

A. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği

UROLOJİDE CERRAHİ HATALAR *

Dr. L. Sezai Yaman**

Dr. Sadettin Küpeli***

Dr. Kadri Anafarta ****

GİRİŞ

Ürolojik cerrahide önemli olan faktör; anatomik yapı, üriner ve genital sistemin fizyolojik fonksiyonunun mümkün olduğu kadar korunmasıdır (1). Devamlı veya geçici olarak yapılan derivasyonlar özellikle topoğrafik anatomiye ve fizyopatolojik özelliklere dikkat edilmeksizin yapılırsa çok defa tolere edilemeyen komplikasyonlar ortaya çıkarılırlar (1). Bu nedenle Urolog ve Cerrah kötü pratiğini yenme durumuna yönelmelidir. Ancak her cerrahın iyi niyetle ve bilerek yaptığı operasyonlara bağlı beklenmedik cerrahi komplikasyonları bir hata olarak kabul etmemek gerekir. Aksi takdirde her operasyonda çıkması beklenebilecek komplikasyonlar nedeniyle hekim daima bir suçlamaya maruz kalabilir. Konumuz aşağıda arz edileceği üzere daha ziyade hekimin kötü pratiği ve lüzumsuz uygulamalarındaki hataları ortaya çıkarabilmek gayesi ile hazırlanmıştır.

* Konu 26 Mayıs 1972'de 1. Türk Üroloji kongresinde tebliğ edilmiştir.

** Dr. L. Sezai Yaman : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Profesörü.

*** Dr. Sadettin Küpeli : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Uzman asistanı.

**** Dr. Kadri Anafarta : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji kliniği asistanı.

Meydana gelen kötü sonuçtan :

- 1 — Teşhis hataları,
- 2 — Operasyon endikasyonlarındaki hatalar (2).
- 3 — Doktorla hasta arasındaki yakınlığın iyi olmaması (1).
- 4 — Cerrahi sonuçların operasyonu yapan hekim tarafından iyi bilinmemiş olması,
- 5 — Hastanın yapılacak operasyonda çıkabilecek komplikasyonlara alıştırılmamış olması (1).

Hastanın anatomik, fizyolojik ve psişik durumuna dikkat etmek-
sizin yapılacak cerrahi müdahaleler hasta ile hekimi antagonizma-
ya daha işin başında sürüklemiş olur (1).

Diğer bir yöntem ise hekimin kendi pratiğini hastaya benim-
setmek için özel gösteride bulunması, denenmemiş ve sonucu bilin-
meyen yahut kötü sonuçları her zaman beklenebilecek ameliyatlara
karar vermesi veya başka hekim arkadaşını yermesi, hastasına kö-
tü pratiği hakkında ilk açığını vermesine sebep olur (1). Hekimin
deontolojiye mutlak uyması, meslekdaşlarında gördüğü hatalı ve
noksan teşhis ve tedaviye kendisininde düşebileceğini unutmaması
gerekir.

En iyi hareket tarzı; meslekdaşların, özellikle Urolog, radyolog
ve cerrahın yakın bir kollaborasyon kurmasıdır. Hastanın iyi bir
şekilde incelenmesi sonuç hakkında uyarılması gereklidir. Bu ilişkili
davranışlarla her an doğabilecek teknik ve cerrahi hatalar çok dü-
şük seviyede kalacaktır.

Biz Urolog ve cerrahların üriner ve genital sistemde yapabile-
cekleri hataları mukayeseli olarak iki bölümde incelemeyi uygun
gördük.

1 — Urologların cerrahi müdahale esnasında ürogenital sis-
tem ve haricindeki organlarda yapabilecekleri cerrahi hatalar

2 — Cerrahların, jinekologların ve nöroşirürjiyenlerin urogeni-
tal sistemde yapabilecekleri cerrahi hatalar.

Önce bir Uroloğu ürogenital sistemin bütün bölümlerinde bek-
leyen çeşitli operasyon hatalarını inceliyelim.

A — BÖBREK OPERASYONLARI :

Böbrek ameliyatlarında lomber ensizyonda yeterli bir manipulyasyon sağlamak için yaranın büyük açılması sonucunda postoperatif herni ve adele paralizileri meydana gelir. Sebebi bölgesel sinirlerin kesilmesi veya bağlanması yahutta bölgeyi besleyen damarların kesilmesi veya bağlanmasıdır. (4).

