

ALİF 7 teknik



ALİF - teknik

Op. Dr. Mehmet AYDOĞAN
Bosphorus Spine Center, İstanbul

ALİF (Anterior lomber interbody füzyon) tekniği, ilk defa 1932 yılında Capener tarafından lomber spondilolistezis olgularında kullanılmıştır. Ağrı kaynağı olduğu düşünülen diski total olarak çıkartmak, disk ve foramen yüksekliğini restore etmek ve disk dejenerasyonuna bağlı anormal segmental hareketi ortadan kaldırmak amacı ile ALİF işlemi önerilmiş ve ilk lomber ALİF yaklaşımı retroperitoneal yol ile tanımlanmıştır. Geçen zaman içerisinde transperitoneal yol tanımlanmış ve kullanılmıştır.

ALİF L2-L5 arasında lateralden lumbotomi ile yapılabileceği gibi L3-S1 arasında orta hattan retroperitoneal veya transperitoneal olarak da yapılabilir. Klasik lumbotomi ile hasta sol yan üstte kalacak şekilde yapılan cerrahi girişimler sıklıkla yapıldığından burada retroperitoneal yaklaşımla anterior L3-S1 arası interbody füzyon tartışılacaktır. Bazı vakalarda L2-L3 diskinde ulaşmak mümkün olabilmektedir fakat renal ven açısından çok dikkatli olunması gerekmektedir.

Bu cerrahide daha önce retroperitoneal yaklaşımla cerrahi geçirmiş olmak çok önemli olduğundan bu durum

operasyon öncesinde mutlaka sorgulanmalıdır. Kendi pratiğimizde retroperitoneal damar veya disk cerrahisi geçirilmiş olmasını kontrendikasyon olarak kabul ederken diğer batın girişimleri ve sezaryeni bir kontrendikasyon olarak kabul etmemekteyiz. Genç erkek hastalarda L5-S1 diskinin solunda yer alan hipogastrik pleksusun bu cerrahide hasarlanmasına bağlı retrograd ejakülasyon ihtimaline karşı hastalar bilgilendirilmelidir. Genç kadın hastalarda ise vajinal kuruluk olabileceği hakkında hastalar bilgilendirilmelidir.

Bu cerrahiye yeni başlayan arkadaşlarımız için operasyon öncesi BT veya MR anjiyografi ile aorta ve vena kava bifurkasyonunun seviyesinin ve bu bölgenin anomalilerinin tespiti güvenli olacaktır. Anomalinin ameliyat öncesinde saptanması ve disk ile damar ilişkisinin ortaya konması damar cerrahisi yardımının önceden belirlenmesini sağlayacaktır. Bizim günlük pratiğimizde BT/MR anjiyografi veya damar cerrahisi uzman desteğine rutin başvurulmamaktadır.

Resim 1'de klasik anterior retroperitoneal yaklaşımda kullandığımız aletler ve masa düzeni görülmektedir. Ba-



Resim 1



Resim 2

tnın en derin seviyesinde çalışılacağından bu cerrahiye has otomatik retraktör setleri veya derin ekartörlere ihtiyaç duyulacaktır. Bunların yanında klasik posterior cerrahi aletlerimiz bu derinlikte iş göremeyebileceğinden özellikle kilolu hastalarda normalden uzun punctalar, küretler, pensetler, aspiratörler ve Kerrison rongeurular gerekli olacaktır.

Hasta ameliyat masasına supin pozisyonda iken bacakları abduksiyonda olacak şekilde yatırılır (French position) (Resim 2). AP ve lateral skopi görülebilecek şekilde masaya pozisyon verilir. Hastanın yaklaşık 15-20 derece kadar Trandelenburg pozisyonuna alınması batın içeriğinin yukarı kaymasını sağlayarak ekartasyonu rahatlatacaktır. Hastanın bu şekilde yatması cerraha bacak arasından rahat çalışma imkanı vermektedir.

İnsizyon olarak genellikle göbek altı orta hat insizyon kullanılmaktadır. Fakat özellikle L3-4 ve L2-3'e çıkmak istediğimiz vakalarda ya paramedian insizyon ya da göbeğin etrafını dönen median insizyon ile proksimale uzanılmaktadır (Resim 3). Eğer yalnızca L5-S1 diskine işlem yapılacaksa bikini altında kalan kova sapı insizyonunun kullanılması daha uygun olacaktır.

