



DORSAL LUMBOTOMİ: MİNİMAL İNVAZİV BİR İNSİZYON

Cemal GÖKTAŞ¹, Önder CANGÜVEN¹, Rahim HORUZ¹, Selami ALBAYRAK¹

Minimal invaziv yöntemlerin popularize olmasından sonra üst üriner sistem hastalıklarında açık cerrahi tekniklerin önceliği kaybolmuş ve daha az tercih edilir hale gelmişlerdir. Buna rağmen hala bazı durumlarda açık cerrahi teknikleri uygulama zorunluluğu doğabilmektedir. Ancak açık cerrahi tekniklerin de hasta memnuniyeti açısından minimal invazivlik noktasından hareketle uygulanması gerekir. Üst üriner sistemin çeşitli hastalıklarını kapsayan endikasyonlarla açık cerrahi uyguladığımız 43 hastada tercih ettiğimiz dorsal lumbotomi insizyonunu operasyon süresine katkısı, postoperatif ağrı, hastanede kalış süresi, cerrahi yara komplikasyonları ve hasta memnuniyeti yönünden inceledik. Çalışmamızda eşdeğer operasyonlarda flank insizyona göre operasyon süresinin 19 dakika, hastanede kalış süresinin 1,8 gün daha kısa ve postoperatif ilk 24 saatte oluşan ağrı için kullanılan analjezik (diklofenak sodyum) miktarının 75 mg. daha az olduğunu tespit ettik. Bu bulgular doğrultusunda lumbodorsal insizyonu açık cerrahi zorunluluğu olan üst üriner sistem hastalıklarının insizyon seçenekleri arasında en minimal invaziv insizyon olarak tanımlayabiliriz.

Anahtar kelimeler: İnsizyon, üroloji, üriner taşlar

DORSAL LUMBOTOMY: A MINIMALLY INVASIVE INCISION

After popularization of minimally invasive methods, open surgical procedures have been less commonly preferred in surgical treatment of upper urinary tract pathologies. However, it may still be necessary to perform open surgical techniques in some certain circumstances. But with regard to the patient-satisfaction, less invasive open surgical procedures should be preferred when possible. We evaluated the results of dorsal lumbotomy incision performed for different kinds of pathologies of upper urinary tract in 43 patients and analyzed the advantages of this incision in operation time, postoperative pain, hospitalization time, surgical complications and patient-satisfaction. In this study we found that the dorsal lumbotomy incision was superior to the flank incision when compared between identical operations with a 19-minute shorter operation time and 1.8-day shorter hospitalization time. In addition, the postoperative first 24-hour analgesic medication (diclophenac, im) need of patients who had been operated via dorsal lumbotomy incision was 75 mg less. In the lights of this result, lumbodorsal incision could be classified as least invasive one among the incisions used for upper urinary tract pathologies in which open surgery is a necessity.

Key words: Incision, urology, urinary stones

Teknik gelişmelerden en çok etkilenen tıp dallarından biri ürolojidir. Bu gelişmeler doğrultusunda bir çok klasik cerrahi girişim yöntemi yerini endoürolojik girişimlere devretmiştir. Bu girişimlerin popularize olmasında en önemli avantajları minimal invaziv olmalarıdır. Bu doğrultuda üst üriner sistem hastalıklarında üreterorenoskopik, perkütan renoskopik ve laparoskopik tedavi yaklaşımları en sık tercih edilen tedavi yöntemleri olarak güncel ürolojide uygulanmaktadır. Ancak bazı endikasyonlarda klasik cerrahi hala en iyi alternatif olarak yerini korumaktadır.

Ürolojide üst üriner sisteme yönelik açık cerrahi yaklaşımlarda genellikle flank subkostal insizyon kullanılır. Bu yaklaşım geniş bir çalışma sahası sağlar. Ancak genel ortak görüş bu insizyonda oldukça fazla adale kesildiği, postoperatif ağrının fazla, iyileşme sürecinin ise uzun olduğu yönündedir. Aynı bölgeye yaklaşım sağlayabilen bir başka insizyon lumbodorsal insizyondur. Dorsal lumbotomi insizyonu ilk kez 1956 yılında Lurz tarafından tanımlanmıştır¹. Daha sonra Gil-Vernet de bu insizyonu modifiye ederek vertikal dorsal lumbotomiyi tanımlamıştır². Günümüzde iki modifikasyon da kullanılmaktadır. Dorsal lumbotomi adrenal, böbrek, pelvis ve üst üretere yönelik operasyonlarda oldukça uygun bir çalışma sahası sağlar³. Ancak çok popularize olmuş bir insizyon değildir.

