TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 15, Sayı: 2, 329-334

ÜRETER ALT UÇ TAŞLARINDA İNTERNAL ÜRETERAL MEATOTOMİ İLE TAŞ EKSTRAKSİYONU VE AÇIK CERRAHİ GİRİŞİMİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

COMPARISON OF OPEN SURGERY AND STONE EXTRACTION FROM LOWER URETER BY URETERAL MEATOTOMY

KÜPELİ, S., MÜFTÜOĞLU, Y.Z., BEDÜK, Y., METO, Ş., (*)

GİRİŞ

GİRİŞ

Üreter taşlarının % 70-75 kadarı üreterin 1/3 alt kısmına, bunlarında % 18-20 kadarı intramürale yerleşmektedir (4). Bu bölgenin anatomik konumu nedeni ile açık cerrahi zor olmaktadır. Bu nedenle geliştirilmiş transüretral üreteral taş manipülasyonları ile taşların % 85-90'nında başarı sağlanmaktadır (3,4,6,7). Bizim çalışmamızda da değişik manipülatif ve medikal tedavi görmüş hastalardan 1. gruba transüretral üreteral meatotomi, 2. grup hastalarda ise açık cerrahi girişim yapılmıştır. Her iki grupta morbidite, hospitalizasyon süresi, ekonomik koşullar değerlendirilerek karşılaştırıldı ve üreteral meatotomi yapılan hastalarda reflü ve strüktür açısından değerlendirildi.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmaya intramürale lokalize üreter taşlı 30 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 32.3 idi, 4'ü kadın, diğerleri erkekti. Hastaların hepsine diüretik, hidrasyon, antiseptik, analjezik gibi palyatif tedavi uygulandı. Buna rağmen taşını düşüremeyenler 2 gruba ayrıldı. 1. grup hastalara transüretral üreteral meatotomi, üretrotom bıçağı ile trigona paralel 5 mm. yi geçmeyen saat 12'den kesi yapılacak şekilde uygulandı. Daha sonra rezektoskop loop'u veya yabancı cisim pensi ile taşın mesaneye düşürülmesi sağlandı. Düşen mesanede kırılarak çıkartıldı ve foley sonda yerleştirildi. 2. grup hastalara ise açık cerrahi girişim olarak Gibson, modifiye Gibson, veya Pfannenstiel kesisi yapıldı. Üreterdeki taş alındı, alınamayan vakaya mesaneden girişim yapıldı. Hepsine loj dreni kondu, bir kısmına üretral foley sonda konuldu, bir hastada üreteral

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı
(*) A.Ü.T.F. Üroloji A.B.D. Öğretim Üyesi

Üreter Alt Uç Taşlarında İnternal Üreteral Meatotomi İle Taş Ekstraksiyonu Ve Açık Cerrahi Girişimin Karşılaştırılmalı Analizi/S. Küpeli ve Ark.

Şekil 10: Aynı olgunun 3 ay sonraki aktif-pasif reflü araştırması (Reflü izlenmektedir)

splint gerektirdi. 1. gruba spinal, 2. gruba genel anestezi verildi. Ameliyat ekibi olarak 1. gruba 2 kişi yeterli iken 2. gruba 4 kişi gerektirdi. Ameliyat süresi 1. grupta 5-20 dk. sürerken 2. grupta 45-120 dk. sürdü. Hastalar postoperatif ateşlenme, yatma süresi, klinik seyir açısından sonuçları değerlendirildi. Bu hastalar dışında da bilateral taşlı üreteroselli olan bir hastayada meatotomi ve üreteroselektomi uygulandı ve her iki tarafın taşları alındı.

SONUÇLAR

1. grup hastalardan 12'sinde taş başarı ile çıkartıldı. 1'inde operasyon esnasında alınamayan taş diüretik tedaviyle düştü. 2 hastada başarısız kalındığı için açık cerrahi uygulandı. Hastaların hiç birisinde erken komplikasyona rastlanmadı. Üretral sondalar 24 saat sonra alındı ve taburcu edildi. Geç komplikasyon olarakta 2-12 ay içerisinde kontrole gelen 10 hastada reflü ve strüktür bulgularına rastlanmadı. Ancak grup dışı bil. üreteroseli olan hastada tek taraflı ve üreterin 1/3 alt kısmını tutan reflü gözlendi (Şekil 1-2).

