

PARTİEL NEPHRECTOMY VE KLİNİK VAK'ALARIMIZ

Dr. Regaip Şen - Dr. Nejat Fertan

Kliniğimizde son iki senedir tatbik etmekte olduğumuz partiel nephrectomy ameliyatlarından bahisle, aldığımız sonuçları belirtmek ve bu mevzudaki düşünce ve teknikleri kısaca hülâsa etmek gayesindeyiz.

Klinik Gelişme :

İlk Hemynephrectomy 1887 yılında Czerny tarafından bir angio-sarkoma sebebiyle yapılmıştır. Bu tarihlerden evvel, cerrahların, böbrek dokusunun rezeksiyondan sonra yeteri kadar iyileşemeyeceği korkusuyla bu ameliyatları yapmadıkları kabul edilmektedir.

1883-84 senelerinde Morris, insizyon, ponksyon ve hattâ ateşli silâh yaralanmalarından sonra nedbeleşme kapasitesi gösteren bir sıra böbrek vak'ası topladı. Aynı yazar 1890 da expleratris maksatlarla daha evvel insize edilmiş böbreğin tam olarak iyileştiğini bildirdi. (Bu hasta daha sonra mide kanaması sebebiyle ölmüştür.) Gene Morris 1890 da mültipl böbrek absesi sebebiyle bir partiel böbrek rezeksiyonu yapmışsa da bu vak'a bir hafta sonra akut pyelonefrit sebebiyle nefrektomize edilmiştir.

Buna rağmen müellif 1892-95 seneleri arasında Tb.lu böbrekler için yaptığı benzeri ameliyatlarda iyi sonuçlar aldığını zikretmiştir.

1896 da Block alt kutup tümörü için yapılan bir Hemynephrectomy vakasiyle beraber Fransız ve Alman kaynaklı 12 ilâve vak'a yayınladı.

Bundan sonra Tuffier, Kummell, Bardenhouser ve Waitz gibi müellifler muhtelif vak'alar yayınladılar ve 1896 da Powlih her iki böbreğin yarısının rezeksiyonunu ilk defa yaptı isede komplikasyonların çokluğu bu tip ameliyatların yavaş yavaş terkine sebep oldu. 1930 senesine kadar bu hususta bir sükun devri geçti.

1930 sıralarında böbrek taşı, lokal kist veya kaliektasis için yapılacak tedaviler meyânında Hemynephrectomy fikri tekrar canlandırıldı. 1949 da Carl Simb dikkatle seçilmiş renal Tb. vak'alarında partiel nephrectomy'nin işe yarar bir metot olduğunu gösterdi. Aynı müellif

1956 da 226 partiel nephrectomy vak'asını neşretti ise de kemoterapi- nin renal Tb. da başarıyla tatbik edilmesi bu ameliyatların değerlerinden kaybına sebep oldu.

Nihayet Abeshause ve Lerman 1950 de, Hamilton Stewart (1952- 53) senelerinde her türlü taş ve kaliektazi vak'alarında taş rezidivle- rine mani olmak bakımından hemy veya partiel nephrectomy'nin üs- tünlüklerini belirttiler ve muhtelif vak'alar neşretttiler. 1963 de Willi- ams da bir seri vak'a ile partiel nephrectomy'yi müdafaa eden neşriyat- ta bulunmuştur.

Halen, bilhassa 1967 den sonra birçok üroloji kliniğinde partiel nephrectomyler geniş çapta tatbik edilmeye başlamıştır.

Indication :

- 1 — Sınırlanmış selim Tm. hadiseler.
- 2 — Soliter büyük kistler.
- 3 — Seçilmiş renal Tb.lar.
- 4 — Pyelotomy veya nephrotomy ile çıkarılamıyacak koraliform taşlar.
- 5 — Bir kalıs sisteminde mültipl taş ve ektazi.
- 6 — Bir bölümde sınırlı veya kutupsal bölgelerdeki yaralanmalar.
- 7 — Atnalı böbrek gibi kongenital anomaliler.
- 8 — Karşı taraf böbreğin şartları hakkında kesin bilgimiz ol- madığı haller.

Teknik :

Partiel nephrectomy tekniğinde birçok değişik tipler müdafaa edilmiştir. Ameliyat için mühim olan kansız sahanın temini mevzuun- da dört teori hakimdir.

1 — Pedikülün bir turnike ile sıkılması. (İlk devrelerde bunun 20 dakikayı aşmaması ön görülürdü. Bugün bu müddet 45 dakikaya kadar uzatılmıştır.)

2 — Çıkarılacak kısmı besleyen arterin hilusun derinliklerinde bulunup bağlanması. (Bu teknikte hemostaz iyi oluyor fakat çok ke- re istenilenden fazla bir böbrek parçasının feda edilmesine yol açıyor.)

3 — Dokunun kesilmesi sırasında yapı damarlarının direkt li- gatürü. (Burada harabiyet minimal olmakla beraber teknik ileri dere- cede zorlaşıyor.)

4 — Renal dokunun rezeksiyonundan önce kesim hattının prok- simaline hemostaz sütürlerinin konması.

Hemostaz yapıldıktan sonra rezeksiyon geniş V veya giyotin rezeksiyonu tarzında yapılır. Gereken kısım çıkarılır. Kalislere varmakta V rezeksiyon daha elverişlidir. Rezeksiyondan sonra kalisiel sistem devamlı veya tek sütürlerle kapatılır.