Özellikle ülkemizde gerek uzmanlık eğitiminde, gerekse üroloji kliniklerinin rutin cerrahi yaklaşımlarında dorsal lumbotomi çok nadir tercih edilmektedir. Dorsal lumbotominin öncelikle minimal invazivlik noktasından hareketle daha yaygın kullanılması gerektiği kanaatindeyiz. Biz bu retrospektif çalışmamızda üst üriner sistem açık cerrahi yaklaşımlarında dorsal lumbotomi insizyonunu operasyon süresine katkısı, postoperatif ağrı, cerrahi yara komplikasyonları, hastanede kalış süresi, estetik olarak hasta tarafından kabulü ve hasta memnuniyeti açısından değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ekim 2002–Eylül 2003 tarihleri arasında değişik endikasyonlarla dorsal lumbotomi insizyonundan ameliyat edilen 43 hastanın (46 insizyon) kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların ameliyat endikasyonları, ameliyat süreleri, postoperatif ilk 24 saatte kullanılan analjezik miktarı, hastanede kalış süreleri, cerrahi yara komplikasyonları incelendi. Daha sonra 43 hastanın 32'sine ulaşılarak operasyon hakkındaki genel memnuniyet ve insizyon skatrisinin estetik olarak hasta tarafından kabulü sorgulandı.

Aynı dönem içinde 91 hastaya flank insizyondan ameliyat uygulanmıştı. Dorsal lumbotomi ile kıyaslamak açısından flank insizyon uygulanan bu hastaların kayıtları da retrospektif olarak incelendi.

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Üroloji Kliniği

Başvuru tarihi: 31.12.2003, Kabul tarihi: 3.8.2004



Cerrahi teknik olarak hasta hastalıklı tarafı üste gelecek şekilde yan çevrilir. Lomber bölge bel yastığı ve operasyon masasının bükülmesi ile gergin hale getirilir. Koltuk altı yastığı ile alttaki kol desteklenir ve kol tahtasına uzatılır. Üstteki kol uygun yükseklikteki kol tahtasına düz olarak uzatılıp tespit edilir. Alttaki bacak kalçadan öne uzatılıp dizden kırılarak üstteki bacağın diz seviyesinde, üstteki bacak düz uzatılmış olarak birlikte tespit edilir. Cilt kesisi 12. kostovertebral açıdan başlayıp sakrospinal adalenin dış yüzünden aşağıya doğru iliak kristaya kadar uzanır. Cilt insizyonunun hemen altında latissimus dorsi ve posterior inferior serratus adaleleri yer alır. Bu adaleler kesilerek sakrospinal adalenin dış kenarından lumbodorsal fasyaya kadar insizyon hattı derinleştirilir. Bu fasya kesildikten sonra kuadratus lumborum kası ortaya çıkar. Kuadratus lumborum kasının ön kenarından, yaklaşık 0.5 cm dıştan lumbodorsal fasya iliak kristaya kadar açılır. Burada dikkat edilmesi gereken anatomik oluşumlardan biri de iliohipogastrik sinirdir. Bu sinir genellikle lumbodorsal fasyanın iç yüzünde insizyon hattı boyunca seyredir. Lumbodorsal fasya açıldıktan sonra retrorenal fasya karşımıza çıkar. Çalışma sahasını genişletmek için kostovertebral ligaman kesilebilir, hatta kot rezeksiyonu eklenebilir. Kapatma işlemi lumbodorsal fasyanın dikilmesi, latissimus dorsi ve posterior inferior serratus kaslarının yaklaştırılması, cilt altı ve cildin sütüre edilmesinden ibarettir⁴.

