



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 11, Sayı: 4, 333-339 1985

HİDRONEFROZUN CERRAHİ TEDAVİSİNDE SAPLI FLEP PYELOPLASTİNİN YERİ

THE PLACE OF PEDICULATED FLAP PYELOPLASTY IN THE SURGICAL TREATMENT OF HYDRONEPHROSIS

Dr. Ö. ERHAN Dr. N. ÇIKILI, Dr. E. CAN, Dr. M. YILDIRIM (*)

GİRİŞ

İlk defa 1892 de Fenger Heinike Mikulicz prensibini üreteropelvik birleşkede uygulayarak dar bölgeyi boyuna kesip enine dikmiştir.

Durante, pyeloplastide Schwyzer pyeloüreteroplastisinin doğal bir öncüsüdür. (1,2,4,6)

Saplı flep pyeloplastiler 4 tipdir :

- A — Y-V plasti,
- B — Spiral flep pyeloplasti,
- C — Vertikal flep pyeloplasti,
- D — Kapsuler flep pyeloplasti.

Y-V plasti 1937 de Foley tarafından tanımlanarak hidronefroz olgularının çoğunda uygulanabileceği vurgulanmıştır. (1,2,4,6)

Spiral flep tekniği ilk defa Culp DeWeerd tarafından 1951 de tarif edilmiş ve üreter üst porsionundaki uzun darlıklar için ideal olduğu belirtilmiştir. (1,2,3,4,6)

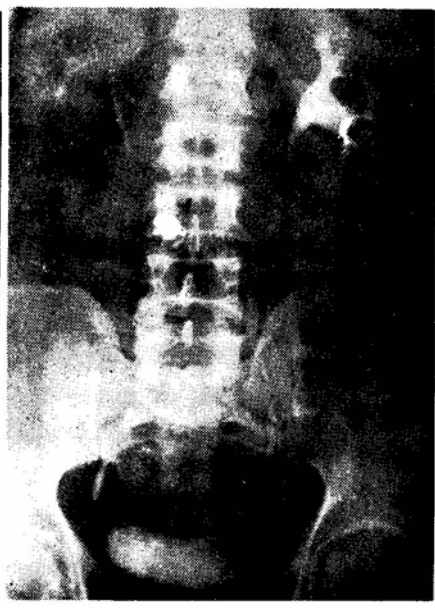
Vertikal flep 1953 de Scardino ve Prince tarafından uygulanmıştır. Temel prensipleri spiral flepinkinden farklı değildir. (1,2,3,4,6)

Flep pyeloplastilerin dismembered plastilerden üstünlüğü, üreteropelvik bütünlüğü bozulmaması, dolayısıyla vaskülarizasyonun korunmuş ol-

(*) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı



Resim 1 : Preop. İVP



Resim 2 : Postop. İVP

masıdır. Ayrıca pelvioüreterien nöromusküler transmisyon büyük ölçüde bozulmamaktadır. Diğer taraftan 5 cm boyundaki üreter darlıklarında flep yardımıyla kapatabileceği bildirilmiştir. Flep tekniğinin başka bir üstünlüğü de üreteropelvik bileşkenin doğal yapısı olan huni görünümünün en iyi şekilde bu yöntemle elde edilmesidir. (1,2,3,4,5,6)

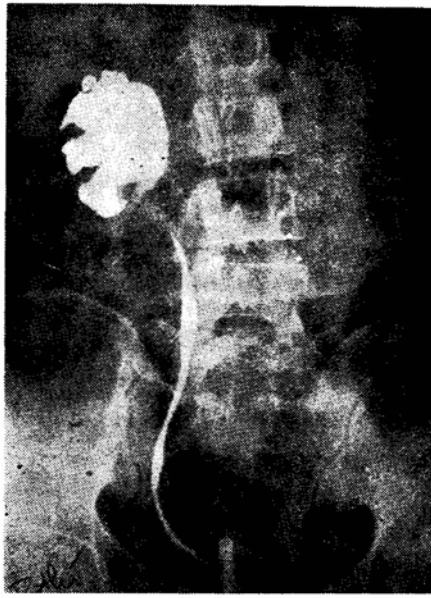
Ayrıca dilate pelvisin pelvik rezeksiyon yapılmadan küçültülmesine olanak sağlamaktadır. (2,3,4)

