

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

RETROPERİTONEAL MİNİ LAPAROTOMİ İLE AORTA-İLİYAK HASTALIĞIN CERRAHİ TEDAVİSİ; OLGU SUNUMU

SURGICAL THERAPY OF AORTA-ILIAC DISEASE WITH RETROPERITONEAL MINI LAPAROTOMY; CASE REPORT

Halil BAfiEL, Dolunay ODABAfi

Van Yüksek İhtisas Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniđi, Van.

Özet

Aorta-iliyak tıkanıcı hastalık olan 65 yaşında erkek hasta ilk muayene ve tetkiklerinin ardından periferik anjiyografi ve koroner anjiyografi çekilmiş aorta-iliyak tıkanık hastalık tespit edilmiştir. Retro Peritoneal Mini Laparotomi (RPML) yaklaşımı ile aorta-bifemoral by-pass operasyonu yapılmıştır. Barsak fonksiyonları, oral beslenmeye geçiş, yoğun bakımında ve hastanede kalış süresi açısından değerlendirilmiştir. (Damar Cer Der 2007;16(3):55-58).

Anahtar kelimeler: Aorta-iliak tıkanık hastalık, retroperitoneal mini laparotomi.

Abstract

Peripheric and coronary artery angiography was performed for a patient of 65 years old male with an aorta-iliac occlusive disease. After the first examination and initial investigations, aorto-iliac occlusive disease was diagnosed. Aorta-bifemoral bypass operation was performed with Retro Peritoneal Mini Laparotomy (RPML) approach. Intestine functions, transition to oral nutrition, stay in intensive care unit and hospital were concluded successfully. (Turkish J Vasc Sur 2007;16(3):55-58).

Key Words: Aorto-iliac occlusive disease, retroperitoneal mini laparotomy.

Dr. Dolunay Odabaşı

Van Yüksek İhtisas Hastanesi

Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniđi

E-mail: dolunayodabasi@yahoo.com/

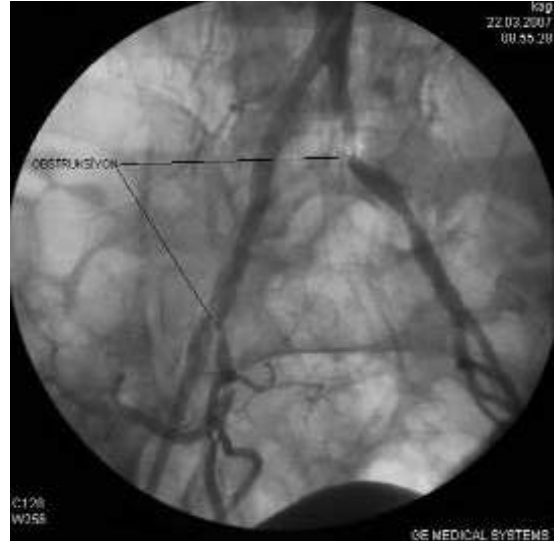
Tel: 05055352548

GİRİŞ

Minimal invaziv cerrahi uygulamalar günümüzde daha sık uygulanan cerrahi uygulamalardır. Aorto-iliak tıkanıklık hastalıklarında standart tedavi olan aorto-bifemoral, aorta-iliak veya aorto-femoral bypass ameliyatları transperitoneal olarak Total Median Laparotomi (TML) ile ya da mini laparotomi dediğimiz daha küçük insizyonlar ile yapılabilmektedir [1-2]. Özellikle daha az yorulan bacaklarda ve hastanede kalıflı barsak fonksiyonları ve oral beslenmeye daha erken geçiş, daha erken mobilizasyon nedenleri ile retroperitoneal yaklaşımla yapılan aorta-iliyak hastalık operasyonları gittikçe daha fazla ilgi çekmektedir [3].

OLGU SUNUMU

Van Yüksek İhtisas Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi polikliniğine her iki ayağında yol yürümekle zor (yaklaşık 50 m de baflayan), kollarında azalma ve ayaklarında ürtme şikâyetleri ile başvuran 60 yaşında erkek hasta anamnezinde ve ilk muayenesinde periferik arteriyel hastalık öntanışı ile hastaneye yatırıldı. TA.140/90 mmHg, EKG'si NSR, dalga paternleri ve intervalleri normaldi. Sistemik muayenesi nabız muayenesi haricinde normaldi. Femoral nabızlardan itibaren periferik nabızların amplitüdü azalmıştı. Ankle-brachial indeksi sol bacakta 0.70 sağ bacakta 0.80 olarak ölçüldü. Yapılan alt ekstremit vasküler dopplerde bilateral bacakta femoral arterden itibaren akım formları zayıflamış ve distal popliteal arterden itibaren monofazik paternde izlendi. Elektif operasyon planlanan hastaya periferik ve koroner anjiyografi yapıldı hastanın sol common iliak arterinde %80 darlık ve sağ common iliak bifurkasyonunda %70 darlık tesbit edilerek operasyonu planlandı (Şekil 1).