BULGULAR

Kırkçüç hastaya 46 lumbotomi insizyonu yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 32,6 (2-61 yaş) idi. Hastaların 29'u erkek, 14'ü kadındı. Dorsal lumbotomi uygulanan hastalar arasında en sık endikasyonu "Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy" (ESWL)'ye dirençli böbrek taşları oluşturuyordu (%41) (Tablo I).

Tablo I. Dorsal lumbotomi uyguladığımız hastaların dağılımı

Endikasyon (Tanı)	Hasta sayısı (orani)
Eş zamanlı bilateral böbrek taşı (çocuk)	4 (%9)
ESWL'ye dirençli böbrek taşı	19 (%41)
ESWL'ye dirençli üreter üst bölüm taşı	10 (%22)
ESWL uygulanamayan çocuk böbrek taşı	2 (%4)
"Ureteropelvic Junction" (UPJ) darlığı (pyeloplasti)	11 (%24)
TOPLAM	46 (%100)

Flank insizyonla opere edilen hastalar arasında en sık endikasyonlar ise nefrektomiler (simple veya radikal) (%40) ve koraliform böbrek taşları idi (%33) (Tablo II).

Tablo II. Flank subkostal insizyon endikasyonları

Endikasyon (Tanı)	Hasta sayısı (orani)
Nefrektomi	36 (%40)
Radikal nefrektomi	23 (%25)
Simple nefrektomi	13 (%15)
Koraliform böbrek taşı	33 (%36)
Üreter üst bölüm taşı	10 (%11)
UPJ darlığı	12 (%13)
TOPLAM	91 (%100)

Dorsal lumbotominin flank subkostal kesiye göre operasyon süresi açısından sağladığı avantajı tespit etmek için kıyaslama yaparken, nefrektomi ve koraliform taş operasyonlarını hariç tutmayı uygun gördük. Çünkü bu hasta gruplarında operasyon süresini belirleyen faktörler arasında insizyon tipinin etkisinden ziyade patolojinin zorluk derecesi daha önemlidir. Bu nedenle operasyon süresine katkı ve analjezik kullanımı miktarları açısından kıyaslamayı üreter üst bölüm taşı ve pyeloplasti gibi eşdeğer operasyonlarda yaptık (Tablo III).

Tablo III. Dorsal lumbotomi ve flank subkostal kesi ile yapılan üreter üst bölüm taşı ve pyeloplasti operasyonlarının karşılaştırması

	Operasyon süresi (dk)	İlk 24 saatte kullanılan diklofenak miktarı (im)	Hastanede kalış süresi (gün)	Yara komplikasyonu olan hasta sayısı	İnsizyon skarısının hasta tarafından kabulü
Flank insizyonla yapılan üreter üst bölüm taşları	76	190 mg	4.2	0	Orta
Dorsal lumbotomi ile yapılan üreter üst bölüm taşları	55	110 mg	2.5	0	İyi
Flank insizyonla yapılan pyeloplastiler	81	180 mg	5.6	0	Orta
Dorsal lumbotomi ile yapılan pyeloplastiler	64	115 mg	3.6	0	İyi

Dorsal lumbotomi ile yapılan üreter üst bölüm taşlarında ve pyeloplastilerde operasyon süreleri sırasıyla 21 dk ve 17 dk daha kısa bulundu ($p<0,05$). Tüm yetişkin hastalarda analjezik medikasyon amacıyla diklofenak ampul (75mg) kullanıldı. Postoperatif ilk 24 saatte uygulanan ağrı kesici miktarı kıyaslandığında, dorsal lumbotomi ile yapılan ameliyatlarda ihtiyaç duyulan diklofenak miktarı ortalama 75 mg daha az bulundu. Yara komplikasyonu açısından iki grup arasında fark bulunmadı. Hastanede kalış süresinin dorsal lumbotomi ile yapılan operasyonlarda 1.8 gün daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).



Operasyondan 5-12 ay sonra, dorsal lumbotomi insizyonundan opere ettiğimiz 32 ve flank insizyon uygulanan 36 hastaya ulaşılarak operasyon hakkındaki genel memnuniyetleri ve operasyon skarının estetiğine ilişkin kanaatleri sorgulanmıştır. Cevaplar incelendiğinde genel memnuniyet oranının %100 olduğu ve ulaşılan hastalarda flank insizyona kıyasla, hastanın ifadesine göre lumbodorsal insizyon skatrisinin estetik olarak hasta tarafından daha iyi kabul gördüğü saptandı.