Ancak saplı flep operasyonlar yeteri pelvik dilatasyonu olmayan olgularda ve yüksek girişli üreterlerde uygulanamaz (2,3,4)

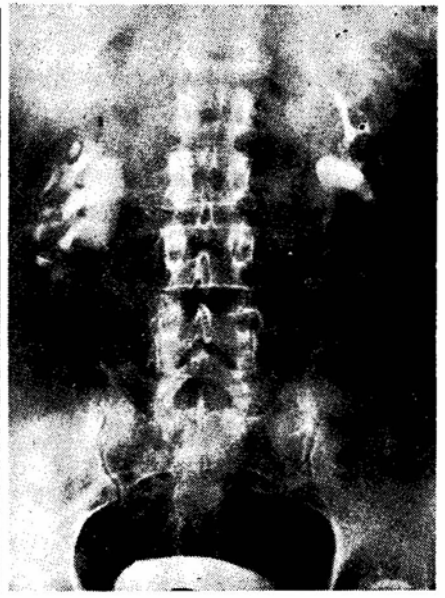
Flep pyeloplastilerin endikasyonları şunlardır: (1,2,3,4,5,6)

- 1 — Pelvikalisektazinin birlikte bulunduğu olgular,
- 2 — İleri derecede pyelektazinin varlığı,
- 3 — Pyelektazisi fazla olmayan taşlı ve enfekte olgular,
- 4 — İleri derecede fonksiyon kaybı olmasına rağmen yeterli parankim taşıyan olgular,
- 5 — Bilateral hidronefrozun olduğu durumlarda, tercihen kötü fonksiyone taraf önce opere edilmelidir.

Fonksiyon kaybı % 30 un altına inmediği sürece nefrektomi yönüne gidilmemesi bildirilmiştir.



Resim 3 : Preop. İVP



Resim 4 : Postop. İVP

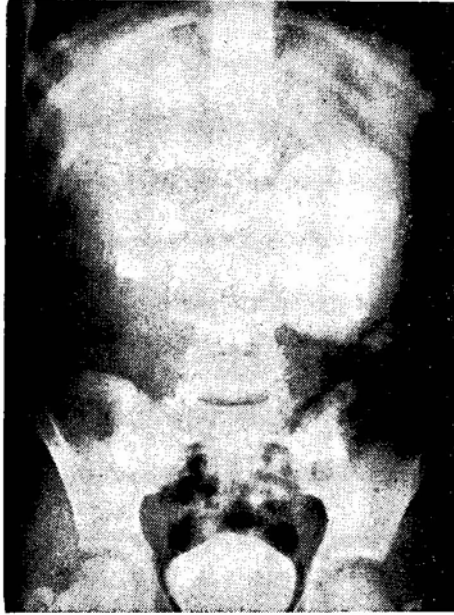
TEKNİK

Pyeloplasti yapılacak olgularda iyi bir ekspozur sağlamak şarttır. Lomber veya anterior transperitoneal girişimlerden birisi tercih edilir. Üreteropelvik bölge iyi disseke edilmeli ancak vaskülarizasyonun bozulmamasına büyük önem vermelidir. Darlığın boyu ve yeri tam tespit edilmeli hatta pelvisten bir pencere açılarak bir kateterle kalibrasyon yapılmalıdır. En dar noktanın en az 1 cm altına kadar üreter kateter üzerinden vertikal veya posterolateral olarak açılır. Tercihen 10-12 no kateter geçecek yere kadar üreterin açılması uzatılmalıdır. Açık üreterin boyu kadar pelvise doğru insizyon uzatılır ve 0,5- 1 cm kadar eninde flep kaldırılır. Ters çevrilerek 4/0 krome katgut veya dekson sütür materyali ile kontinü ya da separe olarak üreterin açık kenarına önce arka yüzü olmak üzere sütüre edilir. Sütürasyonun bitiminde pelvise enjektörle 10-20 cc. serum fizyolojik verilerek kaçaklar tespit edilip tekrar sütüre edilir. Uygun görülen vakalarda nefrostomi ve splint önerilmektedir. Enfekte ve aşırı dilatasyonu olan vakalarda nefrostomi ve splint zorunlu görülmektedir. Splintin ortalama 7-10 gün, nefrostominin ise splintten 1-2 gün sonra çekilmesi önerilmektedir. (1,2,3,4,5,6)