—Lomber yolla böbreğe varmanın hastanın masaya yatış pozisyonu ve narkoz hataları dışında bir takım güçlükleri vardır. Söyleki :

- a — İliokostal mesafenin dar olması,
- b — Hastanın çok fazla yağlı ve şişman olması,
- c — Lomber müskülatürün kalınlığı ve sertliği,
- d — Bilhassa böbrek kapsülünde olmak üzere böbrek çevresindeki inflamatuvar yapışıklıklar,
- e — Operasyondan önce hastanın iyi pürje edilmemiş olmasına bağlı kolonda gaz distansiyonu,
- f — Böbreğin yüksek pozisyonda veya çok aşağıda lokalizasyonu yahut atrofik böbrek bulunması gibi haller (3).

Uroloğun böbrek operasyonunda iyi bilmesi gereken hususlar şunlardır : Böbreğin anatomik yerinin radyolojik olarak iyi tayin edilmiş olması aynı zamanda o böbrek fonksiyonları hakkında kati bilgi sahibi olunması, ensizyon istikametinde adele, sinir ve komşu dokuların yer ve özellikleri.

Ensizyondan önce daima kostalar ve os ileum kontrol edilmeli, sakrum radyolojik olarak tesbit edilip vertebraların ve kostaların seyri takib edilmelidir. Her zaman son kosta 12. kosta değildir Eğer son kosta 11. ise plevranın açılma ihtimali daha fazladır (3).

Lomber keside 12. torasik sinirin deri dalı ve 12. interkostal arter daima korunmalıdır. Quadratus lumborumun alt kenarında 1. lomber sinirin ventral dalı ve iliohipogastrik, ilioinguinal sinirler uzanırki bunlar mutlak olarak korunmalıdır, aksi takdirde sinir

kesilmelerine bağlı trofik bozukluk, postoperatif evanterasyon veya herniler görülebilir (4).

Böbrek serbestleştirilirken böbrek kapsülü, damarlar ve böbrek hilusu fazla travmatize olabilir, böbrek veya pelvis açılarak bazen infeksiyon veya malign proses sahaya periton yahut pelvraya geçebilir. Üriner peritonit hekimi yeni bir akut batın, kalp veya akciğer hastalığı olarak tereddütte bırakabilir (2). Surrenal yağ dokuları arasında parçalanabilir ve böbreğin yapışıklıklardan ayrılması esnasında vena Cava zedelenip fatal kanamalara sebep olabilir (2). Böbreğin serbestleştirilmesi esnasında operatör böbrek damarları üzerine fazla baskı yapmamalıdır. Böbreğin perirenal dokulardan ayrılmasında diafragmanın kostolomber hilusu göz önünde bulundurularak plevra renal yağ dokusundan dikkatle ayrılmalıdır. Plevra aksidental olarak açılırsa pnömotoraks, massif akciğer kollapsı veya böbrek enfekte ise plöritis veya ampiyem tehlikesi vardır.

Böbrek ameliyatına başlamadan önce doğabilecek bir hemoraji için uyanık bulunmalıdır. Bazen hiç beklenmedik hallerde nefrektomi gerekebilir. Böbreğin median ve anterior kısmının serbestleştirilmesi esnasında peritonun açılma tehlikesi vardır, hatta bu manipulasyon esnasında sağda özellikle karaciğer, solda ise dalak zedelenebilir (3).

Fasılalı hemostaz için böbrek damarlarının kompresyonu ne çok zayıf nede kuvvetli olarak yapılmalıdır. Eğer basınç fazla ise damar duvarı yaralanabilir. Kompresyon uzun sürerse sadece vasküler duvarda değil böbrek parankimindede hasar husule gelebilir. Şayet besleyici damarların kitle halinde bağlanması icab ediyorsa bunun içine barsakların besleyici damarlarının girmemesi gerekir, zira bu durumda parsiyel intestinal nekroz beklenebilir (3).

Şayet nefrektomi endikasyonu önceden veya operasyon esnasında konmuş ise şu hususlara dikkat edilmelidir :

1 — Nefrektomi yapılmadan önce diğer böbreğin varlığı ve fonksiyonu dikkatle kontrol edilmelidir.

