforu açısından da fayda sağlanmaktadır⁹. Ekstraperitoneal laparoskopik genellikle transperitoneal laparoskopiden daha zordur. Ancak cerrah için zor olan aynı zamanda hasta için daha iyi olan da olabilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- **Wickham JEA, Miller RA:** Percutaneous renal access. In: Wickham JEA, Miller RA (eds.) Percutaneous Renal Surgery. New York: Curchil Livingstone, 33-39, 1983.
- 2- **Gauer DD:** Laparoscopic operative retroperitoneoscopy; use of a new device. J. Urol. 148: 1137-1139, 1992.
- 3- **Gagner M, Lacroix A, Prinz RA, et al:** Early experience with laparoscopic approach for adrenalectomy. Surgery 114: 1120-1125, 1993.
- 4- **Gagner M, Lacroix A, Bolte E:** Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma (letter). N Engl J Med. 327:1033-1035, 1992.
- 5- **Barresi RV, Prinz RA:** Laparoscopic adrenalectomy. Arch Surg. 134:212-217, 1999.
- 6- **Guazzoni G, Montorsi F, Bocciardi A, et al:** Transperitoneal laparoscopic versus open adrenalectomy for benign hyperfunctioning adrenal tumors: A comparative study. J Urol. 153: 1597-1600, 1995.
- 7- **Janetschek G:** Surgical options in adrenalectomy: Laparoscopic versus open surgery. Curr Opin Urol. 9:213-218, 1999.
- 8- **Smith CD, Weber CJ, Amerson JR:** Laparoscopic adrenalectomy: New gold standard. World J Surg. 23: 389-396, 1999.
- 9- **Baba S, Miyajima A, Uchida A, et al:** A posterior lumbar approach for retroperitoneoscopic adrenalectomy: Assessment of surgical efficacy. Urology 50: 19-24, 1997.