OLGULAR VE YÖNTEM

Çalışmamızı 18 hidronefroz olgusunda yaptık. Bunlardan ikisi bilate-

raldi. Olgularımızın yakınmaları lomber künt ağrı, kronik üriner enfeksiyon, ateş ve hematüri şeklindeydi. Ancak iki çocuk olgumuzda, ki bunlar bilateral, karın ağrısı ve gelişme geriliği bariz semptomlardı. Hastalarımızın tetkikinde rutin idrar kan analizleri yanı sıra, DÜSG, İVÜ, infüzyon ürografisi, asenden pyelografi, ultrasonografi ve kuşku vakalarında ise ilâve olarak dinamik sintigrafiden faydalanıldı. Enfekte vakalarda ise idrar kültürü yapılmıştır. Bilateral olgularda kötü fonksiyone tarafa önce müdahale edilmiştir. Olguların hepsinde vertikal flep (Scardino Prince) yöntemi uygulandı. Sütür materyali olarak 4/0 dekson veya krome katgüt kullanıldı. Vakaların onbirinde nefrostomi ve splint uygun görüldü. Bunlar enfekte ve aşırı dilatasyonu olan olgulardı. Üçüne üreterostomi tüpü kondu ve beşinci gün çekildi. Dört olguda splint ve nefrostomi kullanılmadı. Splint en erken sekizinci gün ve en geç onüçüncü gün çekildi. Nefrostomi tüp-



Resim 5 : Preop. İVP



Resim 6 : Postop. İVP

leri bundan en az iki gün sonra alındı. Nefrostomi alınmadan önce klampe edilerek dreninden idrar kaçağı, ateş, ağrı olup olmadığı kontrol edildi. Ancak bu bulgular hiçbir olguda saptanmadı. Post operatif dönemde nefrostomi ve splint kullanılan hastalarda bunlar çekilinceye kadar, diğer olgularda en az beş gün major antibiyotik kullanıldı. Postop en erken kontrol üçüncü ayda idrar tetkiki ve ürografi ile yapıldı. Olguların hepsinde pelvikaliseal dilatasyonun gerilediği eksresyonun daha erken başladığı üriner enfeksiyonun kaybolduğu, sübjektif yakınmaların kalktığı gözlenmiştir.

Pyeloplasti yapılacak vakaların iyi seçilmesi basit pelviectazilerle karıştırılmaması önemle vurgulanmaktadır. (1,2,3,4)

Bizde olgularımızda bunu dikkate aldık. Semptomsuz gibi gözüken olgularımızda ise progressif dilatasyon vardı.

Üriner enfeksiyon, taş, bilateral hidronefroz ve hastanın genç olması operasyon için mutlak endikasyon olarak belirtilmiştir. (1,2,3,4) Yapılacak pyeloplastinin preoperatif tayininin aşağıdaki yöntemlerle çoğu kez belirlenebileceği bildirilmiştir. Bunlar :

İVÜ, ascendan üreteropyelografi, drip infüzyon ürografisi, kuşku vakalarda anjiyografidir. Ancak bazı vakalarda peroperatuvar karar verileceğinde belirtilmektedir. (1,2,3,4,5,6) Olgularımızdan iki tanesinde bizde peroperatuvar karar verdik.

Flep pyeloplasti düşünülen vakalarda yeterli ekstrarenal pelvik dokunun bulunması zorunludur. Ayrıca ureteropelvik kalibrasyon yapılması ve afonksiyonel segment olup olmadığının da belirlenmesi uygun bulunmaktadır. (2,3,4,5) Olgularımızda bunu göz önüne aldık.

Bazı olgularda nefrektomi mi, pyeloplasti mi yapılacağı konusu halâ tartışmalıdır, bu konuda opere edilecek böbreğin fonksiyon kaybının % 70 in altında olması nefrektomi düşüncesini ön plana çıkarmaktadır. Bunun tespiti içinde dinamik sintigrafi yönteminden faydalanılır. (1,2) Bir olgumuzda drip infüzyon ürografisinde hiç fonksiyon tespit edilemediği halde yeterli parenkim dokusu görerek pyeloplasti uyguladık ve üç ay sonra İVÜ de bariz fonksiyon olduğunu gördük ve dolayısıyla ürografinin tek başına nefrektomi endikasyonunu gösteremeyeceği kanısına vardık.