TARTIŞMA

Üroloji pratiğinin en önemli unsuru olan açık cerrahiler, daha az invaziv olan endoskopik, perkütan ve laparoskopik yöntemlerin giderek gelişmesi ve yaygınlaşması nedeniyle daha az kullanılır hale gelmiştir. Bu değişimin ana nedenlerinden biri, klasik cerrahinin modern cerrahi yöntemlere kıyasla daha invaziv olmasıdır. Fakat modern yöntemler için gerekli olan ekipman ve tecrübeyi edinmedeki zorluklar, klasik cerrahinin belirli endikasyonlarda yegane seçenek olmayı sürdürmesi ve maliyet açısından taşıdığı avantajlar, uzman hekim eğitimi ve hasta tercihi gibi nedenlerle açık cerrahi ürolojideki vazgeçilmez konumunu gün geçtikçe daha az tercih edilse de devam ettirmektedir. Bu nedenle, benzerlerine kıyasla daha az invaziv olan ve hasta memnuniyetini artıran açık cerrahi tekniklerinin popülerize edilmesi önem taşımaktadır.

Üst üriner sistem patolojilerinin açık cerrahi tedavisinde en yaygın uygulanan yaklaşım flank subkostal insizyondur. Oysa bu vakaların çoğunda flank insizyona göre daha az invaziv olan, fakat pek tercih edilmeyen dorsal lumbotomi ile operasyon süresini kısaltmak, cerrahi sonrası ağrıyı azaltmak, hastanın daha erken taburcu olmasını sağlamak ve hasta memnuniyetini artırmak mümkündür. Çalışmamızda, aynı endikasyon nedeniyle flank insizyon veya lumbodorsal insizyondan opere edilen hasta gruplarını kıyasladığımızda elde ettiğimiz sonuçlar bu görüşü desteklemektedir.

Flank subkostal insizyon daha geniş bir çalışma sahası sağlamaktadır ve dorsal lumbotomi insizyonunun yeterli olmayacağı operasyonlarda tercih edilebilir. Hastalarımız arasında nefrektomi (simple ya da radikal) uygulanan veya koraliform böbrek taşı nedeniyle opere edilen tüm vakalarda flank subkostal insizyon kullanılmıştır. Fakat renal pelvis taşları, üreter üst bölüm taşları ve pyeloplasti ameliyatlarında dorsal lumbotominin sağladığı saha çoğunlukla yeterli olmaktadır. Gerekliğinde sahayı genişletmek için kostovertebral ligamanın kesilebileceği ve hatta kot rezeksiyonu yapılabileceği akılda bulundurulmalıdır. Lumbodorsal insizyonun kontrendike olduğu durumlar böbreğin lokalizasyon ve rotasyon anomalileridir.

Sonuç olarak; günümüzde üst üriner sistem hastalıklarının cerrahi tedavisinde tedavi alternatifleri arasında öncelik sırası açık cerrahiden, üreterorenoskopik, perkutan nefroskopik ve laparoskopik girişimlere geçmiştir. Bu yöntemlerin en önemli avantajları minimal invaziv olmalarıdır. Ancak bazı durumlarda hala açık cerrahi tedavi gerekliliği hasıl olmaktadır. Ameliyat süresi, postoperatif ağrı, hastanede kalış süresi ve yara iyileşmesi açısından sağladığı avantajlar itibarıyla açık cerrahi yaklaşım gerektirecek olguların büyük bir çoğunluğunda, dorsal lumbotomi insizyonu etkin ve faydalı bir alternatif olarak öncelikle tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lurz H. Ein muskelschonender Lumbalschnitt zur freilegung der Niere. Chirug 1956; 27: 125.
2. Gil-Vernet J. New surgical concepts in removing renal calculi. Urol Int 1965; 20: 255.
3. Novick AC. Posterior surgical approach to the kidney and ureter. J Urol 1980; 124: 192.
4. Lutzeyer W. Lumbodorsal sugery. In: Glenn JF (ed). Urologic surgery. JB Lippincott Company, 1983: 303-8.