

INTERNAL URETROTOMİDE İLGİNÇ BİR KOMPLİKASYON: SİSTOSTOMİ TÜPÜ İLE ÜRETRAL GÜİDE KATETERİN DÜĞÜMLENMESİ

A RARE COMPLICATION OF INTERNAL URETHROTOMY: KNOTTING OF URETHRAL CATHETER WITH SUPRAPUBIC TUBE

ERGENEKON, E., KARAMAN, M.İ., ŞAHİNKAYA, N., MÜSLÜMANOĞLU, A.Y.,
SEMERCİÖZ, A., ATALAY, C.

ÖZET

Uretral kateterizasyonun nadir görülen komplikasyonlarından biri de, kateter ucunun mesane içinde sistostomi tüpü ile spontan olarak düğümlenmesidir. Biz de, internal uretrotomi sırasında uretral guide olarak kullanılan 5 F kateterle, hastadaki pig-tail uçlu 15 F sistostomi tüpünün birbirlerine düğümlendiği bir vakamızı sunuyor ve muhtemel sebeplerle tedavi biçimlerini tartışıyoruz.

SUMMARY

Small caliber ureteral catheters which are used as urethral guide during internal urethrotomy can rarely be knotted together with previously inserted suprapubic tubes within bladder. Herein we report such a case and successful removal of the knotted catheters endoscopically.

GİRİŞ

Çok eski çağlardan beri bilinen uretral kateterizasyon, değişik teşhis ve tedavi amaçlarıyla sıklıkla uygulanan bir müdahaledir. Uretral kateterizasyonda komplikasyon oranı düşük olup, genellikle dizüri meatit, uretral kanama gibi minor problemlerdir. Kateter komplikasyonları arasında nadir görülen bir tanesi de kateterin mesane içinde düğümlenmesidir (1). Bu, ya spontan olarak kendi üzerine düğümlenme şeklinde olur ya da özellikle uretra darlığı sebebiyle sistostomize edilmiş hastalarda, tedaviyi takiben konulan uretral kateterin, sistostomi tüpünün uç kısmı ile birbirine düğümlenmesi şeklinde gerçekleşir. Benzer şekilde nadiren karşılaşılabilecek bir

durum da, sistostomili hastalarda internal uretrotomi yapılırken guide olarak optik uretrotomun içinden mesaneye geçirilen ureteral kateterin, işlem sonunda geri çekilirken sistostomi tüpüne düğümlenmesidir. Bu durumda, eğer sistostomi tüpü yerine bırakılmak isteniyorsa birtakım manipulasyonlarla düğümlü ureter kateterini kırtarmak gerekecektir.

Burada, uretral darlıklı ve sistostomize bir erkek hastamızda, optik uretrotomi sırasında guide olarak kullanılan 5F ureteral kateterin, cystofixin ucuyla düğüm yaptığı bir vakayı sunuyoruz.

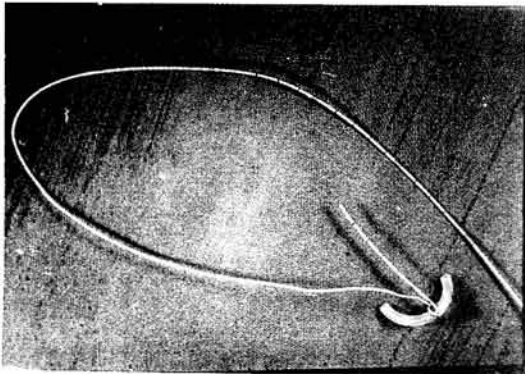
Olgu sunumu:

