

ÜRETEROPELVİK DARLIKLARDA BALON DİLATASYONU

Dr. Ali ACAR*, Dr. Recai GÜRBÜZ*, Dr. Esat M. ARSLAN*, Dr. Şükrü ÇELİK*,
Dr. Şenol ERGÜNEY*, Dr. Zafer YAMAN*

* S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında, 1989 ile 1993 yılları arasında üreteropelvik darlık nedeniyle 67 hasta tedavi edildi.

Hastaların 30'una dismembered pyeloplasti, 5'ine Poley Y-V plasti, 2'sine vertikal flap pyeloplasti, 2'sine spiral flap pyeloplasti, 2'sine Heineke-Mikulich yöntemi, 2'sine Davis'in intübasyon üreterotomisi ve 24'üne endoskopik balon dilatasyonu uygulandı.

Balon dilatasyonu uygulanan vakaların ortalama, bir yıllık takiplerinde yaklaşık %65'lere varan başarılı sonuçlar alındı. Endoürolojik uygulamaların yetersiz kaldığı vakalara açık cerrahi yöntemlerden birisi uygulandı.

Selektif vakalarda balon dilatasyonunun açık cerrahi yöntemlere noninvaziv iyi bir alternatif olabileceği görüşüne varıldı.

Anahtar Kelimeler: Üreteropelvik darlık, Balon dilatasyon.

SUMMARY

Transluminal Balloon Dilatation of the Ureteropelvic Strictures

Between the years of 1989-1993, 67 patient with ureteropelvic strictures have been treated in Konya Selçuk University, Urology Department..

We performed 30 dismembered pyeloplasty, 5 Foley Y-V plasty, 2 vertical flap pyeloplasty, 2 spiral flap pyeloplasty, 2 Heineke Mikulich procedure, 2 Davis' intubated ureterostomy and 24 endoscopic transluminal balloon dilatation.

Transluminal ballon dilatation was successful approximately 67 percent of the ureteropelvic strictures for a year follow-up. If endourolgic treatment failed one of the open surgical procedures was performed.

As a result of the study, we believe that transluminal ballon dilatation is a good alternative to open procedures in selective cases.

Key Words: Ureteropelvic stricture, balloon dilatation.

GİRİŞ

Endoürolojik cihazların gelişiminden önce açık cerrahi yöntemlerle tedavi edilen üreteral darlıklar, Davis'in üreter obstrüksiyonunun tedavisinde üreterin inzisyonu ve stent takılmasından sonra başarılı klinik sonuçlar verildiğini ortaya koymasından bu yana, endoürolojik yöntemler zaman içinde gelişim göstermiştir (1,2).

Durmashkin'in üreter striktürlerinde balon dilatasyonu uyguladığı 1962'den beri, üreter striktürlerine endoskopik girişimler giderek daha çok uy-

gulanır olmuştur. Daha sonraları Grunzig ve arkadaşları koroner obstrüksiyonun tedavisinde balon kateter kullanmışlardır. Anjioplasti müdahalelerinde tanımlanan balon dilatasyon tekniği üreter darlıklarında tatbik edilmiştir (1).

Üreteroskopik cihazların gelişimi ile üreteral endoskopik tedavi metodları artmış, ancak üreterin yaranması ve sonuçta striktürleride beraberinde getirmiştir. Bununla birlikte anılan cihazlardan, bu striktürlerin tedavisinde de faydalanılmaktadır (3).

Üreteropelvik darlık belirlenmiş 24 hastaya

Haberleşme Adresi : Yrd.Doç.Dr. Ali ACAR, S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı, KONYA

*: 1. Ulusal Endoüroloji Kongresi (İstanbul)nde bildiri olarak sunuldu.

balon dilatasyon uygulanmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır. Yöntem selektif vakalarda, açık cerrahi operasyonlara bir alternatif olarak sunulmuştur.

MATERYAL VE METODLAR

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında 1989-1993 yılları arasında üreteropelvik darlık nedeniyle toplam 67 hasta tedavi edildi. Vakaların 30'una dismembered pyeloplasti, 5'ine Foley'in Y-X plastisi, 2'sine vertikal flap pyeloplasti, 2'sine spiral flap pyeloplasti, 2'sine Heineke-Mikulich yöntemi, 2'sine Davis'in intübasyon üreterotomisi uygulandı.