Pyeloplastide pelvik flepin bazı uygulayıcılar tarafından anterior yüzden, bazılarına göre ise en uygun pelvik yüzeyden alınması önerilmiştir. (1,2,3,4,5,6) Biz en uygun yerden aldık.

Nefrostomi ve splint konması konusu vakaya göre değişmektedir. Enfekte, aşırı dilatasyonu olmayan ve sütür sahası az olan olgularda bunlara gerek görülmediği bildirilmiştir. (1,2,3,4,5,6)

Bizde olgularımızdan onbir tanesinde nefrostomi ve splint kullandık. dört olguda ise enfeksiyon olmamasına rağmen sütürasyon yüzeyi geniş olduğu için üreterostomi tüpü kullandık. Splintin on onikinci gün, nefrostominin de ondan bir iki gün sonra çıkartılması uygun görülmektedir. Ancak nefrostomi tüpü çıkartılmadan bir gün önce klampe edilip sızıntı, ağrı ve ateş olup olmadığı araştırılması önerilmektedir. (1,2,3,4,5)

Olgularımızda splint en erken sekizinci gün, en geç onüçüncü gün çekildi. Nefrostomi tüpleride en geç bunları takip eden ikinci gün sonunda çıkartıldı.

Post operatif ürografi ile kontrolün en erken üç ay sonra yapılması önerilmektedir. (1,2,3,4,5,6)

Olgularımızda en erken üç ay sonra İVU ile kontrol yaptık.

Pyeloplasti vakalarının geç komplikasyonu olarak bilinen fistül ve skatris oluşması ancak hastaların % 10 nunda beklenir. (5) Vakalarımızın en geç bir yıl sonraki kontrollerinde yeniden girişimi gerektirecek bir komplikasyona rastlamadık.

SONUÇ

Saplı vertikal flep (Scardino Prince) uyguladığımız 18 olguda bu tekniğin seçilecek uygun vakalarda çok iyi sonuç verdiğini saptadık. Olgularımızın hiç birinde operasyon gerektirecek bir komplikasyon görülmedi.

ÖZET

18 hidronefroz olgusunda saplı flep pyeloplasti uygulanarak sonuçlar tartışılmıştır. Bunlardan ikisi bilateral hidronefrozdu, hepsinde üreteropelvik bileşkede bariz darlık vardı ve operasyon sonucu iyi bir huni görünümü elde edildi. Olgulardan onbirinde nefrostomi ve splint kullanıldı. Üç tanesine sadece üreterostomi tüpü kondu, dört olguya hiç geçici diversiyon uygulanmadı. Olgulardan hiç birinde ciddi bir komplikasyona rastlanmadı.

SUMMARY

The results are discussed of the application of pediculated flap pyeloplasty in 18 hydronephrosis cases. Two of the cases were bilateral hydronephrosis. In all the cases, the ureteropelvic junction was clearly narrow. As a result of the operation a good funneling was obtained. In all cases nephrostomy and splint were used. In 3 cases ureterostomy tube alone was inserted. No transient diversion was applied in 4 cases. No serious complications developed in any of the cases.

LİTERATÜR

- 1 — Campbell's Urology. Fourth Ed. Vol. 1, 111. W.B. Saunders Company Philadelphia 1978.
- 2 — Campbell, F.M. and Harrison, J.H.: Urology Vol. 111 3. rd. Ed. W.B. Saunders Com. Philadelphia 1970.

- 3 — **Deweerd, J.H.:** Renal pelvis and ureteropelvic surgery. In Glen JF (ed): Urologic Surgery 2 nd Ed. Hagerstown Md., Harper and Row. pp. 90-110. 1975.
- 4 — **Glenn JF,** Urologic Surgery 4 th. Ed. Hagerstown, Md., Harper and Row, USA 1981.
- 5 — **Scardino P.L.** and Scardino P.T. Obstruction at the ureteropelvic junction. Urologic Surgery. Installment 11, Editör Ehrlich R.M. Futura publishing company. Newyork 1980.
- 6 — **Stewart, B.H:** Operative Urology. The Williams and Wilkins Com. Baltimore USA 1975.