

İnfrarenal Aortik Lezyonların Cerrahisinde Retroperitoneal Yaklaşım: 9 vakanın erken sonuçları

Birol YAMAK, Binali MAVİTAŞ, Haşmet BARDAKÇI, Levent BİRİNCİOĞLU, A.Tulga ULUS, Zafer IŞCAN, Murat BAYAZIT, Oğuz TAŞDEMİR

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET

Kliğimizde 04.03.96 ile 03.03.97 tarihleri arasında Abdominal Aort Anevrizması veya Aorta-İliak Tıkalı Hastalık nedeni ile 9 hasta sol retroperitoneal yolla opere edildi. Bu hastaların tamamı erkek hasta ve ortalama yaş 62.67 ± 7.75 idi. Operasyon endikasyonu 8 hastada Abdominal Aort Anevrizması, 1 hastada aorta - iliak tıkalı hastalık mevcut idi. Abdominal aort anevrizması nedeni ile opere edilen 1 hasta erken dönemde kaybedildi. Post-op dönemde 1 hastaya sol femoral emboli nedeniyle femoral embolektomi yapıldı. Diğer 7 hastada erken post-op dönemde komplikasyon saptanmadı. Hastalar yoğun bakımda ortalama 2 gün kaldılar. Ortalama hastanede kalış süreleri 5 gün idi. 8 hasta şifa ile taburcu edildiler.

Sonuç olarak; hastalara post-op dönemde önemli konfor sağlayan, komplikasyonları azaltan ve hastanede kalış sürelerini kısaltan bu yöntem küçük anevrizmalarda, KOAH, inflamatuvar anevrizma, atnalı böbrek ve önceden geçirilmiş abdominal operasyon varlığında kullanılabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Sözcükler: Abdominal aort anevrizması, Cerrahi, Retroperitoneal yaklaşım

SUMMARY

RETROPERITONEAL APPROACH FOR INFRARENAL AORTIC LESIONS: EARLY RESULTS OF NINE CASES

From March 1996 to March 1997 Nine cases were operated on for infrarenal aortic lesions via left retroperitoneal approach. The operation was abdominal aortic aneurysm in eight cases, and aortiliac occlusive disease in one case. All of the patients were male and the mean age was 62.67 ± 7.75 years (48 - 70 years). One patient died of Sigmoid colon ischemia in the early postoperative period. One patient required femoral embolectomy. The rest of the patients developed uneventful postoperative period. The mean intensive care period was 2 days and hospital stay was 5 days. Eight patients were discharged from the hospital without any problem. In conclusion; retroperitoneal approach is suitable for the patients with chronic obstructive lung disease, horseshoe kidney, inflamatuvar abdominal aortic aneurysm, and history of previous abdominal operations.

Key Words: Abdominal Aortic Aneurysm, Surgery, Retroperitoneal Approach

GİRİŞ

Önceden geçirilmiş abdominal operasyonların sebep olduğu batin içi yapışıklıklar, KOAH, at nalı böbrek, inflamatuvar anevrizma iskemik kalp hastalığı, obezite varlığında, anevrizmanın renal arterleri tuttuğu yüksek riskli durumlarda, abdominal aorta cerrahisinde retroperitoneal yaklaşım tercih edilen

bir yöntem olmaktadır. Ayrıca bu tür öyküsü olmayanlarda paralitik ileusun, yara dehisensinin, evisserasyonun daha az olması, post-op döneminin daha kısa sürmesi, adhezyonlara sekonder küçük barsak obstrüksiyonların elimine olması gibi avantajlar sağlamaktadır (1, 2, 3).

Bu yazıda Mart 1996-Mart 1997 tarihleri arasında retroperitoneal yolla ameliyat edi-

len 9 hastanın erken dönem sonuçları verilmektedir.