2. grup hastalarda ise hepsinden taş çıkartıldı. Bir tanesinde transvezikal girişim gerekti. Bir hastaya üreteral splint kondu. Dört hastaya uretral sonda uygulandı. Loj drenleri ortalama 8.gün alındı, bir hastada 13. güne kadar drenajın kesilmemesi üzerine üreteral kateter kondu, ondan sonra drenaj kesildi. Dört hastada postoperatif ateş görüldü, bir hastada ateş 9. güne kadar sürdü. Bir hastada yara süpürasyonu, bir hastada da epididimit gelişti. Üretral sonda ortalama 4. gün alındı (Tablo 1-2).

TARTIŞMA

Üreter alt uç taşlarında bir çok tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Medikal tedavinin yanında transüretral yolla basket, loop, balon, üreteral meatotomi, üreterorenoskopla taşlara müdahele yapılmaktadır (3,4,6,7,9,10,12,13). Bunlarla sonuç alınamayan olgularda cerrahi tedavi uygulanmaktadır (4,5). Ancak açık cerrahiden önce internal üreteral meatotomi denenebilecek olan bir endoskopik girişimdir. Nitekim bu konuda vurt içi ve yurt dışı çalışmalar vardır (9, 11, 12). Çalışmamızda üreteral meatotomi

Şekil 2A: Sekonder sol üreter alt uç taşı olgusu (belirgin üreter ektazisi)

Şekil 2B: Aynı olgunun post. op. 3 ay sonraki kontrol İVP'si (strüktür yok)

ile 13 (% 86.6) hastada sonuç alınırken erken veya geç komplikasyona rastlanmamıştır. Açık cerrahi uygulanan hastaların taşlarının hepsinin alınmasına karşılık anestezi, ameliyat ekibi ve süresi, ameliyat sonrası komplikasyon ve hastahanede kalma süresi açısından tablo 1 ve 2'de izlendiği üzere meatotomi yapılan hastalara göre daha olumsuz bir tablo çizmektedir. Ayrıca üreteral meatotomide ileri sürülen ve bazı araştırıcılar tarafından belirtilen reflü (1,3,7,9,11,12) kontrole gelen 10 hastamızda passif ve aktif sistogramlarda rastlanmamıştır. Ayrıca çekilen İVP'de hidroüreteronefrozda belirgin gerileme üreterovezikal bileşkede strüktür gelişmemesinin bir belirtisi olarak kabul edildi. Dolayısıyla 5 mm. den az kesilerin bu sahada emniyetle uygulanabileceği kanısına varıldı. Neticede hastalara morbidite, hospitalizasyon süresi ile ekonomik koşullar açısından karşılaştırıldığında (2,13) intramüral üretere lokalize taşların internal üreteral meatotomi ile ekstraksiyonunun tercih edilebilecek bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

TABLO I: Her İki Gruptaki Hastaların Çeşitli Parametrelere Göre Karşılaştırılması

Parametre	Üreteral Meatotomi	Açık cerrahi girişim
Yaş	23-60	5-56
Kadın/Erkek	3/12	1/14
Preop. medikal tedavi	Yapıldı	Yapıldı
Anestezi	Spinal	Genel
Ameliyat ekibi	2	4
Ameliyat süresi	5-20 Dk.	45-120 Dk.
Başarılı sonuç	13 (% 86.6)	15 (% 100)
Üreteral splint	Gerekmedi	1 (% 6.7)
Üretral sonda uygulanımı	15 (% 100)	4 (% 26.7)
Postop. hastanede kalma (Ort)	1 gün	10 gün
İş kaybı	7-10 gün	30-45 gün
Maliyet	80.000.-TL.	265.000.-TL.

