

Nefropitozlu olguda laparoskopik nefropeksi

Laparoscopic nephropexy in a case with nephroptosis

Mustafa Sofikerim, Abdullah Demirtaş, Emrecan Akınsal, İbrahim Gülmez, Mustafa Karacagil

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

Özet

Nefropitoz nadir görülen ve çoğunlukla sağ böbreğin etkilendiği bir hastalıktır. En sık görülen şikayet ağrıdır. Asemptomatik vakalar tedaviye ihtiyaç duymazken, semptomatik vakalarda cerrahi tedavi önerilebilir. Bu yazıda sağ nefropitozlu kadın hastada uyguladığımız retroperitoneal laparoskopik nefropeksi tecrübemizi sunmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: Laparoskopi; nefropeksi; nefropitoz.

Abstract

Nephroptosis is rarely seen affecting the right kidney in majority of cases. The most common symptom is pain. Asymptomatic cases do not need any treatment however surgical treatment can be recommended for symptomatic cases. Here, we aimed to present our retroperitoneal laparoscopic nephropexy experience in a female patient with right-sided nephroptosis.

Key words: Laparoscopy; nephropexy; nephroptosis.

Geliş tarihi (Submitted): 07.12.2009

Düzeltilme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision): 03.04.2010

Nefropitoz böbreğin supin pozisyonundan ayağa kalkınca 5 cm'den ya da iki vertebra cisminden daha fazla aşağı yer değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Genç ve zayıf bayanlarda daha çok görülmektedir. Sağ böbrek daha fazla etkilenen taraftır.^[1] Olguların çoğu asemptomatiktir ve tedavi gereksinimi yoktur. Semptomatik olgularda en sık şikayet özellikle ayakta artan böğür ve karın ağrısıdır. Nefropitoza bağlı olarak hematuri, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, hipertansiyon ve nefrolitiazis de görülebilir.^[2]

Olgu sunumu

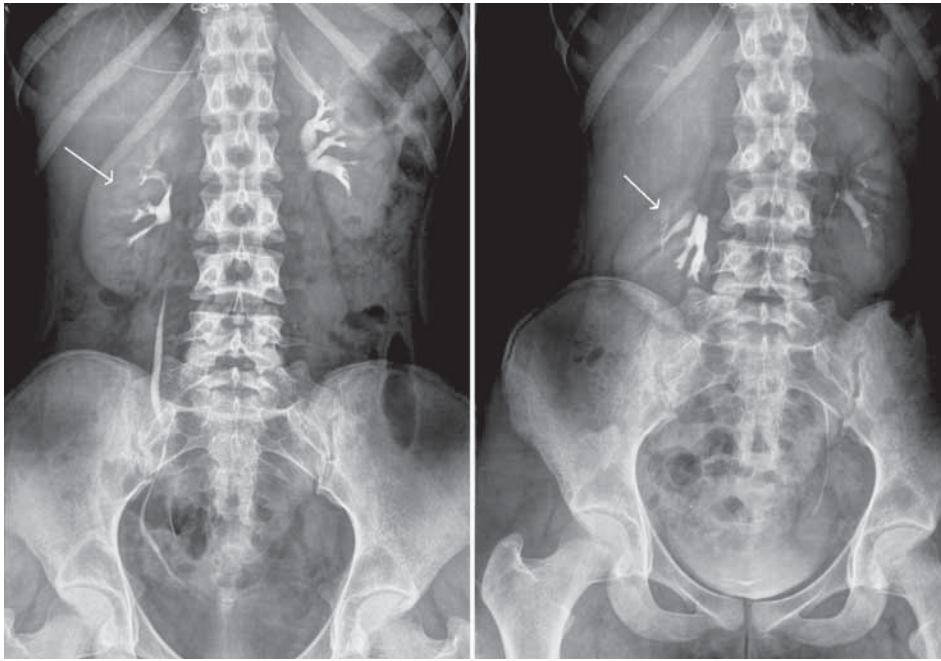
Onsekiz yaşında kadın hasta yaklaşık üç yıldır devam eden sağ böğür ve sağ alt kadran ağrısıyla polikliniğe başvurdu. Hasta ağrısı sürekli hissettiğini fakat ağrının ayakta uzun süre kaldığı zamanlarda çok şiddetlendiğini söylüyordu.

