

Pediyatrik Yaş Grubu Üreteropelvik Darlıkta (UPD) Uygulanan Diversiyon Kullanılan (Double J Stent) ve Kullanılmayan Dismembered Piyeloplasti Sonuçlarımız

Reşit TOKUÇ (*), Erem Kaan BAŞOK (**), Ömer Faruk MEMİŞ (***), Mete DEĞİRMENCİ (****), Cenk GÜRBÜZ (**)

ÖZET

Pediyatrik yaş grubunda üreteropelvik darlıkta dismembered piyeloplasti en çok tercih edilen cerrahi girişimdir. Drenajın nasıl yapılacağı konusunda halen pek çok tartışma vardır. Haziran 2001-Eylül 2002 tarihleri arasında stent konan ve konmayan piyeloplasti sonuçlarımızı karşılaştırdık. Üreteropelvik darlık tanısı konan 18 hastanın 7'sine stentsiz, 11'ine double J stent (DJS) konarak piyeloplasti uygulandı. Hiç bir hastada diversiyon ile piyeloplasti uygulanmadı. Postoperatif erken dönem komplikasyon ve hastanede kalış süresi yönünden her iki grup karşılaştırıldı. Stentsiz 7 hastanın 2'sinde komplikasyon izlendi. Bir hastada uzamış drenaj ve 1 hastada geçici obstrüksiyon nedeniyle stent takılması gerekti. Stent takılan grupta hiç bir ürolojik komplikasyon izlenmedi. Median hospitalizasyon stent takılan grupta ve stent takılmayan grupta 6 gündü. Stent takılan grupta stent takılmayan grup arasında sonuçlar birbirine yakın görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Üreter, piyeloplasti, hidronefroz

SUMMARY

Our Results of Dismembered Pyeloplasty with or Without Double J Stent in Pediatric Age Group

Dismembered pyeloplasty remains the principal surgical therapy for pediatric ureteropelvic junction obstruction. The method of postoperative drainage continues to be debated. We compared 7 stented versus 11 nonstented repairs. Diversion was not used for any patient. We evaluated 18 pediatric dismembered pyeloplasties performed for ureteropelvic junction obstruction from June 2001 to September 2002. Hospital stay and complication rates were reviewed. Of the 7 nonstented repairs urological complications developed in 2 including prolonged leakage and temporary obstruction that necessitated stenting. Non of the stented repairs developed urological complications. Median hospitalization was 6 days in each group. In children the outcome of stented pyeloplasty is similar to that of nonstented repair.

Key words: Ureter, pyeloplasty, hydronephrosis

Üreteropelvik darlık tedavisinde en sık uygulanan açık cerrahi seçenek dismembered piyeloplastidir. Dismembered piyeloplasti, üreteropelvik darlığın eksizyonu, pelvisin redüksiyonu ve sağlıklı üreter ile pelvisin anostomozu olarak tanımlanmıştır. Anostomoz hattında ödeme bağlı gelişebilecek sorunlardan ötürü drenaj sağlamak üzere nefrostomi, üreter stentli nefrostomi gibi diversiyon yöntemleri ya da internal üreter stentler kullanılmaktadır (DJS). Hangi drenaj yönteminin daha iyi olduğu konusunda kesin bir fikir birliği yoktur. Ayrıca, stent ve diversiyon kullanımında gelişen komplikasyonlar nedeniyle pediyatrik yaş grubunda stentsiz ve diversiyonsuz piyeloplasti gündeme gelmiştir.

Bu çalışmamızda, internal stent uygulanan ve uygulan-

mayan hasta grupları, erken dönem komplikasyon ve hospitalizasyon süreleri açısından karşılaştırılmıştır.

MATERYAL ve METOD

Haziran 2001-Eylül 2002 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 18 hastaya üreteropelvik darlık tanısı konuldu. Yaş ortalaması stentsiz grupta 28, stentli grupta ise 51 ay idi. Tüm hastaların ortalama yaşı ise 6.5 idi (1/12 ay-12 yaş). Hastaların 6'sına antenatal kontrollerde, 2 hastaya rastlantısal olarak, 10 hastaya ise lomber ağrı ve idrar yolu infeksiyonu etyolojisi araştırılırken üreteropelvik darlık tanısı konulmuştu. Tanı yöntemleri olarak intravenöz piyelografi, diüretik renografi ve ultrasonografi kullanıldı.