Şekil 1. Hastanın operasyon öncesi periferik anjiyografisinde obstruksiyonların görünümü.

CERRAHİ TEKNİK

Hasta bir gün öncesinden "Bilgilendirilmiş Olur" için görüldü operasyon için rızası alındı. Hasta operasyon odasına alındı monitorize edildi. Olgunun operasyonu genel anestezi altında gerçekleştirildi. Hastanın her iki femoral bölgesi, mümkün olduğunca küçük insizyonla açılarak, femoral arter ve dalları by-pass için hazırlandı. RPML yaklaşımı ile supin pozisyonda olan hasta sol taraf horizontal plandan 25 derece açılı olacak şekilde hastanın sırtının altına jel yastıklar kondu boyandıktan sonra steril olarak örtüldü. Umblikus hizasında umblikus'a yaklaşık 5 cm mesafe uzaklıktan baflatılan 7 cm'lik oblik insizyon 11.kostaya doğru uzatıldı. Eksternal, internal ve oblik kaslar künt diseksiyonla ayrıldı retroperitoneal mesafeye künt diseksiyonlar ile ulaşıldı. Retroperiton açılarak abdominal aort by-pass için hazırlandı. 1 mg/kg heparinizasyonu takiben abdominal aort Satinski klempisi ile klempesi edildi. Hazırlanan 6 mm "Y & Pantolon" politetrafloroetilen (PTFE) greftin aortik ucu 5/0 PTFE dikifi materyali ile, yapılan aortotomiye devamlı dikifi tekniği ile anastomoz edildi. Daha sonra greft klempesi edilip, greftin bacaklarındaki

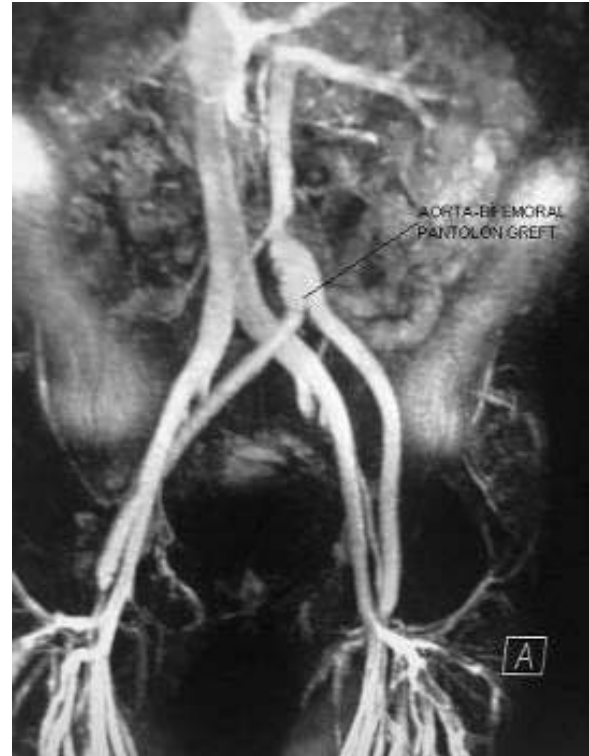
klemples kaldırıldı. Retroperitoneal tünellerden greft bacaklar, femoral bölgeye alındı (fiekil 2). Femoral anastomozlar 5/0 PTFE dikişli materyali ile devamlı dikiş tekniği ile yapıldı. Anastomozlar sonrası yapılan hemostazı takiben retroperiton, batın ve femoral bölgeler anatomiye uygun olarak kapatıldı (fiekil 3). Hastamızın toplam operasyon süresi 125 dakika Aortik Kros Klemp süresi ise 22 dakika idi. Operasyon sonrası 6. saatte ekstübe edilen hastanın operasyon boyunca ve hastanede kaldığı süre boyunca yapılan transfüzyon miktarı 1 ünite tam kan oldu. Retroperitoneal bofiluza konan drenine toplam 250 cc drenaj olan hastamızın yatağında 24 saat kaldıktan sonra dreni çekilerek servise alındı. Operasyon sonrası 10. saatten itibaren oral beslenmeye geçilen hastamızın operasyon sonrası 16. saatten itibaren mobilize oldu. 4 gün serviste takip edilen hasta fifa ile taburcu edildi. Taburcusundan 1 hafta sonra polikliniğimizde görülen hastamızın yürüme mesafesi artmıştı (Yaklaşık 150 m). Her iki bacağının ankle-brakial indeksi 0.95 ölçüldü. Operasyon sonrası alt ekstremitelerde vasküler doppler incelenmesinde femoral arterlerde trifazik akım paternleri gözlemlendi bu akımlar tibialis posterior arterlerine kadar bifazik olarak kadar izlenmekteydi. Operasyon sonrası hastanın kontrol MR anjiyografisi çekildi (fiekil 4).



