

# PYELOPLASTİ AMELİYATLARI ve KLİNİĞİMİZDE ELDE ETTİĞİMİZ SONUÇLAR.

## THE RESULTS OF PYELOPLASTY OPERATIONS

OKUMUŞ, M., DEMİRKOL, İ.

(-) 28. Taksim Hastanesi Üroloji Servisi  
1987 Üroloji Kongresinde Tebliğ Edilmiştir

### ÖZET

Bu yazımızda pyeloplasti ameliyatları genel olarak anlatıldı. Son 5 yılda kliniğimizde ameliyat edilen 13 olgunun dökümü yapıldı. Yaş, cinsiyet grupları, yapı anomalileri ve diğer patolojik özellikler gözden geçirilmiş ve analizleri yapılmıştır.

### SUMMARY

13 cases of Ureteropelvic stenosis were surgically treated in our clinic in the past 5 years have been documented and analysed with the respect of age, sex groups and in this review structural anomalies and pathologies were documented and discussed.

### GİRİŞ ve TARİHÇE

Üreteropelvik darlıklar, üst üriner sistemin tedavisi güç olan hastalıklarıdır. Geçmiş yıllarda sıklıkla nefrektomi nedeni olmuştur. Günümüzde üreteropelvik darlıklarda plasti ameliyatları başarılı şekilde uygulanmaktadır. Bu ameliyatlarda amaç idrar akımını düzeltmeye yöneliktir. Ameliyattan sonra parenkim harabiyeti hızla geri döner. Ne kadar kısmın geri döneceğini önceden kestirmek zordur.

İlk başarılı pyeloplasti ameliyatı Küster tarafından 1891 yılında gerçekleştirildi. Daha sonra 1937 de Foley Y-V plastiyi, 1951 de Culp ve 1953 de Scardio flep pyeloplastileri, 1969 da Thompson Kapsüller flep pyeloplastiyi tarif etmişlerdir.

### ETYOLOJİ

1. Embriyonal malformasyonlar, nöromüsküler disfonksiyon, peristaltizm geçmiş bozukluğuna bağlı fizyolojik obstrüksiyon.

2. Üreterin pelvise yüksek açılması-insersiyon anomalileri.

3. Aberran damarlar veya fibroz bandlar.

### Endikasyonlar:

1. Pelviste tam staz yapan sebepler,
2. Üriner stazdan dolayı subjektif şikayetler ve ağrı,
3. Stazla birlikte kanama, infeksiyon, taş gibi komplikasyonlar.

### Preoperatif Devre:

Özel bir hazırlık gerektirmez. İki tarafa müdahale söz konusu ise önce daha iyi taraf opere edilir. Netice iyi olursa daha sonra kötü böbrek nefrektomi yapılabilir.

Ameliyata başlamadan önce şu sorulara cevap verilmelidir.

1. Problem tek taraflı mıdır? iki taraflı mıdır?
2. Üriner stazın derecesi nedir?
3. Parenkimin durumu ve fonksiyonu nasıldır?
4. Hangi tip obstrüksiyon mevcuttur?
5. İnfeksiyon, taş gibi ilave komplikasyonlar var mıdır?

Ekseriyetle İ.V.P. ve retrograd pyelografi bu sorulara cevap verir. Retrograd pyelografi infeksiyona neden olabileceğinden operasyondan hemen önce yapılmalıdır.

### Operasyon ve Yöntemler:

Klasik giriş yolu lomber kesidir. Çocuklarda transperitoneal yol da kullanılabilir. Giriş yolu ile ilgili olmaksızın pyeloplasti için yapılması gerekli işlemler şunlardır: Üreterin üst bölümü bulunarak pelvise giriş yerine kadar dissekte edilir. Üreter serbestleştirilir. Aberran damarlara dikkat edilir. Renal pelvisin ve üreterin tam olarak dis-

seksiyonundan sonra hasta için en uygun pyeloplasti şekli saptanır. Onarım pelvis kalınlığına göre 4.0 veya 5.0 krome katgüt ile bütün tabakalardan geçerek yapılır. Mukoza dönmeme ve düğümler dışta kalmalıdır. Renal pelvis'te devamlı ve üreterde ise tek sütür tercih edilir. Böbrek etraf dokulara adele ve fasialara fiks edilmiş olur. Burada tartışılan konu anastomozlara splint konulup konulmamasıdır. Konulmasını savunanlar, splintin ödeme ve pelvis distansiyonuna karşı anastomozu koruduğunu, doku sürekliliğini sağladığını söylemektedirler. Karşı çıkanlar da splintin enfeksiyon ve parenkim kaybına yol açtığını ve hastanede kalma süresini uzattıklarını savunmaktadırlar.

Hidronefrozun büyük olduğu, bariz enfeksiyon olduğu durumlarda veya anastomozdan şüphe ediliyorsa splint kullanılabilir.

#### **Ameliyat Yöntemleri:**

- 1- Foley Y-V plasti.
- 2- Standart flep teknikleri- Culp spirial flep ve Scardina Vertikal Flep Teknikleri.
- 3- Kapsüler flep teknikleri- Thompson.
- 4- Dismembered (Ayrılmış) Pyeloplasti - Anderson Hynes.

#### **1- Foley Y-V Plasti:**

Üreterin renal pelvis'e yüksek açılmasına bağlı üreteropelvik darlıkların tedavisinde kullanılır. Y şeklinde insizyon yapılır. Renal pelvis'e oluşan flep aşağı doğru çekilerek V şeklinde kapatılır. Avantajı, pelvis ile üreterin arasının tümü ile ayrılmalıdır.