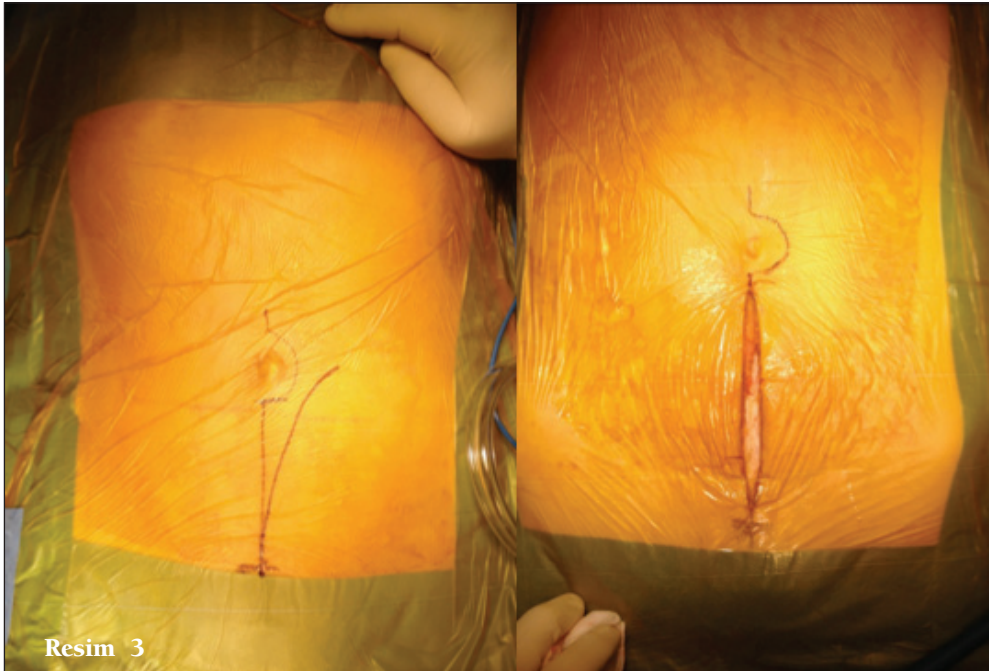
Cilt-ciltaltı yağlı doku geçildikten sonra batın fasyası dikkatlice ve orta hattın 3-4mm solundan longitudinal açılır. Orta hattın her iki rectus abdominus kası

arasından solda peritonun üzerinden laterale ilerlenir. Retroperitoneal yağlı doku bulunur (Resim 4).

Bu aşamada rectus abdominisin altında lateralden yukarı uzanan epigastrica inferior veni net bir şekilde görülür ve korunur. Lateralde iliopsoas kası bulunur, bunun hemen medialinde iliak arter palpe edilebilir (Resim 5).