TABLO II: Her İki Gruptaki Komplikasyonların Karşılaştırılması

Komplikasyon	Üreteral meatotomi	Açık cerrahi girişim
Ateş	Yok	4 (% 26.7)
Epididimit	Yok	1 (% 6.7)
Üreteral katetere gereksinim	Yok	1 (% 6.7)
Yara süpürasyonu	—	1 (% 6.7)
Hematüri (Massif)	Yok	Yok
Reflü	Yok	Yapılmadı
Strüktür	Yok	Yapılmadı

ÖZET

Üreter alt uçlarının açık cerrahi yaklaşımları genellikle diğer bölümlerine nazaran zorluk gösterir. Bu grup taşlarda yöntemin seçilmesinde ve uygulanmasında bu özelliğin göz önüne alınması gerekliliği vardır. Daha önce medikal tedavi ve manipülatif yöntemlerle (kateter ve basket uygulamaları) sonuç alınmayan intramüralde, lokalizasyon gösteren olgular çalışma grubu oluşturmuştur.

Bu özelliği gösteren 30 hasta herhangi bir seleksiyona tabi tutulmadan gruba ayrılarak tedavi planlaması yapılmıştır. I. grup olgularda internal üreteral meatotomi ile manüpülatif olarak taş alınmıştır. II. grup hastalara açık cerrahi uygulanmış ki bunlardan bir kısmı transvezikal girişim gerektirmiştir. Hastalar morbidite, hospitalizasyon süresi ve ekonomik koşullar açısından karşılaştırılarak 2 yöntemin uygulanırlık özelliğinin ortaya konulmasına çalışmıştır. Bu çalışmada intramüralde lokalize taşların, internal üreteral meatotomi ile ekstraksiyonun terih edilebilecek bir yöntem olduğu kanısına varıldı.

SUMMARY

Lower ureteral segment usually causes some problems in open surgery compared with other localisations. In chosing the procedures and their applications this speciality must always be taken in to account.

Our study group holds the cases whom have stones with localisatian and cases who have undergone through manupulative procedures. (Catheter and basket attempts) ending in an unseccessful manner.

This group of patients were evenly divided in to 2 group without any special selection and were planned for treatment. In the first group the cases treated manupulatively with internal ureteral meatotomy while cases in the second undergone through open surgery some of which undergoing transvesical procedures. All cases were compared by means of morbidity hospitalisation time, and economical needs, in order to find out the advantages of two techiniques. We finally agreed on the usefulness of ureteral meatotomy for extraction of intramurally localised stones.

KAYNAKLAR

1. **Anafarta K. ve ark.:** Ürolojik cerrahinin komplikasyonları 1981.
2. **Brown Michael et al.:** Comparison of costs and morbidity of percutaneous and open flank procedures. j. Urol. 135: 1150-1152.
3. **Drach George W.:** The Urologic Clinics of Nonth America Vol. 10, Number 4, 1983
4. **Drach George W.:** Campbell's Urology 1986 Saunders Company.
5. **Gleenn J.F.:** Urologic Surgery, Lippincott Company 1983.
6. **Haverbeke J. Van, et All.:** Basket extraction-İts place in the current treatment of the lower ureteric stone clinical experience. Eur. Urol. 13: 233-237 (1987).
7. **Kalemli M., ve ark.:** Ürolojide Endoskopik Cerrahi 1984.
8. **Mauermayer Wolfgeng.:** Transüretrall Surgey Springer-Verlag 1983.
9. **Moore T.:** Vesicoureteric reflux following endoscopic extraction of lower ureteric calculi. Br. J. Urol. 51: 357-358.
10. **Netto Nelson Rodrigues et all.:** Methodology for endoscopic treatment of ureteral calculi. J. Urol. 135: 909-911.
11. **Roper Brian A., et all.:** Vesicoureteric reflux following operations on the ureteric orifice. Br. J. Urol. 37: 531-533:
12. **Türkyılmaz R. K. ve ark.:** Üreter alt uç taşlarında internal üreteral meatotomi ve postoperatif vezikoüreteral reflü insidansı. Türk Üroloji Dergisi Cilt VII Sayı 4: 225-228.
13. **Walsh Anthony.:** An aggressive approach to stones in the lower ureter. Br. J. Urol. 46: 11-14.