



## II. ÜROLOJİ KLİNİĞİ'NDE 2002-2003 YILLARI ARASINDAKİ OBSTRÜKTİF ÜROPATİLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cemal GÖKTAŞ<sup>1</sup>, Önder CANGÜVEN<sup>1</sup>, Mustafa BÜLBÜL<sup>1</sup>, Rahim HORUZ<sup>1</sup>, Selami ALBAYRAK<sup>1</sup>

Üst üriner sistem obstrüksiyonları rutin üroloji pratiğinde hala önemli bir yer tutmaktadır. Eğer yeterli tanı ve tedavi yapılmaz ise vakalarda organ kaybı veya son dönem böbrek yetmezliği gelişebilir. Ocak 2002-Eylül 2003 tarihleri arasında hastanemizin 2. Üroloji polikliniğine müracaat eden ve tanıları üst üriner sistem obstrüksiyonu konulan 87 hasta değerlendirildi. Obstrüksiyonun lokalizasyonuna, etyolojisine ve derecesine göre hastalara yaklaşımın doğru olduğu, tedavi planının buna göre yapılması sonucuna ulaşılmıştır.

*Anahtar kelimeler: Taş, üriner taş, üreteral obstrüksiyon*

### EVALUATION OF PATIENTS WHO WERE DIAGNOSED AS OBSTRUCTIVE UROPATHY BETWEEN 2002 - 2003 IN UROLOGY II CLINICS

Upper urinary tract obstructive uropathy has a considerable place in routine urological practice. Organ loss or end stage renal failure may occur, unless sufficient diagnosis or treatment done. We evaluated 87 patients who attended Urology II outpatient clinics and diagnosed as upper urinary tract obstructive uropathy in between January 2002 and September 2003. In order to give correct treatment, we have to evaluate patients according to localization, etiology, and degree of their obstruction.

*Keywords: Stone, urinary calculi, ureteral obstructions*

Üst üriner sistem obstrüksiyonları rutin üroloji pratiğinde hala önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle geç kalınmış veya atlanmış vakalarda organ kaybı veya son dönem böbrek yetmezliği gibi ciddi sonuçlara yol açabilmesi nedeni ile üzerinde titizlikle durulması gereken ürolojik sorunlar olarak güncelliğini korumaktadır ve korumaya devam edecektir.

Bu hastaların bir kısmı nonspesifik şikayetlerle müracaat ettiklerinden üst üriner sistem obstrüksiyonları ayırıcı tanıda ilk etapta düşünülmemektedir ve bu yüzden organ kayıplarına kadar varabilecek durumlar ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Üroloji polikliniğine başvuran üst üriner sistem obstrüksiyonlu hastalar değerlendirilmiştir.

Hastalara tam idrar tahlili (TİT), direk üriner sistem grafisi (DÜSG), kan biyokimyası, ultrasonografi (USG), intravenöz pyelografi (İVP), bilgisayarlı tomografi (BT), retrograd pyelografi (RGP) ile tanısal amaçlı tetkikler yapıldı.

Tanıları kesinleşen hastalara üreter katateri uygulaması, perkütan nefrostomi tüpü (PNT), üreterorenoskopi (URS), açık cerrahi tedavi seçeneklerinden en uygun olanı seçilerek bir veya birden fazla yöntemle obstrüksiyonları giderildi.

Obstrüksiyon nedenleri, tarafı, patolojinin lokalizasyonu, hastanede kalış süresi ve komplikasyonları retrospektif olarak incelendi.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2002-Eylül 2003 tarihleri arasında hastanemizin 2. Üroloji polikliniğine müracaat eden ve tanıları üst üriner sistem obstrüksiyonu olarak konulan hastalar değerlendirildi. Toplam 87 üst üriner sistem obstrüksiyonlu hastanın 52'sini (%59,7) erkek, 35'ini (%40,3) kadınlar oluşturmakta idi. Erkeklerin yaş ortalaması 46,09 (1-72) yaş, kadınların yaş ortalaması 43,6 (8-92) yaş olarak bulundu (Tablo I).

**Tablo I.** Hasta sayısı dağılımı

	Hasta sayısı
<b>Toplam</b>	87
<b>Erkek</b>	52(%59.7)
<b>Kadın</b>	35(%40.3)
<b>Komplikasyon gelişen</b>	9(%10.3)

1Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Üroloji Kliniği

### BULGULAR

Toplam 87 hastadaki üst üriner sistem obstrüksiyon nedenleri sırası ile 64 hastada (%73.5) taş, 15 hastada (%17.2) U-P darlık, 6 hastada (%6.8) kanser invazyonu, 1 hastada (%1.14) taş+U-V darlık, 1 hastada (%1.14) iyatrojenik üreter yaralanması olarak bulundu (Tablo II).