Bilahare geri kalan renal doku flapları derin devamlı veya tek tek matrix dikişlerle yaklaştırılarak düğümler yağ veya adele yastıkcıkları üzerine atılır.

Bazı müellifler lokal hemostaz sağlamak için flaplar arasına da yağ yastıkcıkları koymayı tavsiye ederler, bundan sonra iyi bir drenaj temin edilerek yara kapatılır.

Komplikasyon :

Bu ameliyatlardan sonra olması muhtemel üç büyük komplikasyon mevcuttur.

1 — Reaksiyoner kanama (ki nephrectomy'yi dahi gerektirir). Bu da iki sebebe bağlıdır.

A — Sütür yetmezliğine bağlı. (Erken görülür.)

B — Nekroza bağlı. (Geç teessüs eder.)

2 — Üriner Fistül.

A — Geçici olan (3 günden az).

B — Ağır (14 günden fazla).

3 — Enfeksiyon.

Murphy ve Best 1930'dan beri literatürden 819 vak'a toplayıp (Lokalize kist, taş abseleri, hydronephroz, kaliektazi v.s.) ameliyat sonu komplikasyonu olarak.

1 — Sekonder kanama % 3,4.

2 — Devamlı fistül % 3,9.

3 — Sekonder nephrectomy % 2,5 gibi bir neticeye vardıklarını 1957 de bildirdiler. Bu rakamlar az gibi görülmekle beraber ameliyat sonrası nefralji, pyelonefrit ve bel ağrıları gibi komplikasyonlar da hesaba katılırsa total % 17'lik bir komplikasyon kabul etmek gerekir.

Klinik Tatbikat :

Biz kliniğimizde genellikle lomber insizyon ve bazen 12. kotu çıkararak retroperitoneal sahaya girip disseksiyonla böbreği periferik dokulardan ayırarak adetâ nephrectomy'ye hazır hâle getirip bir sinell'le pedikülü sıkıştırarak dolaşımı asgarî hadde indiriyoruz. Bundan sonra rezeke edilecek kısma ufak bir insizyon yaparak kapsülü rezeksiyon sınırına kadar dekole ediyoruz.

Daha sonra kalise varan bir V insizyonla rezeksiyonu tamamlıyoruz. Ameliyatın gayesi clan hâdise bertaraf edildikten sonra evvelâ kalisiyel sistemi 00 catgutle tek tek sütürlerle kapıyoruz. Bilâhare renal flapları yaklaştırıp kapsülü üstüne örterek bu defa 2 no:catgut ile ve separe matrix sütürlerle yağ yastıkcıkları kullanarak kapatıyoruz. Pediküldeki sineli gevşetip kanama kontrolu yaptıktan sonra Deming tekniği ile nephropexi yaparak loja kalın bir dren koyup batını tabakavi kapatıyoruz.

Bu şartlar altında mültipl veya koraliform taş sebebiyle kliniğimizde şimdiye kadar 21 vak'aya müdahale ettik. Bunlardan 4 tanesinde üst kutup diğerlerinde alt kutup rezeksiyonu yapıldı. Bu 21 vak'adan:

A — Bir tanesinde 12. gün fistül teşekkül etti ve bir ay devam ederek spontan kapandı.

B — Bir hastamızda 10. gün muhtemelen necroza bağlı bir kanama başladı ve tablo içinde emboli reaksiyonu gösteren klinik semptomlarla Ex. oldu. Aile müsaade etmediğinden otopsi yapılamadı.

C — Diğer 19 hastamız normal müddetleri içinde şifa ile taburcu edildiler. Bunlardan takip imkânını bulduğumuz 4 vak'ada 3 ay sonra yapılan Ürografilerde böbreğin tamamen normal olarak çalıştığı tesbit edildi. Yine bir vak'amızda ilkinden 3 ay sonra mukabil tarafa da partiel bir nephrectomy yapıldı. 5 yaşındaki bu hastamız halen tam sıhhatte olup muntazaman kontrollere gelmektedir.

Özet

Son iki senedir kliniğimizde yapmakta olduğumuz partiel nephrectomy ameliyatlarından 21 vak'ada aldığımız neticeler ve bu vesile ile bu ameliyatların tarihçe ve tekniklerinden kısaca bahsedilmiştir.

Summary

The authors review the results of 21 cases of partial neparectomy.

LİTERATÜR

- 1 — Abeshaus, B.S., Lorman, S. (1950) : Int. abstr. Surgery. 91, 209.
- 2 — Bloch, D. (1896) : Br. Med. J. 2, 1100.
- 3 — Morris, H. (1881) : Trans. Clin. Soc. Lond. 14.30.
- 4 — Nash, J.B. (1897) : Aust. Med. Ga. 16,232.
- 5 — Poutasse, E.F. (1962) : J. Ürol 88, 153.
- 6 — Steward, H.H. (1952) : Ann. R. Coll. Surg. 11, 32.
- 7 — Steward, H.H. (1953) : In modern Trends in Ürology, P. 80 ed. Riches, E.W. (London).
- 8 — Tuffier, T. (1889) : Etüdes Experimentales sur la chimygie du rein : Nephrectomie, Nephrorrhahpie, Nephrotomie, Üreterotomie. (Pous: Steinheil).
- 9 — Williams, R.E. (1963) : Br. J. Ürol. 35, 416.