Tüm operasyonlar flank insizyon ile gerçekleştirildi. Operasyon sırasında 11 olguda stentli piyeloplasti, 7 olguda diversiyonsuz ve stentsiz piyeloplasti tekniği tercih edildi. Diver-

siyon kullanılmayan grupta 1 hastada karşı taraf renal üniteye veziköüretal reflü vardı. Stent kullanılan grupta 1 hasta daha önce karşı böbrekten açık piyeloplasti operasyonu geçirmişti. Hiç bir hastada böbrek taşı saptanmadı.

Dört hastada sağ, 14 hastada sol tarafa Anderson-Hynes dismembered piyeloplasti uygulandı. Pelvis rezeksiyonu yapıldıktan sonra köşeler 5.0 vicryl ile asıldı. Açık kalan kısım 6.0 veya 7.0 vicryl ile submukozal iki kat halinde devamlı sütür tekniği ile anastomoz hattına kadar birleştirildi. Spatulize edilmiş üreterin pelvise anostomozu yine aynı teknikle uygulandı. DJS kullanılan hastalarda 16 cm'lik 4.8 Fr stent cihaz edildi ve mesanenin üretral kateter ile drenajı sağlandı. Stent kalımı sürecince profilaktik TMP-SMX uygulandı. Stentler genel anestezi altında ortalama 6 hafta sonra alındı. Stentsiz hasta grubunda üretral kateter kullanılmadı.

BULGULAR

Median zamanlar incelendiğinde, stent kullanılan grubun üretral kateter kalış süresi 3 gün, lomber bölgedeki dren çekilme zamanı 5 gün, hospitalizasyon süresi ise 6 gündü. Hiç bir hastada komplikasyon gözlenmedi.

Stent kullanılmayan hastaların gerek dren kalış zamanları gerekse hospitalizasyon süreleri stentli hastalarinkine aynı olarak bulundu. Bir hastamızda 1 ay sonra gelişen lomber ağrı ve hidronefrozdun ötürü genel anestezi altında double J stent takılması gerekti, bir hastada ise 22 güne dek uzayıp spontan sonlanan idrar drenajı ortaya çıktı. Bu hastanın DJS'i 3. ayda çekildi. Hiçbir hastada major komplikasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA

Litaratürde piyeloplasti sonrası diversiyon kullanılıp kullanılmaması, kullanılacaksa hangi tip diversiyonun tercih edileceği konusunda çok sayıda tartışma vardır (1). Stentsiz piyeloplasti sonrası idrar kaçığının uzun

Tablo 1. Dj stent ile diversiyon yapılan hasta grubu.

Stent takılan	11
Ortalama yaş	51 (ay)
Dren çekilme zamanı	Median 5 gün (5-6 gün)
Hospitalizasyon	Median 6 gün (4-8 gün)
Komplikasyon	İzlenmedi

Tablo 2. Diversiyon yapılmayan hasta grubu.

Stent takılmayan	7
Ortalama yaş	28 (ay)
Dren çekilme zamanı	Median 5 gün (5-20 gün)
Hospitalizasyon	Median 6 gün (4-22 gün)
Komplikasyon	2

süre olacağını ve bunun da hastanede kalış süresini uzatacağını iddia eden yazarlar vardır (2). Pelviste ileri derecede inflamasyon varlığında, sekonder piyeloplasti operasyonlarında ve soliter böbreklerde stentsiz operasyonlar önerilmemektedir (3). Literatürdeki sonuçlar genellikle erişkin yaş grubu içindir. Pediatrik yaş grubunda, genellikle yazılar kullanılan yöntemler arası fark olmadığı yönündedir. Pediatrik yaş grubunda diversiyon veya stent kullanılmadığında sonuçların etkilenmediğini savunan yazılar nedeniyle diversiyonsuz ve stentsiz piyeloplastilere olan ilgi artmıştır. Anderson ve Hynes, orijinal piyeloplastiyi tanımladıkları ilk yazılarında; anastomoz hattına yerleştirilen yabancı cismin plastik cerrahi prensiplerine uymayacağını, infeksiyon ve fibrozise neden olacağını savunmuşlardır (4). Uygulanan işlem modifiye oldukça ve komplikasyonlar görüldükçe zaman içerisinde transanostomoz stentler ve nefrostomi tüpleri kullanılmıştır. Fakat, gerek internal gerekse de eksternal stentlere bağlı ek komplikasyonlar gözlemlenmiştir. Özellikle üriner infeksiyon ve hastanede kalış süresinin uzaması gibi problemler ön plana çıkmıştır.