#### **2- Standart Flep Teknikleri:**

Culp ve Scardino üreter ile renal pelvis arasında geniş kaideli vertikal bir flep kaldırılmasına olanak veren dört köşe eksternal pelvisler için uygun bir metoddur.

Nadiren yukarıdaki üreterdeki darlığın boyu bir flep ile kapatılmayacak kadar uzun olabilir. Bu durumda Davis intübasyon üreterotomisi ile kombine bir pyeloplasti yapılır.

#### **3- Kapsüler Flep Tekniği: (Thompson)**

Renal pelvisin bir hastalık nedeni ile veya operasyon sırasında hasara uğraması halinde endikedir. Bitişik böbrek kapsülünden bir üçgen flep

disseke edilir. Pelvik ve üreteral defekti örtece şekilde aşağıya çekilir, dikilir.

#### **4- Dismembered (Ayrılmış) Pyeloplasti:**

Yöntemler içinde en iyi netice alınan ve en çok tercih edilendir. Üreter obstrüksiyon yerinin altından transvers olarak kesilir. Spatül haline getirilir. Pelvis ise obstrüksiyonun üzerinden oblik olarak kesilir. Pelvis ve üreterin kesik bölgeleri tanşiyon sütürleri ile askıya alınır. Üreter spatülünün apeksi, pelvis açıklığının en uygun yerine ince krome katgüt ile sütüre edilir. Bir polivinil kateter renal pelvis'e parenkim içinden geçirilir ve 10-15 cm. üreter içinde yerleştirilir. F 8 mide sondası yeterlidir. Her splint kateteri bir nefrostomi F.10 mide sondası ile kombine edilir. Pelvis devamlı, üreter tek tek sütürler ile kapatılır. Ayrıca bu yöntemle renal pelvis çok geniş ise küçültülür. En önemli avantajı gerek intrensik olsun, gerek peristaltizm geçiş bozukluğu olsun, obstrüksiyon bölgesinin çıkarılmasıdır.

#### **Postoperatif Bakım:**

Üreteral splint 10-14 gün bırakılır. Alındıktan sonra kontrol için nefrostomi tüpünden metilen mavisi verilir, mavi idrar yapıp yapmadığı kontrol edilir. Diğer bir kontrol şekli nefrostomi tüpünden kontrast madde verilerek yapılır. Nefrostogramda sızıntı olmadığı ve üretere iyi bir drenaj olduğu görülürse nefrostomi tüpü periodik olarak kapatılıp açılarak kontrol edilir. Lomber ağrı, titreme ve ateş olursa nefrostomi tüpü açılır ve alınmaz. Onarımın güç olduğu durumlarda nefrostomi tüpü 6 hafta kadar tutulabilir.

Yara dreni hiç bir drenaj olmamışsa 7 gün sonra alınabilir.

Postoperatif devrede ürolojik komplikasyon görülmemiş ise 3-4 ay sonra İVP kontrol yapılabilir. 6 ay ve 1 yılda İVP'ler tekrarlanır. Yalnız ilk çekilen filmlerde ödem ve hidronefroz devam ettiğinden, tam anlamda iyileşme belirlenemez.

#### **Postoperatif Komplikasyonlar:**

En sık görülen komplikasyonlar hemoraji, fistül ve taş oluşumudur.

Hastanemizde son 5 yılda yapılan üreteroplasti ameliyatları sonuçları:

Hastanemizde son 5 yılda 13 pyeloplasti ameliyatı yapılmıştır.

Operasyonların 9'u sol tarafa, 3 tanesi sağ tarafa 1 tanesi her iki böbreğe uygulanmıştır.

Sol taraf sağa nazaran daha çok tutulmuştur. Vak'aların 3'ü erkek 4 tanesi kadındır. Bu ornlr literatüre uygunluk göstermektedir.

#### Vak'aların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı:

Yaşı	Sayısı
0 - 10	1
11 - 20	3
21 - 30	6
31 - 40	2
41 - 50	1
Toplam	13

#### Vak'aların Etiyolojik Nedene Göre Dağılımı:

Etiyolojik Neden	Vak'a Sayısı
İntensik Striktür	4
Aberan Damar	4
Üreterin Yüksek Girişi	4
Daha önce geçirilmiş Ameliyata bağlı darlık	1

#### Uygulanan Ameliyat Yöntemleri ve Hospitalizasyon Süresi

Ameliyat Tipi	Sayı	Ortalama Gün
Anderson-Hynes	7	19
Foley Y-V Plasti	3	17
Culp Spiral Flep Plasti	1	20
Scardino Vertikal Flep Plasti	2	20

Beş vak'ada darlıkla birlikte böbrek taşı ve ya taşları vardı. Bunların hepsinde aynı zamanda üniner enfeksiyon mevcuttu.

Ameliyattan sonra önemli bir komplikasyon olarak iki vak'ada pyelonefrit görüldü. Bu vak'larda hospitalize süresi 30 gündür.



Resim 1: Ameliyat Öncesi İ.V.P.



Resim 2: Ameliyat Sonrası İ.V.P.

## LITERATÜR

- 1- **Campbell, M.:** Urology W.B. Saunders Company pp: 2505-3039 - 1970.
- 2- **Glenn:** Urologic Surgery - Third Edition pp: 471: 1107-1983.

3- **Smith:** General Urology - pp: 459: 574 - 1980.

4- **Smith and Skinner:** Complications of Urologic surgery prevention and management - pp: 53-59, 1980.

5- **Mayor and Ernst J. Zingg:** Urologic Surgery pp: 374-415, 1981.