MATERYEL VE METOD

Kliniğimizde 04.03.96 ile 03.03.97 tarihleri arasında Abdominal Aort Anevrizması veya Aorta-İliak Tıkayıcı Hastalık nedeni ile 9 hasta sol retroperitoneal yolla opere edildi. Bu hastaların tamamı erkek hasta idi. En büyük hasta yaşı 70, en küçük 48 yaşında, ortalama yaş 62.67 ± 7.75 idi. Operasyon endikasyonu 8 hastada renal arterlerin altından başlayan Abdominal Aort Anevrizması, 1 hastada her iki iliak arteri tutan aort distalinden başlayan ileri derecede aterosklerotik tıkayıcı hastalık mevcut idi. Bir hastaya daha önce peptik ülser nedeni ile batin operasyonu uygulanmış ve buna bağlı yapışıklıklar mevcuttu. Anevrizmalardan en geniş 10x10x15 cm boyutlarında, en küçüklüğü ise 3x5x5 cm boyutlarında idi. Hastaların preoperatif klinik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Operasyon tekniği: Hasta operasyon masasına semilateral pozisyonda sol taraf yukarıda, fakat kalçalar supin pozisyonda olacak şekilde geriye doğru pozisyon verilerek yatırılır. Genel anestezi (GA) altında Abdomen ve gerekiyorsa her iki kasık standart yolla hazırlanır. Umblikusun 4 - 5 cm altından, orta hattan 11. kostaya doğru uzanan "S" şeklinde bir insizyon yapılır. Cilt, cilt altı ve derin fasya geçildikten sonra external oblik kas ve aponevrozu ile birlikte anterior rektus kılıfı açılır. Fasya rektus kasının kenarından external ve internal oblik aponevrozlarının birleştiği yerden ayrılır. Bir sonraki aşama olan internal oblik ve transversus abdominus kasları insizyonunda Douglasın semilunar hattın altından başlamak retroperitoneal alana ulaşmak için pratik bir yoldur. Bu arada inferior epigastrik damarları yaralamaya dikkat edilmelidir.

Bazen peritonun orta hatta yakın kısmı Rektus Abdominis kasının posterior kılıfına

çok sıkı şekilde yapışmıştır. Bu durumda kılıfın insizyonu Linea Alba'dan 2.5- 5 cm uzaklıkta durdurulmalıdır. Eğer peritonda bir yaralanma meydana gelecek olursa absorbe olabilen birkaç dikişle tamir edilmelidir. Künt parmak diseksiyonu ile periton abdominal duvardan psoas kasına ulaşana dek ayrılır. Burada üreter ve böbreklerin arkasında olacak şekilde aorta ve iliak damarlar görülür. Sol üreter önde periton ile kaplıdır. Inferior mesenterik arterin kesilmesi proksimal aortanın görünümünü önemli ölçüde artırır. İki veya üç geniş deaver erraktör abdominal içeriğini mediale çekmek için kullanılır. Uygun abdominal prosedür yerine getirildikten sonra rektartörler geri çekilir ve kas fasya tabakaları kapatılır. Internal oblik ve Transversus Abdominis kas tabakaları kapatırken devamlı sütür kullanılması uygundur. Rektus kasının anterior kılıfını kapatmak için 2 tane 1 No Vicryl ve devamlı sütür tekniği ile her iki uçtan başlanarak ortada birleştirilir. Operasyonda yapılan işlemler ve ek işlemler Tablo 1'de görülmektedir.

SONUÇLAR

Operasyondan sonraki ilk 30 gün içinde olan ölümler hastane mortalitesi kabul edildi. Abdominal aort anevrizması nedeni ile opere edilen 1 hasta erken dönemde kaybedildi. Bu hastada postoperatif dönemde A. Mezenterika inf. ligasyonuna bağlı olarak Sigmoid kolon nekrozu gelişti. Daha sonra kolektomi + Hartman prosedürü uygulanan hasta sepsisten kaybedildi. Erken postop dönemde 1 hastaya sol femoral emboli nedeniyle 2 kez femoral embolektomi yapıldı. popliteal arter distalinde iskemik semptomların devam etmesi nedeni ile popliteal arterden tibialis posteriora reverse safen bypassa ilave edildi. İskemisi düzelmeyen hastaya 8. gün sol dizüstü amputasyon yapıldı, iyileşme ile taburcu edildi. Diğer 7 hastada erken postop dönemde komplikasyon saptanmadı. Hastalar yo-

TABLO 1. Hastalara ait klinik özellikler

Cins	Yaş	Patoloji	Ek Patoloji	Operasyon	Ek işlem	Sigara	Komplikasyonlar	Sonuç
E	68	Ab.A.A. (infrarenal)	P.ulc.+BPH K.Anjio=N	Aortabifemoral pantolon greft				Şifa
E	70	Ab.A.A. (infrarenal)	HT	Tüp greft interpozisyonu		60 yıl/1p	Sol femoral embolisi	Şifa
E	48	Aortailiak tıka- yıcı hastalık	İKH (2D) Obesite+HT	Aortabifemoral pantolon greft			25yıl/1p	Şifa
E	70	Ab.AA. (Infrarenal)	P.ulc.+BPH	Tüp greft interpozisyonu	Nefrektomi	20yıl/1p	Septik Sigmoid kolon iskemisi	Ex.
E	60	Ab.A.A. (infrarenal)	HT	Aorta bifemoral Pantolon greft				Şifa
E	56	Ab.A.A. (Infrarenal)	Obesite K.Anjio=N	Aorta bifemoral Pantolon greft		40 yıl/1p		Şifa
E	64	Ab.A.A. (Infrarenal)	HT	Tüp greft interpozisyonu		20yıl/1p		Şifa
E	58	Ab.A.A. (Infrarenal)	HT,İKH (2D) Obesite, her 2 böbrekte kist	Tüp greft interpozisyonu		20yıl/1p		Şifa
E	70	Ab.A.A. (Infrarenal)	İKH (3D) geçirilmiş P. ulcus ameliyatı	Aorta bifemoral Pantolon greft	Sağ aortafem greft			Şifa

