

OBSTRÜKTİF ANÜRİNİN TEDAVİSİNDE CERRAHİ YAKLAŞIMLAR

SURGICAL APPROACHES IN THE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE ANURIA

POLAT, Ö., GÜL, O., ÖZBEY, İ., DEMİREL, A., BAYRAKTAR, Y.

ÖZET

Kliniğimizde obstrüktif anüri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 58 hastanın sonuçları sunulmuştur. Elli sekiz hastanın 31'i soliter böbrekli idi. Tüm hastalara işlem öncesi biyokimyasal değerlendirme, ultrasonografi, direk üriner sistem grafisi ve retrograde pyelografi yapıldı. Hastaların bir kısmına acil girişim, bir kısmına da böbrek fonksiyonları normale döndükten sonra radikal girişim uygulandı.

Etyolojide 18 hastada malign, 40 hastada benign patolojiler mevcuttu. En sık etyolojik faktör taş obstrüksiyonu, en sık malignite ise mesane kanseri idi. On sekiz hastaya acil girişim olarak perkütan nefrostomi (PCN), 11 hastaya üreteroskopik girişim (URS), diğerlerine ise açık cerrahi uygulandı.

Anüri hastaların acil tedavisinde, ürologların açık cerrahi dışı seçenekleri artmıştır. Özellikle PCN ve URS uygulamaları, bu tür komplike hastaların tedavi ve yaşam kalitesini artırmıştır.

SUMMARY

The findings of 58 patients applied surgical treatment due to obstructive anuria at our clinic. 31 of the 58 patients had solitary kidney. All the patients received biochemical assessment, ultrasonography, direct urinary system graphy and retrograde pyelography. Some of the patients received immediate medical attention, some of others received radical attention after their kidney functions became normal.

In etiology 18 patients had malign, 40 had benign pathologies. The most frequent etiologic factor was stone obstruction, malignity was bladder cancer. 18 patients received percutaneous nephrostomy (PCN), 11 ureteroscopic attention (URS), and the others received open surgical treatment as immediate attention.

In the immediate treatment of the patients with anuria, choices out of open surgery for the urologists increased. Especially PCN and URS applications increased the quality of the treatment and life of such complicated patients.

ANAHTAR KELİMELE:Anüri, cerrahi

tedavi

KEY WORDS : Anuria, surgical treat-

ment.

GİRİŞ

Anüri, 24 saatte 100 ml.'nin altında idrar çıkışını ifade etmektedir. Obstrüktif anüri ise, genellikle pelvik malignansilerin üreterleri invaze etmesi veya taş obstrüksiyonuna bağlı olarak en fazla soliter böbrekli hastalarda görülen hayatı tehdit edici bir durumdur. Obstrüktif anüri, gerçekte bir komplet anüridir ve tedavisi ürologları ilgilendiren acil bir patolojidir. Palyatif veya radikal cerrahi girişimlerden sonra böbrek fonksiyonları hızla düzelir. Bu bakımdan, tedavi sonuçları prerenal ve renal kaynaklı böbrek yetmezliklerine göre mükemmeldir (1-3).

Bu çalışmada, kliniğimizde 5 yıllık sürede obstrüktif anüri nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 58 hastanın sonuçları sunulmuştur.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde 1990-1995 tarihleri arasında obstrüktif anüri tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan 58 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 51.4 (5-67) yıl, 24'ü bayan ve 34'ü erkek idi. Beş yaşındaki bir erkek çocukta başka pediatrik yaş grubunda hastamız yoktu.

Ortalama 26.4 (10-72) saatten beri idrar çıkarmama şikayetiyle başvuran hastalara, ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayeneyi takiben önce transüretal sonda konularak idrar retansiyonu olup olmadığına bakıldı. Daha sonra kan üre azotu (BUN), serum kreatinin ve elektrolit düzeyleri ölçüldü. Transüretal sondadan idrar drenajı olmayan

ve BUN, kreatinin düzeyleri yüksek olan hastalara batin ve pelvik ultrasonografisi (US) ile düz üriner sistem grafisi (DÜS) çekildi. Komplet anüride olduğu tesbit edilen hastalara üreteral kateterizasyon uygulandı ve retrograde pyelografi (RGP) çekilerek obstrüksiyonun seviyesi tesbit edildi.

Obstrüksiyonu gidermeye yönelik tedaviden sonra, hastalara günlük BUN, kreatinin ve elektrolit takibi yapıldı. Bu değerler normal sınırlara indikten ve hastalar stabil hale geldikten sonra eksterne edildiler ve kalıcı perkütan nefrostomi (PCN)'si olanlara nefrostomi bakımı öğretildi. Hastalara önce 1 ay, daha sonra 3 ay aralarla kontrole çağrıldılar ve ortalama 18 (3-24) ay süreyle takip edildiler.

SONUÇ

Hastalarımızın 31'i soliter böbrekli idi. Bunların 29'una daha önce değişik etyolojik nedenlerle nefrektomi uygulanmıştı (15 sağ nefrektomili, 14 sol nefrektomili). İki hastamızda ise, unilateral renal agenezi mevcuttu.