Servadio ve ark.'nın 48 hastalık pediatrik yaş grup serilerinde stentsiz hastalarda daha az antibiyotik gerektiği, hospitalizasyon süresinin iki kat daha az olduğu ve maliyetin de azaltıldığı vurgulanmıştır (5). Frank, 13 hastada nefrostomi ve stent ile, 57 hastada ise stent kullanılmadan piyeloplasti uygulamış, komplikasyon oranlarını % 23 ve % 16 olarak belirtmiştir. Uzun dönem takip sonuçlarında % 95'lik düzelme olan her iki grubun hospitalizasyon zamanları ise stentsiz grupta 5.4 gün olup, stentli grubunkinin yaklaşık yarısıdır (6).

Walker ve ark., pediatrik yaş grubundan oluşan 117 hastalık kendi serilerini, değişik merkezlerden değişik cerrahların toplam 833 hastalık grubu ile karşılaştırmışlardır. Kendi serilerinde hospitalizasyon zamanı stent takılan grupta daha kısa olup, komplikasyon oranları her iki grupta aynıydı. 833 hastalık grupta stent takılanlarda daha sık üriner infeksiyon gözlenmiş, stent takılmayan grupta drenaj daha uzun devam etmiş ve sekonder girişim daha fazla yapılmak zorunda kalmıştır (7). Kendi serilerindeki sonuçlara göre, postoperatif drenajın komplikasyon oranından bağımsız olarak tamamen cerrahın tercihinin bırakılması gerektiğini savunmuşlardır.

Erişkin piyeloplastinin diversiyonsuz yapıldığında daha

komplike seyretmesinin nedeni hakkında net veriler mevcut değildir. Yaşla beraber süregelen ureteropelvik darlığın, tüm renal üniteyi etkilemesinden kaynaklanabileceği görüşü akla yatkındır. Fakat, erken dönemde özellikle son zamanlarda, antenatal tanı sonrası takip edilen ve piyeloplasti operasyonu endikasyonu konan hastalarda tüm ünite de bozulma riski azaltılmıştır. Dolayısıyla erişkin dönemde diversiyon daha önemli iken, pediyatrik yaş grubunda, deneyimli kliniklerde, çocukluk çağı piyeloplastilerde diversiyondan vazgeçilebilir (8).

Çalışmamızda her iki grup arasında postoperatif erken dönemde önemli derecede fark olmaması, stent takılan grupta stentin geri alınımının yine ameliyathane şartları gerektirmesi ve bunun yaratacağı iş yükü, hasta ve hasta yakını anksiyetesi artımı gibi nedenlerle kliniğimizde stentsiz ve diversiyonsuz piyeloplasti tekniğine eğilim artırmıştır.

KAYNAKLAR

1. **Sibley GNA, Graham MD, Smith ML, Doyle PT:** Improving splintage techniques in pyeloplasty. Br J Urol, 60:489, 1989.
2. **Bard Rh, Kirk RM:** Caution urged in unsplinted unstented pyeloplasty. Urology 3:701, 1974.
3. **Hussain S, Fran JD:** Complication and length of hospital stay following stented and unstented pediatric pyeloplasties Br J Urol 73:87, 1994.
4. **Anderson JC, and Hynes W:** Retrocaval ureter a case diagnosed postoperatively and treated by a plastic operation Br J Urol 21:209, 1949.
5. **Baniel J, Livne PM, Savir A, Gillon G, Servadio C:** Dismembered pyeloplasty in children with and without stents. Eur Urol 30(3):400-2, 1996.
6. **Hussain S, Frank JD:** Complications and length of hospital stay following stented and unstented paediatric pyeloplasties. Br J Urol 73(1):87-9, 1994.
7. **Smith KE, Holmes N, Lieb JI, Mandell J, Baskin LS, Kogan BA, Walker RD:** 3rd Stented versus nonstented pediatric pyeloplasty: a modern series and review of the literature. J Urol 168(3):1127-30, 2002.
8. **Serdar Tekgül:** Katkı Üroloji Bülteni 7:3, 1996.