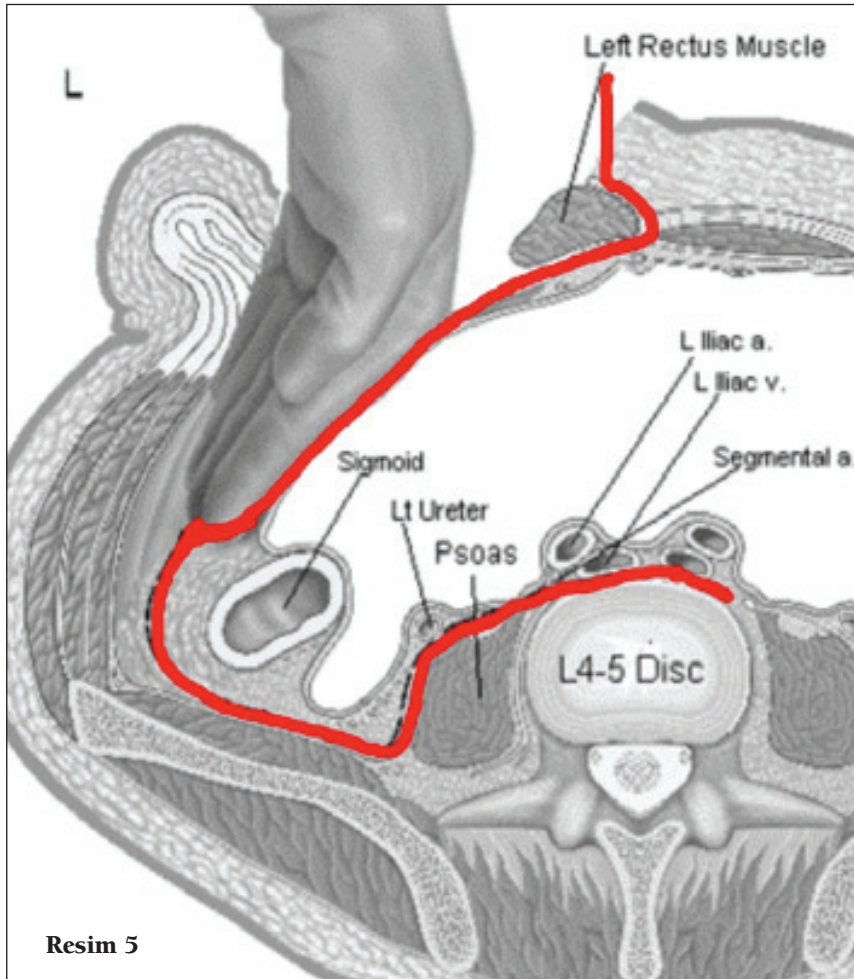
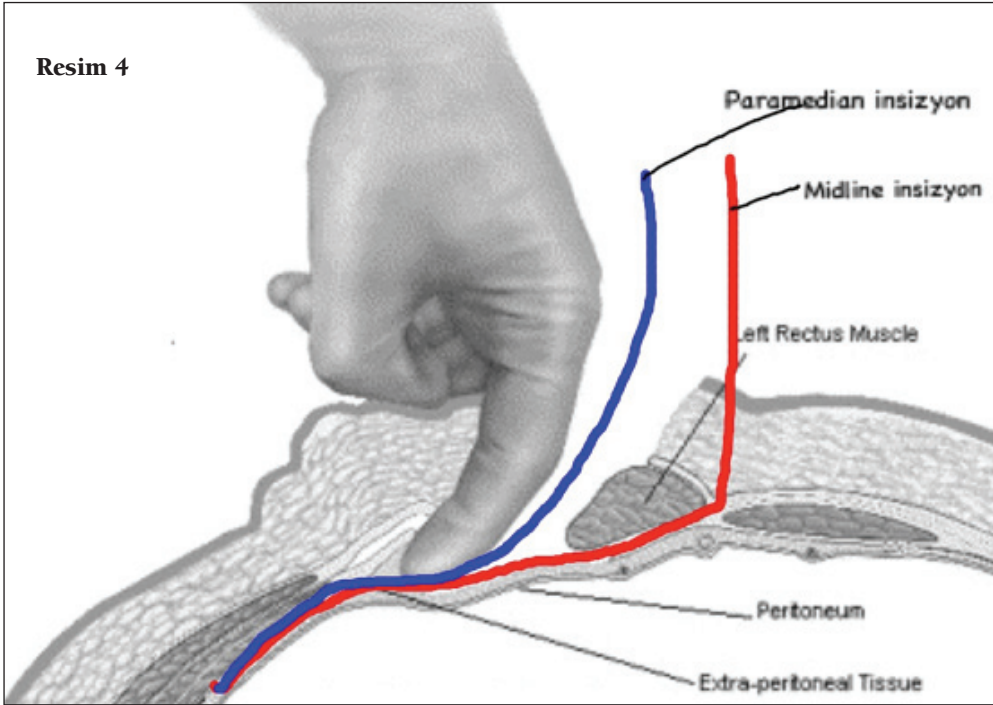
Bazı kadın hastalarda bu aşamada ligamentum rotundum mediale gitmemize engel olabilir. Bir klemple yaktuktan sonra kesilebilir. İnsizyonun proksimale künt disseksiyonla ilerlerken fascia transversalis ile birlikte peritoneal kese batın lateral duvarına yapıştığı yerden abdominus internus kası aleyhine olacak şekilde dikkatlice koterle veya makasla kesilip ayrılmalıdır. Bu aşama en sık peritoneal yırtık oluşan aşamadır ve tamiri yerleşim itibarı ile zordur. Transversalis fascia ve peritoneal kese batın lateral duvarından ayrıldıktan sonra proksimale ilerlemek çok daha rahat olmaktadır.