Şekil 2. RPML tekniği ile icra edilmiş operasyonun greftin aortik ucunun anastomoz edildikten sonra femoral bacakların her iki femoral bölgeye alındıktan sonra görünümü.



Şekil 3. RPML tekniği ile opere edilmiş hastanın operasyon sonrası cilt insizyonlarının görünümü.



Şekil 4. RPML tekniği ile opere edilmiş hastanın operasyon sonrası çift fazlı MR Anjiyografisi.

TARTIŞMA

1990'lı yıllardan itibaren literatüre mini laparotomi kavramı girmiş ve 3 ila 10 cm. arasındaki insizyonlara bu ad verilmiştir. Klasik yöntemlere göre avantajları; kanamanın az olması, transfüzyon ihtiyacında azalma, yatağında kalma süresinin az olması, çabuk peroral

beslenmeye başlanması ve daha az hastanede kalış süresi olarak belirtilmiştir. Aortoiliak okluziv hastalıkta uzun yıllardan beri kabul görmüş tedavi tekli prostetik greft ile Aorta-bifemoral, Aorta-femoral veya Aorta-iliyak by-pass ameliyatlarıdır^[1]. Özellikle aort cerrahisinde cerrahinin diğer dallarında olduğu gibi, mevcut ameliyat stresini mümkün olduğunca azaltmak için mini laparotomi yöntemleri geliştirilip, bafar ile uygulanmıştır^[5]. Aysel ve arkadaşları 4 olgu nedeni ile yaptıkları çalışmada, mini laparotomi ile klasik yöntemi karşılaştırmaları ve mini laparotominin daha avantajlı olduğunu göstermişlerdir^[3]. Weber G ve arkadaşlarının mini laparotomi ile klasik yöntemi karşılaştırdıkları bir çalışmada, mini laparotomi uygulamasının klasik yöntemle göre daha avantajlı olduğunu, daha az hastanede kalış süresi sağladığı ve ameliyat sonrası dönemde daha az analjezi ihtiyacı olduğunu göstermişlerdir^[2]. Ayrıca yine Weber G ve arkadaşlarının mini laparotomi yöntemi ile opere ettikleri vakalarda vital kapasitenin ve zorlu ekspiratuar volümün, klasik yöntemle göre daha az düştüğünü göstermişlerdir^[4].

Sonuç olarak; klasik TML ile yapılan revaskülarizasyon işlemleri sonrasında yorun bakımda izlem süresi, barsak seslerinin normale dönmesi, peroral beslenmeye geçiş süresi ve hastaneden çıkış süresi RPML ile yapılan revaskülarizasyon işlemlerine göre daha uzun olmakta ve daha fazla maliyete neden olmaktadır. Özellikle TML işlemi karın solunumu yapan erkek

hastalarda daha fazla akciğer sorunlarına neden olduğu inancıdır. Barsak fonksiyonlarının daha erken normale dönmesi, daha çabuk oral beslenmeye geçiş daha az yorun bakımda ve hastanede kalış süreleri ayrıca daha az postoperatif ağrı, kozmetik avantaj ve daha az maliyet gibi sebeplerle retroperitoneal minilaparotomi daha fazla tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Retroperitoneal mini laparotomi tekniği avantajları göz önüne alındığında, klasik yöntemle iyi bir alternatif olacaktır ve bu alanda yapılan araştırmaların daha da artacağı inancıdır.

KAYNAKLAR

1. Ourel K, Rutherford RB: Atlas of Vascular Surgery.1998
2. Weber G, Istvan M,Toth GA, et al. A randomized comparison between minilaparotomy and conventional approach for aortoiliac reconstructive surgery. Acta Chir Hung 1997;36: 391.
3. Aysel Ü, Karabay Ö, Silistreli E ve ark. Minilaparotomi Tekniği ile Aortobifemoral Bypass Ameliyatları: 4 Olgu Sunumu. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Dergisi 1998;6:155-9.
4. Weber G, Strauss AL, Jako G: Minimally invasive and direct approach for aortoreconstruction. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd 1996;113:885-8.
5. Maloney JD, Hoch JR, Carr SC et al. Preliminary experience with minilaparotomy aortic surgery. Ann Vasc Surg 2000;14:6-12.