P. ulc. Peptic ulcus, BPH: Bening prostat hipertrofisi, HT: Hipertansiyon, İKH: İskemik kalp hastalığı, D: Damar, N: Normal

ğün bakımda ortalama 2 gün kaldılar. Ortalama hastanede kalış süreleri 5 gün idi. 8 hasta şifa ile tabur edildiler.

TARTIŞMA

1951 Yılında Du Bost ve arkadaşları tarafından aort cerrahisinin başlatılmasından bu yana infrarenal aortaya retroperitoneal yaklaşım gündemdir (4). Cerrahların çoğu transperitoneal yoldan vazgeçmemektedirler. Bununla birlikte transperitoneal yaklaşımın teknik sınırlamaları bir çok cerrahı da aortanın rekonstrüksiyonunda retroperitoneal yaklaşıma yöneltmektedir.

Retroperitoneal yaklaşımda postoperatif dönemin daha ağrısız olması, iyileşmenin daha hızlı ve komplikasyonların daha az olması önemlidir. Bilinen en önemli avantajı parolitik ileus'un daha az görülmesi ve hastaların post-op 24 saat sonra oral beslenme alabilmeleridir (2, 5). operasyon esnasında üçüncü boşluğa sıvı kaybı azaldığından, postoperatif dönemde atelaktazi gibi pulmoner komplikasyonlar daha az görüldüğünden ve kardiyak hemodinami stabil seyrettiğinden özellikle yüksek kardiyak ve pulmoner riskli yaşlı hastalarda avantaj teşkil etmektedir (6, 7). Yoğun bakım süresinin azalması enfeksiyon riskini azaltırken, hastanede kalış süresinin azalması da maliyet ve hastanın günlük yaşa-

mina dönmesi açısından önemli kriterlerdir.

Abdominal aorta cerrahisinde KOAH, Atnalı böbrek, inflamatuvar anevrizma ve daha önceden geçirilmiş abdominal operasyon varlığında retroperitoneal yolla yaklaşım kesin endikedir. Abdominal aort anevrizmasının büyüklüğünün transabdominal mi yoksak retroperitoneal mi yaklaşılabileceğinin belirlemede önemi yoktur. Eğer anevrizma küçük ise yada tüp greft uygulanacak ise retroperitoneal yaklaşım kolaylıkla uygulanabilir. Ancak Sağ iliak artere veya her iki femoral artere müdahale edilecek ise ayrı bir insizyon yapmak gerekir. Ayrı bir insizyon gerekliliği retroperitoneal yaklaşımın kullanımını kısıtlamaktadır. Retroperitoneal yaklaşımın bir diğer dezavantajı da peritoneal kavite içeriğinin inspeksiyonunun yapılmamasıdır (3, 8).

Rektus Abdominis kası insize edilirken sol inferior epigastik arterin bölünmesi ile kıymetli bir kollateral feda edilmiş olur. Retroperitoneal yaklaşımın bir başka dezavantajı ise bu prosedür esnasında Inferior Mezenterik Arter Ligasyonu yapıldığında kolonun kan akımındaki bozulmadır. Bu problem sadece preoperatif aortogramlarında çok küçük veya oklüde Inferior Mezenterik Arteri olan hastalarda ligasyon yapılarak aşılabilir. Bizim bu serimizde bir hastada İnferior Mezenterik arterin ligasyonuna bağlı olarak Sigmoid kolon iskemisi gelişmiş ve bu hastaya kolektomi + Hartman prosedürü uygulanmıştır. Ancak daha sonra gelişen sepsisten kaybedilmiştir.

Retroperitoneal yaklaşım anevrizma geniş olduğunda veya rüptüre olmuş anevrizmalarda kontrendikedir. Bir çok vakada ekstravazelen kan retroperitoneumda belirir ve cerrahın aortada lezyonunun proksimaline kısa sürede klemp koymasını engeller.

