

CERRAHİ ÜRETER TRAVMALARI

(İki Olgu Nedeniyle)

Kadri Anafarta*

Mustafa Kalem/i**

Deniz Çarkçı***

Metin Sevlük****

Ahmer Kiper****

Üreterlerin anatomik konumları, delici olmayan eksternal travmalardan çok iyi korunmalarını sağlamaktadır. Bu nedenle eksternal olarak yalnız delici travmalar sonucu ve ender olarak yaralanırlar. Delici travmalara bağlı üreter yaralanmaları ilk kez Robinson ve arkadaşları, Rusche, Badenoch bildirmişlerdir (2). Son yıllarda gelişen karın cerrahisi internal üreter yaralanmalarına sıklıkla neden olmaktadır. Yazıda iki olguda cerrahi girişim sonucu oluşan üreter travması ve onarım yöntemleri sunulmaktadır.

OLGU-1- H.T. 65 yaşında, kadın. Karantina/Prot., 19319/30714/78.

Vaginal kanama ile kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvurmuş. Tetkikler sonucu sağ malign ovarial tümör tanısı ile operasyon kararı verilmiş. Operasyon sırasında tümöral kitle disseke edilirken üreterin kesildiği farkedilmiş. Bu aşamada ürolojik konsültasyon istendi. Hemen ameliyata girilerek tümöral kitle çıkarıldıktan sonra, üreter uçları bir kalıp üzerinden oblik olarak ve 4/0 kromik kat-güt'le tek tek sütürlerle uç uca anastomoze edildi. Üretere konan kalıbın üst ucu böbrek pelvisinden çıkarıldı. Bu sırada nefrostomi yapıldı (Resim 1). Post operatif 17. gün kalıp, 19. gün nefrostomi dreni alındı. Hasta şifa ile çıkarıldı. 45 gün sonra kontrol için çekilen ürografilerde her iki böbrek ve üreterlerin normal olduğu görüldü (Resim 2).

OLGU-2- S.S. 57 yaşında, kadın. Karantina/Prot., 30417/5128/79. Sol rafta kolon tümörü tanısı ile ameliyat edilişken sol üreterin tam olarak kesildiği farkedilmiş. Aynı kesiden girişimle uçları oblik olarak kesildi. Üstteki üretere sokulan kalıp ucu yukarı itilirken, kalıbın diğer ucu mesaneye kadar itilerek mesane

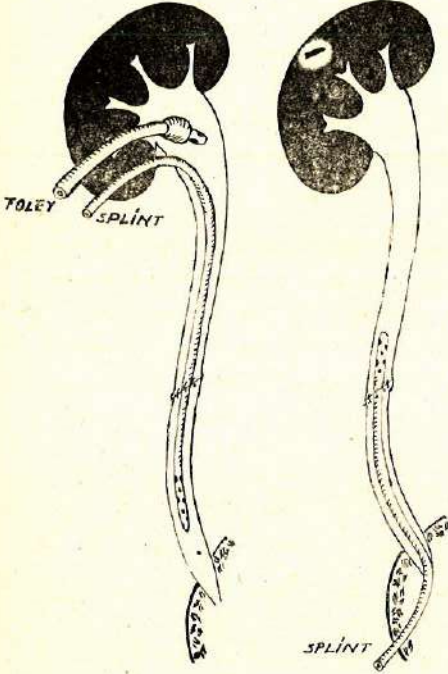
* A. Ü. Tıp Fak. Üroloji Kürsüsü Doçenti

** A. Ü. Antalya Tıp Fak. Üroloji Kürsüsü Doçenti ve Kürsü Başkanı

*** A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Kürsüsü Uzman Asistanı

**** A. Ü. Tıp Fak. Üroloji Kürsüsü Uzman Asistanı

kesisinden dışarı alındı. Üreter uçları 4/0 kromik kat-güt'le tek tek sütürlerle dikildi. Nefrostomi yapılmadı (Resim 1). Post operatif 8. gün kalıp alındı, 13. gün şifa ile gönderildi. İki yıl sonraki kontrolda üriner sistemde patolojik bulgu saptanmadı.



Resim 1 Cerrahi Üreter Travmaları



Resim 2 Cerrahi Üreter Travmaları

TARTIŞMA

Üreter yaralanmaları; 1-Lezyonun tipine göre (bağlanma, delinme, ezilme, tam kesi), 2-Lokalizasyonuna göre (üst, alt, orta), 3-Zamanına göre (erken, geç), 4-Etyoloji'ye göre sınıflandırılmaktadır (2).

Etyolojik sınıflandırma : I- Cerrahi Yaralanma : A-Jinekolojik operasyonlar (vaginal, abdominal), Obstetrik girişimler (vaginal, abdominal). B-Genel cerrahi (intraabdominal operasyonlar). C-Nöroşirürji (laminektomi). D-Üro-genital operasyonlar (böbrek ameliyatları, üreter ameliyatları, mesane ameliyatları, basit veya radikal prostatektomi). E-Endoskopik üreteral girişimler.

I-Eksternal travma : A-Penetre yaralar. B-Penetre olmayan yaralar. III-İrritasyon yaralanmaları.

