

Üreter Yaralanmasının Onarımında Transüreteroüreterostomi'nin Yeri

Dr. Mustafa ÖZYURT*
Dr. Tevfik HAKTANIR**

ÖZET

Transüreteroüreterostomi yöntemi tanıtıldı ve üreter yaralanması sonucu transüreteroüreterostomi uygulanan bir olgu sunuldu.

SUMMARY

Transureteroureterostomy in The Surgical Reconstruction of Ureteral Injury

Transureteroureterostomy procedure is described and one patient with ureteral injury which is adapted transureteroureterostomy is presented.

Dış etkenlere bağlı üreter yaralanması oldukça seyrek görülür. Üreter, çoğunlukla açık veya endoskopik cerrahi girişim sırasında yaralanır. Dilate, kıvrımlı, hipotonik ve atretik üreter kolaylıkla perforer olur¹. Üreter yaralanmalarının yüzde 90'ı pelvis içi tümör ameliyatlarında veya abdominoperineal rezeksiyon sırasında üreterin kesilip bağlanması şeklindedir. Enfeksiyona bağlı yapışıklık ve periüreterit durumu da ameliyat sırasında üreterin kopmasını kolaylaştıran etkenlerdir.

Üreter yaralanmasının onarımında pek çok değişik cerrahi yöntem denenmiştir. Kuşkusuz içlerinde akla en yakın olanı, kopan iki parçayı ağız ağıza getirmektir. Uçuca yaklaştırmamanın olanaksız olduğu durumda kayıp bölgeyi tamamlamak için mesaneden flap kaldırma düşüncesi de oldukça eskidir². Üreterin yerine, ince veya kalınbarsaktan yararlanma görüşü çok uygulanmış bir yöntemdir³. Üreteri mesaneye yaklaştırmak için böbreğin yerini değiştirmek bile denenmiştir (autotransplantasyon)⁴. Mesaneye erişmeyen kısa üreteri diğer üretere yandan ağızlaştıрма düşüncesi daha gerçekçi ve fizyolojik bir yaklaşım olsa gerek⁵.

* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Doçenti

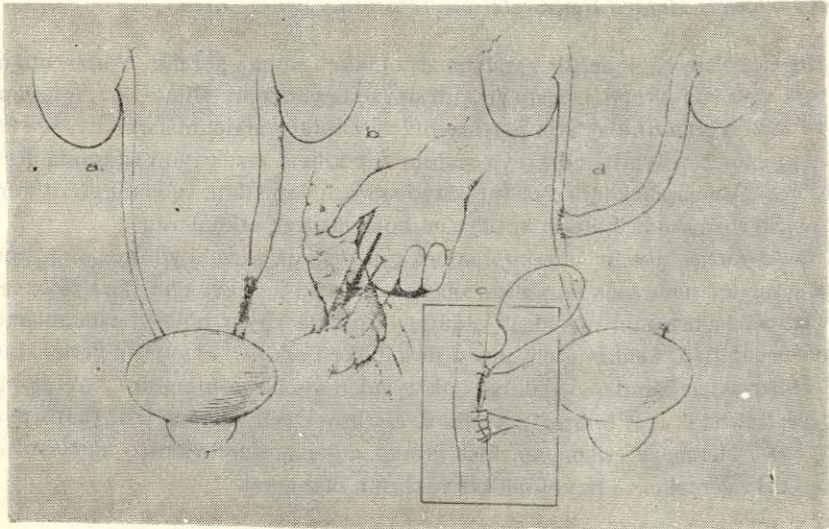
** Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Asistanı

Bu görüŖ açısından, üreter alt ucu taŖı ameliyatı sırasında kopan ve fistül gelişen üreteri yeniden mesaneye ağızlaştıramadığımız bir olguda transüreteroüretostomi yöntemini denedik.