Abd. Aort Anevrizması nedeni ile opere edilen hastalarda diğer abdominal ameliyatlara kadar sıklıkta yara yeri dehissensi gelişmesi mevcutken retroperitoneal yolla opere edilen hastalarda bu komplikasyon çok nadir görülmektedir. Retroperitoneal yolla opere

edilen 500 hastalık bir seride bu komplikasyona hiç rastlanmamıştır (4).

Retroperitoneal yolla opere edilen Juxtarenal yada para renal yerleşimli anevrizmalarda gerektiğinde sol böbreğin sağa devrilmesi ile greft kolaylıkla yerleştirilebilmektedir.

Retroperitoneal yaklaşımın transabdominal yaklaşım ile karşılaştırıldığı prospektif çalışmaların sonuçlarına bakıldığında iki yöntem arasında önemli fark bulunmamıştır (9, 10). Kliğinimizde Abdominal aorta cerrahisinde Subumbilikal transvers insizyon ile transabdominal yaklaşım tercih edilmektedir. Bu insizyonla da postoperatif dönemde ağrı ve akciğer komplikasyonları nadir olarak görülmektedir. Ayrıca hastaların preoperatif dönemde hastanede kalış sürelerinin kısa tutulması, uygun antibiyotik profilaksisi, asepsi ve antisepsi koşullarına titizlikle uyulması nedeniyle postoperatif yara dehissansı ve evisserasyonu komplikasyonuna son 15 yıllık dönemde rastlanmamıştır.

Bu çalışmada ortalama yaşın ileri olması, 3 hastada iskemik kalp hastalığı, 3 hastada obezite, 1 hastada geçirilmiş abdominal operasyona bağlı batın içi yapışıklıklar risk faktörleriydiler. Bu hastalarda yoğun bakım döneminde kardiyopulmoner, enfeksiyon, ileus, yara dehissensi gibi transperitoneal yaklaşımda oluşabilecek komplikasyonlara rastlanmadı. Hastalarda post-op ağrı nedeni ile analjezik ihtiyacı ve kullanımı daha az oldu ve yoğun bakımda kalış süreleri 2 gün idi. Ortalama hastanede kalış süresi 5 gün idi.

Sonuç olarak; kliğinimizde subumbilikal transvers insizyon komplikasyonsuz olarak başarı ile uygulanmaktadır. Bu yöntemin terkedilmesi düşünülmemektedir. Ancak hastalara post-op dönemde konfor sağlayan, komplikasyonları azaltan ve hastanede kalış sürelerini kısaltan bu yöntem küçük anevrizmalarda, KOAH, inflamatuvar anevrizma, atnalı böbrek ve önceden geçirilmiş abdominal operasyon varlığında kullanılabilecek bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Helsby R, Moosa AR. Aorta -iliac reconstruction with special reference to the extraperitoneal approach. Br J Surg 1975; 62: 596-600
2. Taheri SA, Gawronski S, Smith D. Paramedian retroperitoneal approach to the abdominal aorta. J Cardiovasc Surg 1983; 24: 529-531
3. Metcalf RK, rutherford RB. Inflammatory abdominal aortic aneurysm: An indication for the retroperitoneal approach. Surgery 1991; 109: 555-557.
4. Rob C. Extraperitoneal approach to the abdominal aorta. Surgery 1963; 53: 87-89
5. Darling II C, Shah DM, Chang BB, Paty SKP, Leather RP. Current Status of Retroperitoneal Approach for reconstructions of the Aorta and Its Branches. Ann Surg 1996; 24: 501-508.
6. Rosenbaum JG, Arroyo JP, Sivina M. Retroperitoneal Approach Used Exclusively With Epidural Anesthesia for Infraarenal Aortic Disease. Am J Surg 1994; 168: 136-139
7. Shepard AD, Scott RG, Mackey CW, O'donnel Jr TF, Bush HL, Callow D. Retroperitoneal Approach to High Risk Abdominal Aortic Aneurysms. Arch Surg 1886; 121: 444-449
8. Grace PA, Bouchier-Hayes D. Infraarenal abdominal aortic disease: a review of the retroperitoneal approach. Br J Surg 1991; 78: 6-9
9. Sicard GA, Allen BJ, munn JS, Anderson CB. retroperitoneal versus Transperitoneal approach for repair of abdominal aortic aneurysms. Surg Clin North Am 1989; 69: 795-806
10. Cambria RP, Brewster DC, Abbott WM, Freehan M, Megerman J, La Muraglia G, Wilson R, Wilson D, Teplick R, Davidson JK. Transperitoneal versus retroperitoneal approach for aortic reconstruction: A randomized prospective study. J Vasc Surg 1990; 11: 314-325

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Birol YAMAK
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği
06100 Sıhhiye, Ankara
Tel: (0312) 31030 80
Fax: (0312) 466 32 02