Cerrahi girişimlere bağlı üreter yaralanmaları en çok jinekolojik operasyonlar sonucu görülmektedir. Benign hastalıklar için yapılan jinekolojik girişimler sonucu üreter travmalarının % 0.08 - % 2.5 oranında olduğu bildirilmiştir. Benign hastalıklar için yapılan histerektomilerde % 0,45 oranı bildirilmiştir. Serviksin stage I karsinomasında bu oran % 11, stage II de % 22 olarak kaydedilmiştir (2).

Bizim olgularımızdan birinde over tümörü nedeniyle uygulanan jinekolojik operasyon sırasında üreter yaralanması görülmüştür.

Karın ameliyatlarından özellikle abdominoperineal rezeksiyonlarda ve anterior rektosigmoid rezeksiyonlarda üreter kopmaları sık görülmektedir (6). Olgularımızdan biri sol tarafta kolon tümörü tanısı ile ameliyat edilirken üreteri yaralanmıştır.

Tam kesi şeklindeki üreter yaralanmaları çoğu kez ameliyat sırasında fark edilir. Bizim iki olgumuzda da yaralanma ameliyat sırasında farkedilmiş ve hemen primer sütürle onarılmıştır. Bu tür primer onarımların sonuçlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (1). Bizim iki olgumuzda da çok iyi sonuçlar alınmıştır.

Eğer yaralanma ameliyat sırasında görülmemişse, ürografi, retrograd pyelografi, perkütan pyelografi gibi yardımcı radyolojik yöntemlerle yaralanma yeri saptanır. Post operatif ilk 4 gün içinde veya 6-8 hafta sonra cerrahi girişim yapılır. Burada uç-uca anostomoz yapılabileceği gibi değişik rekonstrüktif yöntemlerde uygulanabilir.

Üreter yaralanmalarının primer tamirlerinde hayvan deneylerinden yararlanılarak uygulama yöntemleri geliştirilmiştir. Denenen yöntemlerde en önemli özelliğin, kalıp kullanmanın gerek gerekmediği konusu olduğu görülmüştür. Hamm, kalıp kullanmanın karşısındadır (4,5,7). Üreterleri oblik keserek primer sütürle dikmeyi yeterli bulmakta, ancak anostomoz yerinin üzerinden diversiyon yapmayı gerekli görmektedir (5). Sieben ve arkadaşları kalıp kullanmanın yararlı olduğunu savunmaktadırlar (6). Biz iki olgumuzda da kalıp kullanmayı yeğ tuttuk. Bunda her iki olguda da üreterlerin tam kesilmiş olmaları, yani defektin büyük oluşu göz önüne alınmıştır.

Kalıpların yapıldığı materyel bir çok deneysel çalışmaya konu olmuş, çok gelişkili sonular alınmıştır (3). Kalıbın boyutları üretere kolayca girecek ölçülerde olmalıdır. Çok büyük bir kalıp üreter duvarını iskemik nekrozla tahrip eder. Kalıbın kalma süresi üreterin durumuna bağlıdır. Bir hafta, en iyi koşullarda epitelizasyon için gerekli olan minimal zamandır. Üreter duvarının bütün katmanlarının tümüyle regenerasyonu için altı hafta gereklidir. (3).

Deneysel verilere dayanılarak idrarın diversiyonunun önemli olduğu kabul edilmiştir. Büyük defektlerde en azından bir pyelostomi gerekir ve genellikle nefrostomi önerilmektedir (3). Biz olgularımızdan birinde nefrostomi yaptık ve kalıbın bir ucunu buradan çıkardık. İkinci olgumuzda nefrostomi yapmadan kalı-

bın alt ucunu mesane kesisinden dışarı aldık. İlk olgumuzda kalıp 17. gün, ikinci olgumuzda ise sekizinci gün alındı. Her iki olgumuzda da hiç bir komplikasyon gözlenmeden tam iyileşme kaydedildi.

Olgularımızda olduğu gibi büyük defektli üreter yaralanmalarında kalıp kullanmanın gerekliliğine inanıyoruz. Kanımızca diversiyonun her zaman nefrostomi şeklinde yapılması gerekli değildir.

ÖZET

Karın ve pelvis içi ameliyatları sonucu olan iki üreter kesisi ameliyat sırasında farklı iki yöntemle tamir edildi. Literatürün ışığı altında sonuçlar tartışıldı. İdrar drenajı için nefrostomi yapılmasının her zaman gerekli olmadığı kanısına varıldı.

SUMMARY

Surgical Trauma of Ureter

Two cases of ureteral laceration due to abdominal and intra-pelvic operation has been repaired by two different methods. The results have been discussed under the light of literature. It has been claimed that to perform nephrostomy is not indicated for urinary drainage in every cases.

KAYNAKLAR

1. Blandy J : Urology. Blackwell scientific Pub. London. 2 : 376, 1976
2. Campbell MF : Urology. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, 2295, 1970
3. Frank H Jr : Ureteral repair and splint J Urol 4 : 376, 1957
4. Hamm FC Weinberg SR : Management of the severed ureter J Urol 77 : 407, 1957
5. Hamm FC Weniberg SR Waterhouse RK : End-to-end ureteral anastomosis a simple original technique. Current Operative Urology. Harper and Row Pub. Hagerstown, 344, 1975
6. Sieben DM ve ark : Role of ureteral stenting in management of surgical injury of ureter, J Urol 119 : 330-331, 1978
7. Weinberg SR Siebens AA : Activity of the ureter after surgery, J Urol 80 : 336, 1958