24 yaşında erkek hastamıza daha önce pelvis

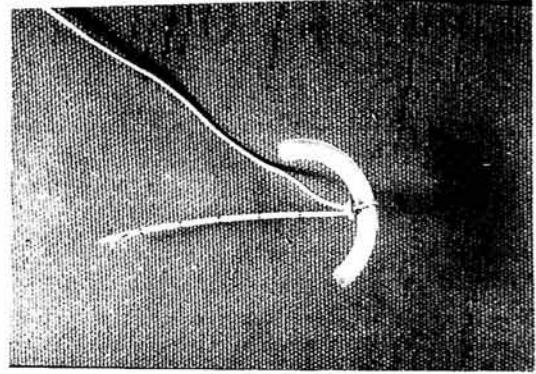
travması + pelviste multipl kemik kırıkları + uretroraji nedeniyle başvurduğu bir merkezde perkütan sistostomi tüpü konularak ortopedik tedavi uygulanmış. Kliniğimize travmadan 2 ay sonra başvurduğunda yapılan endoskopide, posterior uretrada inkomplet darlık görülerek optik uretrotomi uygulandı. 10. günde spontan miksiyonu görülen hasta katetersiz olarak eksterne edildi. 1 ay sonra akut idrar retansiyonu nedeniyle başvuran hastamıza acil poliklinikte perkütan sistostomi tüpü konuldu (CYSTOFIX, 15F). Hazırlıkları takiben ameliyata alınan hastaya internal optik uretrotomi uygulandı. Bu esnada uretral guide olarak, optik uretrotomun yardımcı kanalından mesaneye 5F uretral kateter geçirilmişti. İşlem sonunda guide kateterin geri çıkarılamadığı görüldü. Endoskopik olarak yapılan incelemede 5F guide kateterin distal kısmının, mesane içinde, cystofixin pig-tail şeklindeki distal ucu ile birbirine düğümlendiği izlendi. Her iki yönde yapılan basit traksiyonla düğümlü kateter çıkartılamadı. Bunun üzerine, cystofix, suprapubik bölgede cilde girdiği noktada en distal seviyeden kesildi. 21 F uretroskop, uretral guide kateteri içine alacak şekilde uretradan sokulup, direkt gözlem altında mesanede düğümlü kesim uretroskop shaftı içinden dışarı çıkarıldı (Resim 1 ve Resim 2). Böylece suprapubik sistostomi traktı veya uretrada herhangi bir travma oluşmadan problem çözümlendi. Hastaya 20 F uretral balon kateter ve 15F sistostomi tüpü konularak servise alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Uretral kateterizasyonun nadir bir komplikasyonu olan mesane içinde kateter düğümlenmesi, genellikle bebek ve küçük çocuklardaki düşük



Resim 1: Uretral kateterle cystofix ucunun birbirine düğümlü hali.



Resim 2: Düğümün yakından görünüşü.

mesane kapasitesi ve ince kalibreli uretral kateter ya da feeding tüplerin artmış fleksibilitesine bağlı olarak kateterin mesane duvarına değdiği yerde aşırı dönmesi şeklinde bir mekanizmayla açıklanmıştır (1,2). İntravezikal kateter düğümlenmesi vakaları genellikle 2 yaş altı erkek çocuklarda olmakla beraber, erişkinlerde de bildirilmiştir (3). Foster ve arkadaşları, kendi serilerindeki 5 olgu da dahil olmak üzere, 1992'ye kadar bildirilen toplam 14 intravezikal kateter düğümlenmesi vakasını incelemişlerdir (1). Bunların çoğunda kateterin konulma sebebi temiz aralıklı kateterizasyon, voiding sistografi veya akut idrar retansiyonudur. Bu sebeple, uygulamayı yapanlar sıklıkla ebeveynler ya da yardımcı sağlık personelidir. Bu da, kateter düğümlenmesinde uygun olmayan sondalama tekniği kullanılmasının muhtemel rolünü düşündürmektedir. Düğümlenmeyi önlemek için, kateter yalnızca gerektiği kadar mesaneye itilmeli, idrarın kateter ucundan rahatça geldiği görüldüğü anda daha fazla ilerletmeden tesbit yapılmalıdır. Böylece mesane lümenine aşırı kateter girmeyecek ve düğümlenme oluşmayacaktır (1,4).

Düğümlenmiş kateterleri mesaneden çıkarmak için değişik yöntemler tarif edilmiştir:

- a) Sabit-devamlı basınç uygulayarak manuel ekstraksiyon (1,3,5).
- b) Kateterin içine bir guide-wire sokarak gevşek olan düğümü çözmek (6).
- c) Uretral dilatasyon yapıp ardından manuel ekstraksiyon uygulamak (2,5).
- d) Sistostomi tarzında açık cerrahi girişim (1,3,4).
- e) Endoskopik girişimler (1).