Hastaya yapılan intravenöz pyelografi tetkikinde yatarak ve ayakta çekilen pozlarda sağ böbreğin iki vertebra cismi uzunluğunda aşağıya doğru yer değiştirdiği görülmekteydi (Şekil 1). Yapılan renal arter renkli doppler ultrasonografide sağ böbreğin supin pozisyonda ölçülen rezistif indeks değeri orta-

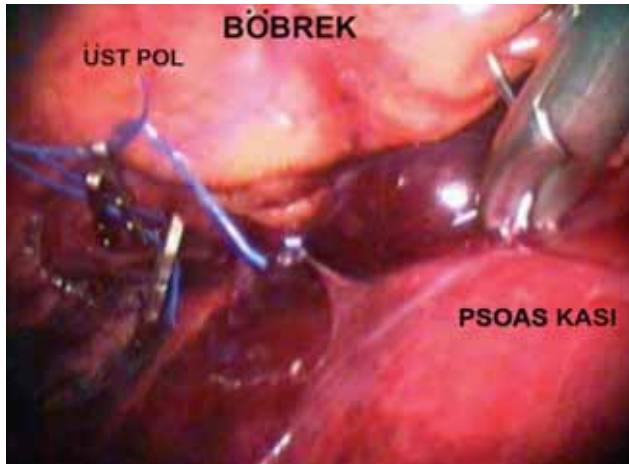
lama 0.45 iken ayakta yapılan ölçümde bu değer ortalama 0.7 olarak kaydedildi. Yapılan tetkikler sonucunda hastaya sağ nefropitoz tanısı konuldu ve laparoskopik nefropeksi ameliyatı uygulandı.

Genel anestezi altında sağ flank pozisyonunda retroperitona usulüne uygun üç adet trokar yerleştirildi. Gerato fasyası insize edildi. Böbrek serbestleştirildikten sonra perirenal yağ dokusu böbrekten sıyrıldı. Böbrek yukarı doğru itildi ve bir adet 3/0 nonabsorbable sütur ile böbrek üst pol kapsülünden psoas kasına tespit edildi (Şekil 2). Ameliyat süresi yaklaşık 45 dakika idi ve komplikasyon izlenmedi. Hastanın postoperatif dönemde analjezi ihtiyacı olmadı. Hastaya postoperatif dönemde mutlak yatak istirahati uygulandı ve 4. günde taburcu edildi. Hastanın postoperatif 15. ve 90. günlerdeki değerlendirilmelerinde herhangi bir komplikasyon tespit edilmedi.

Postoperatif 90. günde supin ve ayakta pozisyonlarda çekilen intravenöz pyelografi filmlerinde cerrahi uygulanan böbrekte herhangi bir yer değiştirme izlenmedi (Şekil 3). Yapılan renal arter renkli doppler ultrasonografide sağ böbreğin supin pozisyonda ve ayakta ölçülen rezistif indeks değerleri arasında fark



Şekil 1 Sağ bubreğin ayakta çekilen 5. dakika radyografisinde iki vertebranın aşağı doğru yer değişimi (oklar) izlenmektedir.



Şekil 2 Bubreğin üst polünden psoas kasına yapılan tespitin intraoperatif görüntüsü.

izlenmedi. Semptomları sorgulandığında ise hasta ağrılarının geçtiğini belirtti.

Tartışma

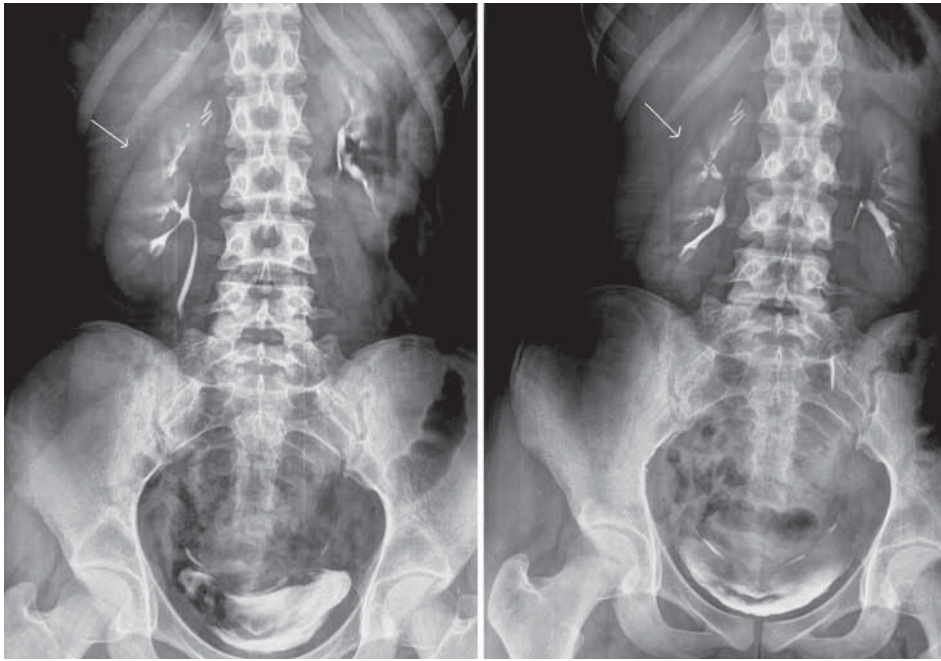
Nefropitozis tanısında yatarak ve ayakta pozisyonlarda çekilen intravenöz pyelografi tetkikinde bubreğin 5 cm ya da 2 vertebra cisminden daha fazla aşağı doğru yer değiştirmesinin gösterilmesi yeterlidir.^[3] Semptomatik nefropitozlu hastalarda renal kan akımının azaldığını gösteren görüntüleme yön-

temleriyle yapılan çalışmalar da vardır.^[4] Hastamızda başvuru esnasında uyguladığımız renal arter renkli Doppler ultrasonografi tetkikiyle yatarak ve ayakta pozisyonlarda rezistif indeks değerlerindeki değişmeyi göstere-bildik.