OLGU

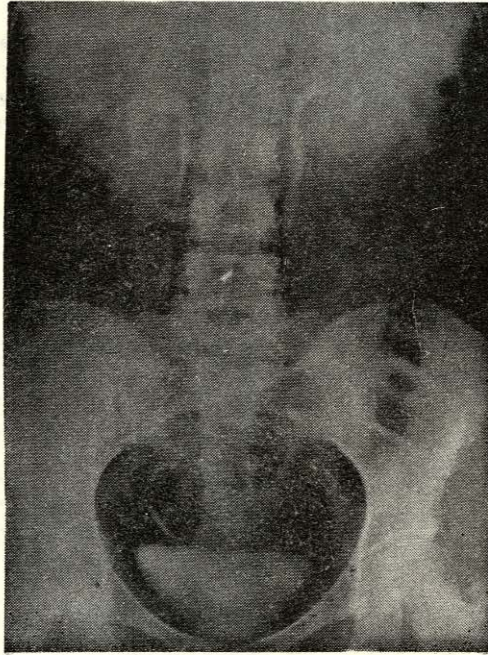
Yirmi yaşında kız, yaklaşık iki ay önce sol üreter alt ucu taŖı ameliyatı olmuş. Bundan sonra yarasının kapanmadığı ve sürekli idrar geldiğı için başvurdu. Fizik bulgularında sol inguinal bölgeye uyan ve eğimi içe bakan kesi izi dikkati çekti. Diren yerinden idrar geldiğı gözlemlendi. Sol böbreğin palpasyonu duyarlıydı. Laboratuvar bulgularında eritrosit $4 \times 10^6 \text{ mm}^3$, lökosit 6000, Hb. % 12 gr., Ht. 40, Üre. % 30 mg. bulundu. Üriner sistem direkt grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. İntravenöz ürografide en belirgin değışiklik, sol üreterde genişleme ve mesaneye yakın bir yerden radoopak maddenin üreterin dışına çıkmasıydı. Yapılan endoskopi girişiminde mesane normal bulundu. Sol üretere konulan kateter 3 cm. den daha ileriye itilmedi. Verilen opak madde de mesaneye geri geldi.

6.5.1980 tarihinde eski ameliyat yerine paralel bir kesiyle girildiğinde üreterin distal ucu tüm aramalara karşın bulunamadı. Kolaylıkla bulunan proksimal parçayı da mesaneye kadar uzatma girişimi başarısız kaldı. Proksimal ağız, cilde dikilerek cerrahi girişime son verildi. İkinci kez 10.6.1980 tarihinde sol paramedian kesiyle açıldı. Üreter, dıştaki ağızdan başlayarak yapışıklıklardan ayrıldı. Daha sonra sigmoid kolonun arkasından, aort ve vena kava inferior'un önünden geçirilerek sağı üretere erişecek şekilde hazırlandı. Sağ üretere, sol üreterin ağız genişliğinde kesi yapıldı. Sol üreter, sağ üretere uç-yan şeklinde 4-0 chromic ile ve sürekli dikişle ağızlaştırıldı (Resim 1).