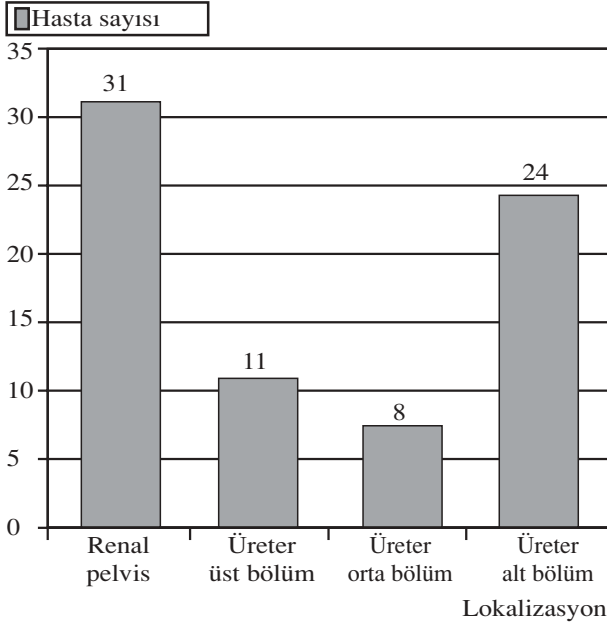
**Tablo II.** Obstrüksiyon nedenlerine göre hasta dağılımı

Obstrüksiyon nedenleri	Hasta say s (oran %)
Taş	62 (%71.2)
U-P darlık	15 (%17.2)
Kanser invazyonu	6 (%6.8)
İyatrojenik üreter yaralanması	1 (%1.14)
Taş+Ü-V darlık	1 (%1.14)

Hastaların obstrüksiyonları 12'sinde (%13.7) bilateral, 40'ında (%54.9) sağ üreter, 35'inde (%40.4) sol üreter olarak tespit edildi.



Obstrüksiyon nedeni taş olan hastalarda taşın ebatları 0.5-5cm arasında değişmekte idi. Bu taşların 31'i renal pelvis, 11'i üreter üst bölüm, 8'i üreter orta bölüm, 24'ü üreter alt bölüm yerleşimli idi (Grafik 1).



**Grafik 1.** Taş lokalizasyonu

Taş ebadı 0.5-1 cm. olan ve üreter alt bölüm yerleşimli 20 tanesine URS+pnömotik litotripsi uygulandı. 1-5 cm ebatlı taşlara ise obstrüksiyonu gidermek için 51 tanesinde açık taş operasyonu tercih edildi.

İyatrojenik üst üreter bölüm yaralanması olan 1 hastaya üreterokalikostomi ameliyatı yapıldı. U-P darlığı olan 15 hastaya "dismembered" pyeloplasti ameliyatı yapıldı. U-V darlığı olan hastaya ise üreteroneosistostomi ameliyatı yapıldı. 6 vakada obstrüksiyon double-J kateter uygulaması ile giderildi. Bunlar taş nedeni ile obstrüksiyon gelişen hastalardı ve daha sonra 2 tanesine açık taş operasyonu, 2 tanesine ESWL, 2 tanesi de medikal tedavi uygulandı.

PNT 10 hastanın 6'sına kanser invazyonu, 2'sine taş, 2'sine ise U-P darlık nedeni ile takıldı. Bunlardan kanser invazyonu olanlardan 3 tanesine bilateral PNT takıldı. U-P darlık nedeni ile PNT takılan hastaların renal fonksiyonunu değerlendirmek için PNT takıldı ve nonfonksiyone olduğuna karar verilerek basit nefrektomi ameliyatı; taş nedeni ile takılan hastalara daha sonra elektif şartlarda açık taş operasyonu yapıldı.

Açık operasyon uygulanan hastalara yerleştirilen "soft" drenlerin geri alınma süreleri ortalama 3.75 (1-13) gün, taburcu süreleri ortalama 4.87 (1-15) gün oldu.

Tedavi ettiğimiz hastalardan 9'unda (%10.3) komplikasyon gelişti. Bunlardan 6 hastada uzun drenaj, 1 hastada sütür hattından kısa süren (1-2 gün) pürülan vasıfta akıntı oldu, 1 hastada postop ateş (39°C üzerinde) gelişti, URS uygulanan 1 hastada ise erken postop dönemde şiddetli yan ve kasık ağrıları oldu.

## TARTIŞMA

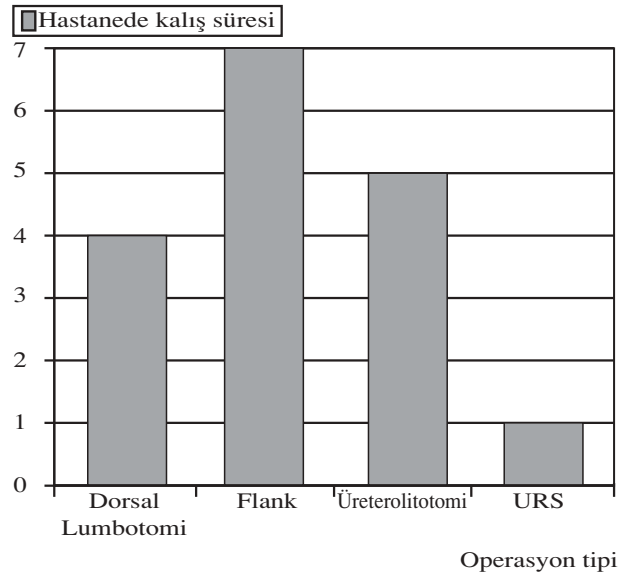
Obstrüktif üropati çok sık karşılaşılan tedavi edilebilir ve genellikle geri döndürülebilir bir olgudur. İnfantlardan, yaşlılara her yaş grubunda görülebilir. Obstrüktif üropati derecesine, süresine ve anatomik lokalizasyonuna göre sınıflandırılır. Üst üriner sistem obstrüktif üropatisinin bir çok sebebi vardır. Bunların başında taş, tümör (üriner sistem veya dış kaynaklı), anatomik bozukluklar, operasyon sekeli, iyatrojenik gibi nedenler sayılabilir.