Balon dilatasyonu uygulanan vakaların 19'u erkek, 5'i kadın idi. Yaşları 8 ila 63 arasında ve yaş ortalaması 34 olup, bu 24 olgunun 12'sinde sağ, 10'unda sol ve 2'sinde bilateral üreteropelvik darlık mevcuttu.

Hastaların tümünde uzun süreli böğür ağrısı hikayesi vardı.

24 vakanın 3'ünün unilaterel, 1'inde bilateral olmak üzere sessiz taşları ve unilaterel üreteropelvik darlık birlikteliği belirlendi. 7'sinde tek taraftan taş düşürme hikayesi alındı. 13 vakada üreteropelvik darlığı eşlik edecek patoloji saptanmadı.

Striktürün teşhis ve takip değerlendirmesinde İVP ve ultrasonografi esas alındı. Darlığın net olarak belirlenemediği durumlarda retrograd üreterogramlardan yararlanıldı.

Radyolojik çalışmalarda da üreter segmentinin boyu 0.5-1.5 cm olarak belirlendi.

Vakaların tümünde İVP ve ultrasonografi, 13'ünde retrograd pyelografiden tanısal radyolojik yöntem olarak istifade edildi.

Balon dilatasyonlarında 21 F sistoskop ve 5 ile 7 F balon dilatasyon kateterlerinden yararlanıldı. 5 ile 7 F balon dilatasyon kateterlerinde, balonun genişliği 4 ile 6 mm ve uzunluğu 4 cm. olabilmekte, balon 5-10 atmosfer basınçla şişirilebilmektedir (1).

Total 26 üretere genel anestezi ve floroskopik kontrol altında kateterin kılavuz teli transüreteral yoldan pelvis renalisine yerleştirildi. Kılavuz tel üzerinden balon dilatasyon kateteri floroskopik kontrol

altında, balonu üreteropelvik bileşimde kalacak şekilde ilerletildi. Pelvis renalis çift lümenli balon kateterden kontrast madde ile doldurularak kateterin balon bölümünün üreteropelvik darlık bölgesinde kalması sağlandı. Striktür segmenti balonun şişirilmesi ile 5-10 dakika süre ile dilate edildi. Sürenin sonunda balon kateter alında ve uygun boyutlu 2-3 ay kadar kalmak üzere double-J stent kondu.

Her hastaya uygulama sonrası geniş spektrumlu bir antibiyotik verildi.

SONUÇLAR

Uygulamalarımızda darlık bölgesinden klavuz tel geçmeyen veya klavuz tel geçipte balon dilatasyon kateri geçmeyen vakalar çalışma kapsamı dışında tutuldu.

Bir hastaya 2 defa ve 2 hastaya bilateral olmak üzere toplam 24 hastaya üreteropelvik bölgeye balon dilatasyonu uygulandı. Olumsuz sonuç alınması üzerine 1 hastaya açık pyeloplasti yöntemlerinden birisi uygulandı.

1 hastamızda posttravmatik üreteropelvik bölgenin hemen altında olmak üzere üreter kopması belirlendi. Açık cerrahi girişimle anatomik devamlılık sağlandı. Ancak postoperatif darlık gelişti. Balon dilatasyon ve double-J stent konulduğu halde fonksiyon geri dönmedi ve nefrektomi uygulandı. Geriye kalan 21 hastanın 7'sinde persiyel obstrüksiyon devam etti, ve açık pyeloplasti yöntemlerinden birisi uygulandı.

2 vakamızda endoskopik balon dilatasyonu kısmen faydalı oldu. 13 hastamızda olumlu sonuç alındı. Double-J stentin alınmasından sonra ortalama 1 yıl takip sonuçlarına göre uygulamaların %65 düzeyde restenoz gelişmeden etkin olabileceği yönünde ümit verici olmuştur.

TARTIŞMA

Üreter darlıkları konjenital ve akkiz olabilmektedir. Çocuklarda esas olarak darlıklar üreteropelvik birleşim veya üreterovezikal birleşimde meydana gelmektedir. Üreteropelvik darlık üreterin en yaygın konjenital anomalilerinden birisi kabul edilmektedir (3).