Nefropitozisin cerrahi tedavisinde açık nefropeksi ilk olarak Hahn tarafından 1881 yılında uygulanmıştır.^[5] Postoperatif morbidite ve düşük başarı oranları nedeniyle günümüzde sık uygulanan bir tedavi yöntemi olmaktan çıkmıştır.

Perkütan nefropeksi yöntemi işlem süresinin kısa olması, genel anestezi uygulanmadan da yapılabilmesi avantajları nedeniyle son zamanlarda laparoskopik cerrahi imkanlarının olmadığı klinikler için açık cerrahiye iyi bir alternatif olarak kabul edilebilir.^[6]

Günümüzde en yaygın uygulanan teknik ise ilk defa 1993 yılında Urban ve ark.^[7] tarafından yapılan laparoskopik nefropeksidir. Transperitoneal ve retroperitoneal olarak farklı yaklaşımlar rapor edilmektedir. Barsak manipülasyonuna gerek olmaması ve direk olarak bubreğe ulaşma imkanı vermesi retroperitoneal yaklaşımın avantajları gibi görünmektedir.^[8] Biz de yayınladığımız vakada retroperitoneal laparoskopik nefropeksi tekniğini uyguladık. Literatürde bubreği fiske etmek için birçok farklı teknik ve farklı fiksasyon materyalleri kullanılmıştır. Biz vakamızda bubreği



Şekil 3

Postoperatif dönemde ayakta çekilen 10. dakika radyografisinde radyografide yatar pozisyona göre herhangi bir değişiklik izlenmedi.

üst pol kapsülünden psoas kasına bir adet nonabsorbable sütür ile yukarı doğru asıp, sütür düğümü ve tespiti için metal klipler kullandık. Sadece süturların ya da sadece kliplerin kullanıldığı ve başarı sağlandığı yayınlar literatürde yer almaktadır.^[9,10] Olgunun postoperatif dönemde şikayetlerinin tekrar etmemesi ve intavenöz pyelografide böbrek konumunun pozisyonla yer değiştirmemesinin gösterilmesiyle bizim uygulamamızın da başarılı olduğu kanaatindeyiz.

Çıkar çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Sigel A, Schrott KM. Nephroptose. In: Hohenfellner R, Zingg EJ, editors. Urologie in Klinik und Praxis. New York: Thieme; 1983. p. 868-9.
2. Thomson WN, Innes JA, Munro JF, Geddes AM, Prescott RJ, Murdoch JM. Renal mobility in women attending a pyelonephritis clinic and in controls. Br J Urol 1978;50:73-5.
3. Fornara P, Doehn C, Jocham D. Laparoscopic nephropexy: 3-year experience. J Urol 1997;158:1679-83.
4. Strohmeyer DM, Peschel R, Effert P, Borchert O, Janetschek G, Bartsch G, et al. Changes of renal flow

in nephroptosis: assessment by colour Doppler imaging, isotope renography and correlation with clinical outcome after laparoscopic nephropexy. Eur Urol 2004;45:790-3.

5. Hahn E. Die operative Behandlung der beweglichen Niere durch Fixation. Zentralbl Chir 1881;29:449-52.
6. Munim Khan A, Holman E, Tóth Cs. Percutaneous nephropexy. Scand J Urol Nephrol 2000;34:157-61.
7. Urban DA, Clayman RV, Kerbl K, Figenshau RS, McDougall EM. Laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis: initial case report. J Endourol 1993;7:27-8.
8. Rassweiler JJ, Frede T, Recker F, Stock C, Seemann O, Alken P. Retroperitoneal laparoscopic nephropexy. Urol Clin North Am 2001;28:137-44.
9. Tunc L, Yesil S, Guner C, Biri H, Ure I, Bozkirli I. The use of polymer clips in transperitoneal laparoscopic nephropexy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2008;18:124-6.
10. Wyler SF, Sulser T, Casella R, Hauri D, Bachmann A. Retroperitoneoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis using a modified three-point fixation technique. Urology 2005;66:644-8.

Yazışma (Correspondence): Yard. Doç. Dr. Mustafa Sofikerim. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, 38039 Kayseri, Türkiye.
Tel: 0533 633 54 70 e-posta: drmus42@hotmail.com
doi:10.5152/tud.2010.057