Obstrüktif üropatinin süresinin uzaması ile bir çok histopatolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu nedenle obstrüksiyonu bir an önce gidermek ve tedaviye başlamak gerekir.

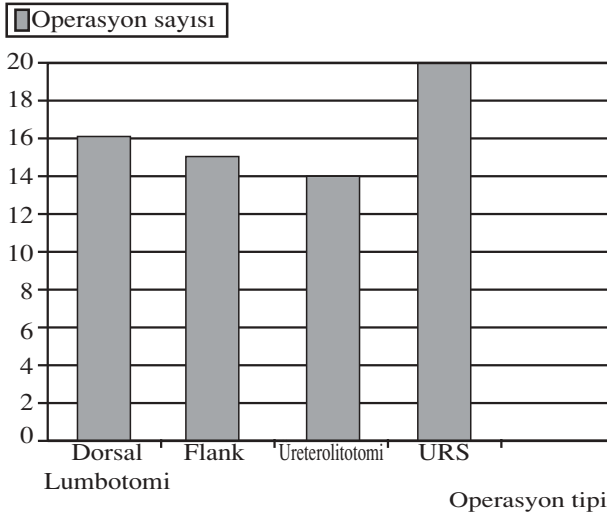
Çocuklarda yapılan bir çalışmada %17 oranında açık operasyon uygulanmaktadır<sup>1</sup>. Akut taş veya diğer nedenlere bağlı üreter obstrüksiyonlarında ilk etapta JJ stent konulmasının en uygun seçenek olduğu görüşündeyiz. %95 başarı ve obstrüksiyonun geçici olarak giderildiğini bildiren çalışmalar mevcuttur<sup>2</sup>.

Obstrüktif hastalarda bazen enfekte idrar ile de karşılaşabiliriz. Enfekte obstrüktif üropatilerde hem obstrüksiyonu hem de septik şok oluşumunu ortadan kaldırmak amacı ile perkütan nefrostomi ile ilk müdahalenin yapılması uygun olur kanatindeyiz. Bu konuda 250 hastalı bir seride 64 enfekte üriner sistem (septik böbrek) olgusuna acil perkütan nefrostomi uygulanmıştır. Bu çalışma grubundaki hastalarda arteryel hipotansiyon, üre yüksekliği ve pyüri mevcut olduğu; bu nedenle bu işlemler mortalite riskinin önemli oranda azaldığı bildirilmektedir<sup>3</sup>.

Endoskopik veya ESWL ile müdahalenin yetersiz kaldığı olgularda açık operasyona gereksinim olmaktadır. Böbrek ve üreter üst bölüm taşlarına yaptığımız operasyonların postop dönem takiplerine göre, hospitalizasyon sürelerinin az olması ve analjezi ihtiyaçlarının az olduğu görülmektedir (Grafik 2,3).



**Grafik 2.** Operasyon tipine göre hastanede kalış süresi



**Grafik 3.** Taşa yönelik operasyon tipi

Açık cerrahi düşünülen böbrek ve üreter üst bölüm taşlarında dorsal lumbotomi insizyonu ile girişim yapılmasının daha uygun olduğunu düşünmekteyiz. 100 olguluk başka bir seride dorsal lumbotomi uygulaması

değerlendirilmiş, standart flank insizyonuna göre daha az hastanede kalış süresi ve analjezik ihtiyacı olduğu teyit edilmiştir<sup>4</sup>.

Tıp eğitimi sırasında öğretilen “Hastalık yoktur hasta vardır” deyimini obstrüktif üropatili hastalar için de geçerlidir. Obstrüksiyonun lokalizasyonuna, etyolojisine ve derecesine göre karar vermenin uygun olacağı kanaatindeyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Jayanthi VR, Arnold PM, Koff SA. Strategies for managing upper tract calculi in young children. J Urol 1999; 162(3-2): 1234-7.
2. Tschada R, Mickisch G, Rassweiler J, Knebel L, Alken P. [Success and failure with double J ureteral stent. Analysis of 107 cases] [Article in French] J Urol 1991; 97(2): 93-7.
3. Nicolescu D, Boja R, Osanu V, Bakos I, Negrut I, Cantar C, Schwartz L. Emergency percutaneous nephrostomy in the septic kidney. Acta Urol Belg 1992; 60(1): 27-32.
4. Das S, Egan RM, Amar AD. Dorsal lumbotomy for surgery of the upper urinary tract. J Urol 1987; 137(5): 862-4.