

DEĞİŞİK ENDİKASYONLARLA UYGULANAN ÜRETEROSKOPİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

THE INTERPRETATION OF THE RESULTS OF URETEROSCOPIES WHICH WERE PERFORMED FOR VARIOUS INDICATIONS

YAZICIOĞLU, A., ÖZGÜR, S., SARGIN, S., AKEL, E., ÇETİN, S.

T. Yüksek İhtisas Hastanesi Üroloji Kliniği, Ankara

ÖZET

1989 yılının ilk 9 ayında Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Nefro-Üroloji Kliniği'nde değişik endikasyonlarla uygulanan üreteroskopi sonuçları değerlendirilerek literatür ile karşılaştırılması yapılmıştır.

SUMMARY

The result of ureteroscopic procedures which were performed for various purposes in the first 9 months of 1989 were reported in this study. The comparison of the results with the other series in the literature were also made.

GİRİŞ

Rijit üreteroskopların bulunuşuyla ürologlar tüm üriner sistem sahasına endoskopik olarak girmeyi başarmışlardır. Üreterorenoskoplar pelvis renalise kadar tüm üriner sistem patolojilerinin direkt görüş altında tanı ve tedavisini mümkün kılmıştır. 1980 yılında Perez-Castro ve arkadaşları üreteroskopi ile ilgili ilk deneyimlerini yayınlamışlardır⁽¹⁾. Bu makalede kliniğimizde 1989 yılında uygulanan üreteroskopi sonuç ve komplikasyonları değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma T.Y.İ.H. Üroloji Kliniği'nde 1989 yılının ilk 9 ayında, üreteroskopi uygulanan 20 erkek, 14 kadın toplam 34 hastada yapılmıştır. Hastaların yaşları 22 ile 65 arasında, ortala-

ma yaş 35 olarak bulunmuştur. Üreteroskopi endikasyonları 33 vakada üreteral taş, birisinde ise ucu üreter orifisi içinde kırılan Piq-tail kate-ter olarak saptanmıştır. Taş hastalıklarının hepsinde, obstrüksiyon ve enfeksiyon nedeniyle bozulmuş böbrek fonksiyonları, şiddetli veya uzamış ağrı nedeniyle cerrahi girişim endikasyonu konulmuştur. Preoperatif üriner enfeksiyonu olan hastalar idrar kültürü ve antibiyogramına göre antibiyotikle tedavi edilmiştir.

Hastaların hepsinde genel anestezi uygulanmıştır. Hastalarda litotomi pozisyonunda, uygun arıttımdan sonra 13,5 F Storz marka rijit üreteroskop kullanılmıştır. İntramural üretere girilemediği durumlarda üreteral dilatatörlerle 14 F'e kadar dilate edilmiştir.

Bütün taşlar Dormia basket veya Grasping forseps kullanılarak alınmıştır. Üreter perforasyonundan şüphelenildiğinde, instrumentasyondan sonra üretere 2 hafta süreyle üreteral stent konulmuştur. Üreter taşlarında ortalama taş boyutları 5-6 mm. arasındadır, 3 hastada 1 cm'den büyük olarak bulunmuştur.

SONUÇLAR

Üreteroskopi uygulanan hastalarda üreter taşlarının yerleşim yerleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

	Alt	Orta	Üst	Toplam
Sağ üreter taşı	14	1	—	15
Sol üreter taşı	16	1	—	17
Bilateral üreter taşı	1	—	—	1
Yabancı cisim	1	—	—	1
Toplam	32	2	—	34

Tablo 1 - Üreteroskopi uygulanan hastalarda taşların yerleşim yeri.

tir. Buna göre üreteroskopi yapılan 34 olgunun 31 tanesi üreter alt uç taşı, 2 tanesi üreter orta taşı, 1 tanesi ise üreterde yabancı cisim olarak bulunmuştur.

Üreter alt ucuna üreteroskopi uygulanan 32 hastadan 22'sinde taş, birisinde yabancı cisim alınmış, % 71.6 oranında başarı elde edilmiştir (Tablo 2). Başarısız görünen 9 vakanın 2 tanesinde üreteral dilatasyona rağmen üreter orifisinden üreteroskop geçirilememiş, 3 hastada multipl taş olduğu için başarılı olunamamış, 1 hastada üreteroskop ile taş alınırken taş parçalanarak üreter üst ucuna kaçmış, takiplerde hastanın taşları düşürdüğü gözlenmiştir. 3 hastada taşların boyutu 1 cm'den büyük olduğu için başarısız olunmuştur.