Palpe edilen iliak arterin üzerinden mediale doğru yine künt disseksiyonla gelerek önce üreter bulunup tanınıp korunmalıdır. Üreter solda iliak arter ve venin üzerinden çaprazlayarak mesaneye gider. Üreterin tanınmasında en önemli test dişsiz düz bir pensetle sıkılıp bırakıldığında bariz bir şekilde peristaltizm görülmesidir. Peristaltizm görülüp üreter mediale (sağa) ekarte edilir. Bu aşamada parmak ucu ile promontoryum palpe edilir ve orta hatta



Resim 3

Resim 4



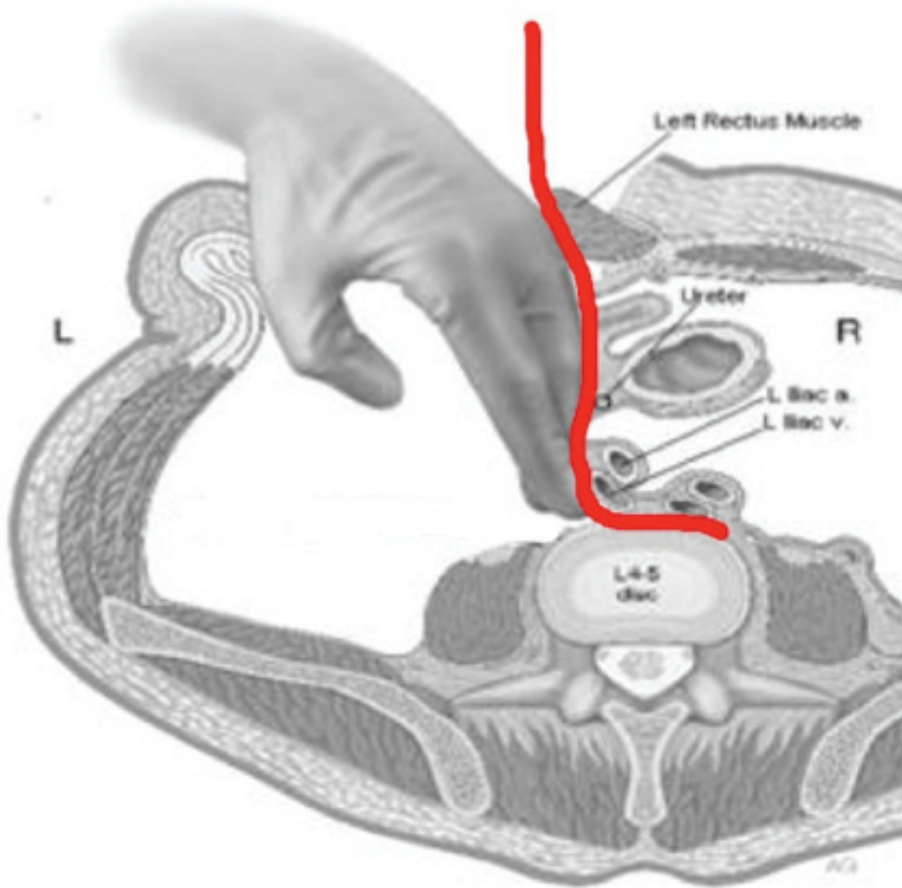
Resim 5

doğru fındık tampon yardımı ile künt olarak disseke edilir (Resim 6).

Bu aşamada sol common iliak arter ve ven görülüp dikkatli bir şekilde korunmalıdır. L5-S1 diski görülür ve üzerindeki sacralis media arter ve veni dikkatlice yakılıp kesilir. Çoğu vakada L5-S1 diski bifurkasyonun yerleşimi itibarı ile rahatlıkla boşaltılıp füzyon yapılabilir.

L4-5 seviyesi için sol iliak arter ve venin üstünden soldan künt disseksiyona devam edilir. Burada dikkat

edilmesi gereken en önemli nokta iliolumbar venin varlığıdır. Olması halinde L4-5 diskine çok yakın veya üzerinde olacağından dikkatlice bağlanmalı ve kesilmelidir. Bu duruma dikkat edilmediği takdirde ciddi kanama ile karşılaşılabilir. Bu bölgede yine dikkat edilmesi ve mümkünse korunması gereken önemli bir yapı sempatik zincirdir. L3-4 ve renal ven müsaade ederse L2-3 disklerine de aynı klivajdan proksimale ilerleyerek ulaşılabilir.



Resim 6