Üreteropelvik obstrüktif patolojinin nedeni açıklık kazanmamıştır. Üreteral polipler ve valvler bildirilmiştir, ancak bunlar çok nadirdir. Dilate renal pelvis ve üreter bileşiminde hemen daima bir angulasyon ve king vardır, bu kendisini de obstrüksiyon nedeni yapabilmektedir, fakat bunun primer veya obstrüktif lezyona sekonder olarak geliştiği açıklık kazanmamıştır (3).

Gerçek darlık nediren bulunmaktadır, bununla birlikte sıklıkla ince duvarlı hipoplastik proksimal üreter gözlenmektedir. Bu durumlarda üreteropelvik birleşimde anormal peristaltik hareketler meydana gelmekte ve bunun sonucu pelvik boşalım bozulmaktadır (3).

Üreterin akkiz hastalıklarının tamamı yakını obstrüktif tabiattadır. Sık görülmektedir, fakat gerçek insidensi belirsizdir. Lezyonları intrinsik ve ekstrinsik olarak sınıflandırmak mümkündür. En genel intrinsik üreteral obstrüksiyon nedenleri arasında üreter taşları, üreterin transisyonel hücreli tümörleri, kontraktür veya peristaltizm yetersizliğine neden olan üreter duvarındaki kronik iltihabi değişiklikleri saymak mümkündür (3,4).

Vakalarımızın 11'inde taş düşürme hikayesi, sessiz böbrek taşı ve üreteropelvik darlık birlikteliği saptandı. Bununla birlikte 13 hastada üreteropelvik darlığa eşlik eden patoloji belirlenmedi.

Üreteropelvik darlıklarda darlık bölgesinden kılavuz telin geçmesi durumunda endoskopik di-

latasyon ve double-J stent tatbikinin, başlangıç tedavisi olarak uygulanabilirliği vurgulanmaktadır (1).

Endoskopik yetersizlik, strikürün 2 cm veya daha uzun olması nedeniyle kanüle edilmemesinden ve darlıkların muhtemelen uzun süreli renal pelvis taşlarıyla birlikteliğinden kaynaklanmaktadır. Radyograik çalışmalarda belirgin lümen obliterasyonu görülmesi durumunda, eğer kılavuz tel uygun pozisyona edilebilirse endoskopik tedavinin imkansız olmadığı bildirilmektedir (2).

Darlık bölgesinden kılavuz tel geçirilmeyen veya balon dilatasyon kateteri geçmeyen vakalar çalışma kapsamı dışında tutuldu. Kılavuz tel ile kanüle edilebilen vakaların %65'inde olumlu sonuç alındı.

David M.Schwalb ve arkadaşları yavru domuz böbreklerinde yapmış oldukları bir experimental çalışmada, hidrolik intramural üreteral dilatasyonun mekanik üreteral dilatasyondan daha az travmatizan olduğunu ortaya koymuşlardır. Yazarlar yavru domuz böbreğinin anatomik ve fizyolojik olarak insan böbreğine benzemesinden esinlenerek, mekanik dilatasyonların insanlarda hidrolik dilatasyonlardan daha fazla olumsuz etkileri olduğunu ortaya koyarak, üreteral striktür ve skar nedeni olabileceği görüşünde birleşmektedirler (5).

Çalışmamızda balon dilatasyonundan olumsuz sonuç alınarak açık pyeloplasti uyguladığımız vakalarda, balon dilatasyonunu neden olduğu olumsuz etkileri belirlemek mümkün olmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Nelson, R.N., Ubrajara, F., Gustavo, C. L., and Joaquim, F.A.C.: Endourological managment of ureteral strictüre. J. Urol. 1990; 144: 631-4.
2. Eugene, V.K., Robert, D.T., and C.M.K. Nelson.: Management of benign ureteral stricture open surgical repair or endoskopik dilatation. J. Urol. 1989; 141: 285-6.
3. Kogan, B.A.: disorders of the ureter and ureteropelvic junction In: Tanagho, E.A., and McAnich, J.W.: General urology, USA: Appleton and Lange, a publishing division of prentice Hall. 1988; 538-48.
4. Rot, M.W., Donalr, P.F., and William, J.C.: Transluminal balloon dilatation of a tuberculous ureteral stricture. J.Urol, 1983; 129: 1125-6.
5. Richard, C., Fray, F.M., and Sally, M.: Percutaneous management of benign ureteral stricture and fistulas. J. Urol. 1987; 137: 1126-31.