Obstrüktif anürinin en sık etyolojik faktörü, üreter ve pelvis renalis taşlarının oluşturduğu komplet obstrüksiyon idi. İkinci önemli etyolojik faktör ise, 18 vaka ile malignitelerdi. Yedi olguda üreterlerin enkrüstasyonla tıkanması anüriye neden olmuştu (Bunlarda sadece üreteral kateterizasyon yeterli oldu). Bir olguda ise, total histerektomi esnasında iatrojenik olarak yapılan bilateral üreter ligasyonu anüri nedeni idi (Tablo 1).

Tablo 1: Etiyolojik faktörler

Patoloji	Hasta sayısı	%
Soliter böbreklerde unilateral obstrüksiyon	31	53.44
- Üreter taşı (12)		
- Pelvis renalis taşı (8)		
- Mesane kanseri (2)		
- Rektum kanseri (5)		
- Enkrüstasyon (2)		
- Üreter tümörü (2)		
Bilateral üreter obstrüksiyonu	27	46.56
- Bilateral üreter taşı (12)		
- Bilateral üreter ligasyonu (1)		
- Enkrüstasyon (5)		
- Rektum kanseri (5)		
- Mesane kanseri (4)		
TOPLAM	58	100.00

binasyonu, bugün komplet anüri hastalarda bile artık ilk tedavi seçeneğidir (11-13). Sonuçlarımızda da görüldüğü gibi, böbrek fonksiyonları ne kadar yüksekse tedavi sonrası normal sınırlara inmesi için geçen süre o kadar uzamakta ve bazen normal sınırlara düşmemektedir. Bundan dolayı,, komplet anüride olduğu tesbit edilen hastalarda etiyolojik faktör en kısa sürede belirlenmeli ve tedavi konusunda oldukça hızlı hareket edilmelidir.

Bu hastaların acil tedavisi konusunda ürologların açık cerrahi dışı seçenekleri artmıştır. Özellikle son 10 yıl öncesine kadar, nefrostomi uygulamasının sadece açık cerrahi girişimle konulabildiği düşünülürse, gerek PCN uygulamasının gerekse taşla bağlı intrinsek üreter obstrüksiyonlarında URS ve EHL seçeneğinin bu tür komplike hastalarda tedavi ve yaşam kalitesini artırıcı rollerinin önemini vurgulamaktayız.

KAYNAKLAR

- 1- Harrington, K.J., Pandha, H.S., Kelly, S.A., Lambert, H.E., Jackson, J.E., Waxman, J.: Palliation of obstructive nephropathy due to malignancy. *Br. J. Urol.*, 76: 101, 1995.
- 2- Shapiro, S.R., Bennett, A.H.: Recovery of renal function after prolonged unilateral ureteral obstruction. *J. Urol.*, 115: 136, 1976.
- 3- Shapiro, J.L., Schrier, R.W.: Etiology, pathogenesis, and management of renal failure in: *Campbell's Urology*, Edited by P.C. Walsh, A.B. Retik, T.A. Stamey, E.D., Vaughan. Philadelphia: W.B. Saunders Co. Vol. 2. pp 2045-2054, 1992.
- 4- Yaman, L.S.: Böbrek yetmezliği. *Diyaliz ve transplantasyon*. Edited by K. Anafarta. Üroloji. Güneş Kitabevi Yayınları, p. 451-470, 1989.
- 5- Amend, W.J.C., Vincenti, F.G.: Oliguria. *Acute renal failure in : Smith's General Urology*, Edited by E.A. Tanagho and J.W. McAninch. Lebanon: Twelfth edition, pp. 526-529, 1988.
- 6- Roth, S., Semjonow, A., Waldner, M., Hertle, L.: Anuria due to intrarenal blood clots in solitary kidney after change of ureteral stent: Resolution with minimally invasive evacuation. *J. Urol.*, 154: 195, 1995.
- 7- JR Dean, O.J., Monga, M.: Anuria following blunt trauma in a renal transplant patient. *J. Urol.*, 154: 513, 1995.
- 8- Sarkis, P., Robert, M., Lopez, C., Veyrac, C., Averous, M.: Obstructive anuria following fulguration of posterior urethral valves and Foley catheter drainage of the bladder (Case Report). *Br. J. Urol.*, 76: 664, 1995.
- 9- Brin, E., Schiff, M., Weiss, R.: Palliative urinary diversion for pelvic malignancy. *J. Urol.*, 113: 619, 1975.
- 10- Ulm, A.H., Klein, E.: Management of ureteral obstruction produced by recurrent cancer of rectosigmoid colon. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 110: 413, 1960.
- 11- Narasimham, D.L., Jacobsson, B., Nyman, U., Vijayan, P.: Primary double pigtail stenting as a treatment of upper urinary tract leaks. *J. Urol.*, 143: 234, 1990.
- 12- Polat, Ö., Özbey, İ., Gül, O., Demirel, A., Bayraktar, Y.: Üreter alt kısım taşlarının tedavisinde üreteroskopi deneyimlerimiz. *Üroloji Bülteni*, 7: 115, 1996.
- 13- Erhard, M., Salwen, J., Bagley, D.H.: Ureteroscopic removal of mid and proximal ureteral calculi. *J. Urol.*, 155: 38, 1996.