Son yönteme örnek olarak Foster ve arkadaşları, patent urakuslu bir vakalarında,

urakusu dilate edip buradan soktukları bir pediatrik sistoskop ve grasping forsepsler yardımıyla düğümlü kateteri çıkartmışlardır (1). Değişik amaçlarla üroloji pratiğinde kullanılan perkütan suprapubik yaklaşım, düğümlü intravezikal kateterlerin çıkartılmasında da minimal invazif bir alternatif oluşturabilir.

Uretra darlığı tedavisinde yaygın olarak uygulanan optik uretrotomi sırasında, kesi işlemine kılavuzluk etmesi amacıyla, uretrotomun yardımcı kanalında değişik kalibrelerde ureteral kateterlerin mesaneye geçirildiği bilinmektedir. İnternal uretrotomi işlemi bittikten sonra bu tür guide kateterler çıkarılıp uretral drenaj kateterleri konur. Bu tip hastalar genellikle ameliyat öncesi dönemden itibaren sistostomizedir. Pratik olması ve lokal anestezi ile perkütan konulması sebebiyle sıklıkla tercih edilen sistostomi tüpleri de pig-tail veya Malecot uçlu cystofixlerdir. İşte, sunduğumuz vakada da görüldüğü gibi, uretral guide olarak kullanılan 3-5 F kalınlığındaki ureteral kateterlerin sistostomi tüpünün ucuyla birbirine düğümlenmesi, nadir de olsa muhtemel bir komplikasyondur. Böyle bir düğümlenmenin oluşmaması için, optik uretrotomide kullanılan guide kateterlerin mesaneye aşırı itilmemesi, guide kateterin ucundan dışarıya idrar ya da irrigasyon mayii geldiği görülünce o noktada tutulması, işlem sonunda guide kateterin optik vizyon altında geri çekilmesi ve bu esnada sistostomi tüpünün mesane lümeninde serbest bırakılmayıp azami derecede traksiyone edilmesi önerilebilir.

Düğümlenme olayı peroperatuvar meydana geldiği ve hasta genellikle anestezi altında olduğu için tedavi nisbeten kolaydır. Bu durumda ilk akla gelecek tedavi yöntemi, sistostomi tüpünün yukarı çekilerek, düğümlü guide kateterle birlikte çıkarılmasıdır. Ancak, sistostomi traktının 10-15 F arasında olduğu düşünülürse, düğümlü kateterin tüple birlikte artmış kalibresi yüzünden, traktın travmatize olması mümkündür. Sistostomi tüpünü kestikten sonra, içeride kalan parçayı guide katetere manuel traksiyon uygulayarak çıkarmak da, benzer şekilde uretral travma oluşturacaktır. Bunların yerine, ya sistostomi traktını uygun kalibreye kadar dilate edip buradan, ya da zaten internal uretrotomi ile genişlemiş bulunan uretradan sokulacak bir endoskop yardımıyla, düğümlü kateterleri gör-

erek çıkartmak en zararsız yöntem olacaktır. Biz de sistostomi traktına veya uretraya herhangi bir ek travma oluşturmamak için, işlemde kullandığımız 21F optik uretrotomun yardımıyla, düğümlenmiş kateterleri çıkarttık. Postoperatif 15. günde, spontan miksiyonu görülerek ve katetersiz olarak eksterne edilen hastamızın 16 aylık takibinde herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak, üroloji pratiğinde çok ender rastlanabilecek böyle bir "çift kateter düğümlenmesi" durumunda ideal yöntemin, antegrad veya retrograd endoskopik girişim olacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

- 1) Foster, H., Ritchey, M. and Bloom, D.: Adventitious knots in urethral catheters: Report of 5 cases. J. Urol., 148: 1496, 1992.
- 2) Klein, E.A., Wood, D.P. and Kay, R.: Retained straight catheter: Complication of clean intermittent catheterization. J. Urol., 135: 780, 1986.
- 3) Lissos, I.: Knots in the bladder. Brit. j. Urol., 46: 346, 1974.
- 4) Pearson-Shaver, A.L. and Anderson, M.H.: Urethral catheter knots. Pediatrics, 85: 852, 1990.
- 5) Sugar, E.C. and Firlit, C.F.: Knot in urethral catheter due to improper catheterization technique. Letter to the Editor. Urology, 22: 673, 1983.
- 6) Harris, V.J. and Ramilo, J.: Guide wire manipulation of knot in a catheter used for cystourethrography. J. Urol., 116: 529, 1976.