	Alt	Orta	Üst	Toplam
Üreteroskopi başarılı	23	—	—	23
Üreteroskopi başarısız	9	2	—	11
Toplam	32	2	—	34

Tablo 2 - Üreter taşı ve yabancı cisim nedeniyle üreteroskopi yapılan olgularda üreteroskopi sonuçlarının dağılımı.

Erken komplikasyon olarak üreter perforasyonu oluşan 2 hastanın birisinde üreter alt uç darlığı da olduğu için üreteroneosistostomi yapılmış, 1 hastada konservatif davranılarak üreteral stent konulmuştur. 4 hastada üriner enfeksiyon gelişmiştir. Enfeksiyon, tüm hastalarda idrar kültürü ve antibiyograma göre tedavi edilmiştir.

Üreter orta taşı nedeniyle üreteroskopi uygulanan 2 hastada başarısız olunmuştur. Bu, üreteroskopi deneyimimizin yeni olmasına bağlanmıştır. Üreter üst uç taşı nedeniyle hiçbir hastaya üreteroskopi uygulanmamıştır. Başarısız olunan 11 vakanın 7 tanesine üreterolitomi, üreter alt uç darlığı olan 1 hastaya üreteroneosistostomi, 1 hastaya üreteral stent, üreteroskopi geçirilemeyen 2 hastanın üreter orifisine balon dilatasyonu yapılmıştır. Bu hastalar takip edilmektedir.

Hastalar üreteroskopiden sonra 1 ay ile 6 ay arasında ortalama 3 ay izlenmiştir. Takipler 1. ve 3. aylarda IVP ile yapılmıştır.

İlk üreteroskopik çalışma Young ve Mc. Kay tarafından 1929 yılında, posterior üretral valvi olan çocukta, megaüreterden adult sistoskopun pelvis renalise ilerletilmesi şeklinde yayınlanmıştır⁽²⁾. Transüretral üreteroskopi ile ilgili ilk orjinal yayın Lyon ve arkadaşları, Perez-Castro ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir^(3, 1). Bugün üreteroskopi birçok merkezde tanı ve tedavi yöntemi olarak uygulamaya girmiştir.

Sonuçlar, taşın üreterdeki lokalizasyonu ile başarı oranı arasında ilişki olduğunu açık olarak göstermiştir. Literatürdeki çalışmalarda üreteroskopi ile üreter alt ucundaki taşlarda başarı % 95, üreter orta taşlarında % 80, üst uç taşlarında ise % 50 olarak yayınlanmıştır^(4, 5, 6). İntraüreteral ultrasonik lithotripsi tekniğinin gelişmesiyle büyük üreter taşlarının alınmasındaki başarı oranı belirgin derecede artmıştır^(7, 8). Bizim çalışmamızda alt uç taşlarındaki başarıımız % 71.6 olarak bulunmuştur. Üreter orta ve üst uç taşlarında yeterli vaka sayımız olmadığından değerlendirme yapılmamıştır.

Diagnostik amaçlı üreteroskopi, idiyopatik gross hematürilerin aydınlanmasında, üreter tümörlerinin tanı ve tedavisinde kullanılmıştır. Huffman ve arkadaşları üreter tümörlü 32 hastada başarılarını % 90 olarak bildirmişlerdir⁽⁹⁾. Üreteroskopinin açık operasyona göre avantajları, tümörün grade'nin, sayısının ve lokalizasyonunun daha iyi değerlendirilmesi şeklinde açıklanmıştır⁽¹⁰⁾.

Literatürdeki aynı yönde olan çalışmalar ve klinik deneyimlerimize göre üreteroskopinin diğer avantajları; hastanede kalma süresinin kısa olması, ucuz olması, düşük morbidite, minimal postoperatif ağrı, hızlı iyileşme, en önemli dezavantajı ise açık operasyona göre anestezi ve operasyon süresinin uzun olması şeklinde belirtilmiştir⁽⁶⁾.

Diğer yayınların ışığında üreteroskopi uygulamasındaki başarısızlığın anatomik nedenleri Tablo 3'de gösterilmiştir⁽¹¹⁾.