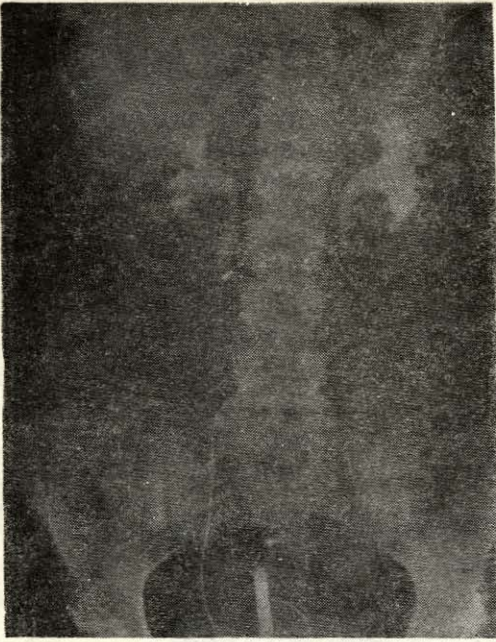


Resim: 1 — Soldan Sağa Transüreteroüretostomi Yöntemini Gösteren Çizim

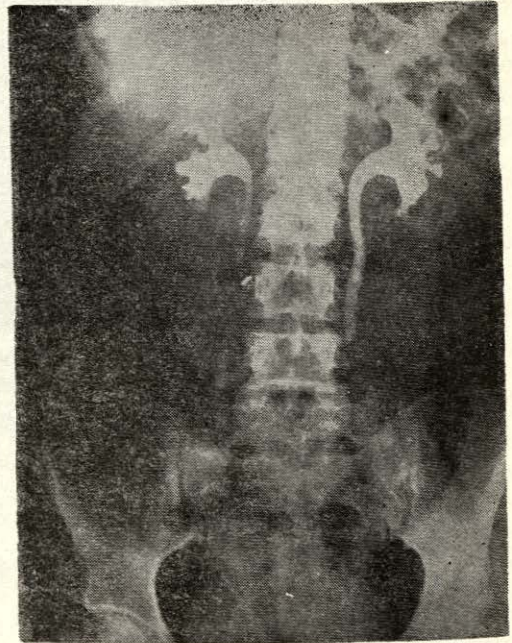
Ameliyat sonrası normal sürede tamamlandı. Altı ay sonraki idrar kontrolunda patolojik bulgu saptanmadı. İdrar kültüründe bakteri üremedi. İntravenöz ürografide iki böbrekte fonksiyonun aynı zamanda başladığı gözlemlendi. Sol üreter L₄ düzeyine kadar izlenebildi (Resim 2). Sağ retrograd pyelografi içine konulan kateterin sol üretere kolayca geçtiği, iki üreterin ve böbreklerin radyopak maddeyle dolduğu görüldü. Boşalması üreterogramla incelendi (Resim 3 ve 4).



Resim: 2 — İntravenöz Ürografi. Soldan Sağa transüreteroüreterostomi görülmekte



*Resim 3— Retrograd Pyelografi,
Sağ Üretere Konulan Kateter,
Kolaylıkla Anostomoz Yerinden
Sol Üretere Girmiş*



*Resim: 4 — Retrograd Pyelografi.
Transüreteroüreterostomide
Boşalma Grafisi.*

TARTIŞMA

Üreter yaralanmasının onarımında değişik cerrahi yöntemler uygulanmıştır^{2,3}. Transüreteroüreterostomi, içlerinde en gerçekçi yaklaşım olduğu kanısını vermektedir. Bu girişimin başarı oranını, kuşkusuz, olgu seçiminin uygunluğu etkiler. Transüreteroüreterostominin optimal indikasyonu, doku kaybının üreter alt ucunda olması ve üreteri mesaneye yeniden ağızlaştırmaya engel olacak şekilde sertleşmiş perivezikal bölgenin varlığıdır⁶. Üreterin kanlanması bozulmaması ve anastomoz ağzılarının gergin bulunmaması cerrahi girişim sırasında özen gösterilecek iki önemli nokta olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. DONOHUE, J.P.: Ureteral and bladder injuries in children. *Ped. Clin. North Amer.* 22: 393, 1975.
2. BOARI: Contributo sperimentale all plastica dell'ureter. *Atti Accad. d. Sc. Med e Nat. in Ferrara*, 68: 149, 1894.
3. BOXER, R.J., JOHNSON, S.F., EHRLICH, R.M.: Ureteral substitution. *Urology*, 12: 269, 1978.
4. HARDY, J.P.: High ureteral injuries: Management by autotransplantation of the kidney. *J.A.M.A.*, 184: 97, 1963.
5. CARLTON, C.E.: Injuries to the ureter. *Urol. Clin. North Amer.* 4: 33, 1977.
6. ZINMAN, L.M., LIBERTINO, J.A., ROTH, R.A.: Management of operative ureteral injury, *Urology* 12: 291, 1978.