Tablo 3 - Üreteroskopi uygulamasındaki başarısızlığın anatomik nedenleri.

- 1- BPH
- 2- Sistosel
- 3- Kalça hareketlerinin sınırlı olması
- 4- Üreter orifisinin anormal lokalizasyonu
 - a) Reimplantasyon
 - b) Ektopi
- 5- Konjenital anomaliler
 - a) Üreterosel
 - b) Duplikasyon

Üreteroskopinin major perioperatif komplikasyonu, üriner ekstremitasyon ve hemoraji ile birlikte olan üreteral perforasyon olarak yayınlanmış, bunun birçok seride % 2-5 oranında olduğu bildirilmiştir. Minör perioperatif komplikasyonlar 24-48 saat içinde spontan olarak iyileşen minör üreteral laserasyon, üreter içindeki taşın üst üriner sisteme veya üriner sistem dışına çıkması, erken postoperatif komplikasyonlar, antibiyotiklerle kontrol altına alınan üriner enfeksiyon ve antispazmotiklere cevap veren, üreterdeki ödem, pıhtı, taş kırıntısına bağlı olarak oluşan üreteral kolik, geç postoperatif komplikasyon olarak üreteral striktür bildirilmiştir. Flam ve arkadaşları 6 aylık takiplerinde üreteral striktür oranını % 0.6 olarak bildirmişlerdir^(11, 12). Bizim 2 olgumuzda üreteral perforasyon gelişmiştir (% 5.8). Bunlardan birisinde ureteroneostomi yapılmış, diğerinde konservatif yol izlenerek üretere stent konulmuştur. Olgularımızın 1 ile 6 aylık, ortalama 3 aylık takiplerinde geç postoperatif komplikasyon görülmemiştir.

Sonuç olarak, alt ve orta üriner taşlarında üreteroskopi, üreter üst uç taşlarında uygulanabilirse primer olarak extracorporeal

shock wave lithotripsy (ESWL) uygulanmalı, başarısız olunursa taşın böbreğe itilmesinden sonra ESWL ve/veya percütan nefrolitotomi seçilecek tedavi yöntemi olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Perez-Castro Ellendt, E., Martinez-Pineiro, J.A.:** La ureterorenoscopia transurethral: un actual proceder urológico. Arch. Esp. Urol., 33: 445, 1980.
2. **Young, H.H. and McKay, R.W.:** Congenital valvuler obstruction of the prostatic urethra. Surg. Gynec. and Obst., 48: 509, 1929.
3. **Lyon, E.S., Kyker, J.S. and Schoenberg, H.W.:** Transurethral ureteroscopy in women; a ready addition to the urological armamentarium. J. Urol., 119: 35, 1978.
4. **Kahn, R.I.:** Eedourological treatment of ureteral calculi. J. Urol., 135: 239, 1986.
5. **Khuri, F.J., Peartree, R.J., Ruotolo, R.A. and Valvo, J.R.:** Rigidureteropyeloscopy. N.Y. State J. Med., 85: 205, 1985.
6. **Seeger, A.R., Rittenberg, M.H., Bagley, D.H.:** Ureteropyeloscopic removal of ureteral calculi. J. Urol., 139: 1180, 1988.
7. **Huffman, J.L., Bagley, D.H., Schoenberg, H.W. and Lyon, E.S.:** Transurethral removal of large ureteral and renal pelvic calculi using ureteroscopic ultrasonic Lithotripsy. J. Urol., 130: 31, 1983.
8. **Green, D.F. and Lytton, B.:** Early experience with direct vision electrohydraulic lithotripsy of ureteral calculi. J. Urol., 133: 767, 1985.
9. **Huffman, J.L., Bagley, D.H., Lyon, E.S., Morse, M.J., Herr, H.W. and Whitmore, W.F.:** Endoscopic diagnosis and treatment of upper tract urothelial tumors. A preliminary report. Cancer, 55: 1422, 1985.
10. **Blute, M.L., Segura, J.W., Patterson, D.E.:** Ureteroscopy. J. Urol., 139: 510, 1988.
11. **Flam, T.A., Malone, J.M., Roth, R.A.:** Complications off ureteroscopy. Urol. Clin. North. Am., 15: 167-181, 1988.
12. **Lytton, B., Weiss, R.M., Green, D.F.:** Complication of ureteral endoscopy. J. Urol., 137: 649-653, 1987.