2 — Operatör radikal veya konservatif gidişi iyi tayin etmelidir. Zira pyonefrotik bir böbreğin ekstirpasyonunda operatif mor-

talite % 5 - 6 iken, konservatif gidişin sonucunda mortalite yine aynı oranda hatta daha fazla olabilmektedir. Ancak müdahale hastanın genel durumu, kan, elektrolit, idrar bulguları sebebiyle yarım bırakılabilir (nefrostomi) (3).

3 — Pedikül özel bir itina gerektirir. Kabil olursa renal arter, ven ve üreter önce ayrı ayrı, bilahare toptan bağlanmalıdır. Tam olmayan ligatürün gevşemesi veya kaçması nadir değildir. Bütün dikkate rağmen ligatürde gevşeme olursa bu durum acilen ikinci bir müdahaleyi gerektirir. Bazı hallerde operasyonda pedikülün genişliği, bağlama zorluğu veya sütür koyma müşkülâtında stilde 48 - 72 saat pens bırakılabilir. Bu çeşit vakalar vardır ve kliniğimizde yapılmıştır. Bazen tamponman zorunluluğu doğabilir, o zaman bu tampon 72 saat yerinde kalmalıdır.

4 — Nefrektomi ensizyonu sahanın iyice kontrolü bakımından mümkün olduğu kadar geniş tutulmalıdır.

5 — Böbreğin ekstirpasyonu esnasında kolon veya deodenumun desendan parçası yaralanıp sterkorol fistüller olabilir. Keza barsağın besleyici damarlarının bağlanması ile intestinal nekrozlar meydana gelebilir (2 - 3).

6 — Küçük vena Cava yırtılmalarında giren havanın yapacağı tromboembolik hadiseleri önlemek için defekt hemen kapatılmalıdır. Bunun için ligasyon sütüre tercih edilmelidir (3).

a — Renal ven ve pedikül üzerinde trombo-embolik hadiseler olabilir.

b — Nefrektomiye sebep olan hadise üreterede yayılmışsa üreterinde çıkarılması gereklidir.

8 — Böbrek taşı bulunan vakalarda böbreğe yapılacak kesitlerde şu özelliklere dikkat edilmelidir :

a — Geniş bir ensizyon icab ettiğinde renal arterin posterior dalı nedeniyle ensizyon öne ve aşağı doğru uzatılmalıdır.

b — Oblik bir ensizyon gerektiği zaman kalıs ve piramidlerin arasındaki damarları düşünerek ona göre bir kesi yapılmalıdır.

c — Aşırı bir üriner infeksiyon olduğu zaman pyelolitotomi bazen kapanmıyan bir fistüle sebep olabilir.

d — Kırılarak çıkarılan koraliform taşlarda taş ve hücre artıkları üzerinde yeniden taş teşekkülünü önlemek için kavite iyice temizlenmeli ve irrigasyon ihmal edilmemeli, nefrostomi tübü bir süre tutulmalıdır.

e — Nefrotomiden sonra 4-10 gün içinde kanama ve renal hematomların olabileceği unutulmamalıdır.

f — Operasyonda bulunamayan küçük bir taş böbrek feda edilmemeli ve böbreği uzun manipulasyonlarla fazla leze etmemelidir (3).

B — ÜRETER OPERASYONLARI :

Böbrek ve pelvis üzerine yapılan manipulasyonlar esnasında dikkatsizlik sonucu üreter yaralanabilir hatta kopabilir. Bu yaralanmaların sonucu üriner fistüller ve hidronefrozlar ortaya çıkabilir. Travmatize olmuş üreter iyi bir şekilde repare edilmezse nefrostomi gereklidir.

Üreter operasyonlarında üreterin seyri, besleyici damarları dikkatle takip edilmelidir. Ayrıca dikkatsizce yapılan reparasyonlarla yanlışlıkla üreter diye arter veya vene girilebilir.

Abdomenin alt kısmında gölge veren oluşumlar üretere ait zannedilip tam olmayan bir tetkik sonucunda lüzumsuz operasyonlara sebep olurlar (3). Bu oluşumları şöyle sıralıyabiliriz : Kalsifiye lenf nodülleri, flebolitler, apendiks konkresyonları, iliak arter kalsifikasyonları, sakrosiyatik ligament kalsifikasyonlarıdır.

Üreterde düşebilecek taş teshisi konmuş vakalarda sepet denemeleri ve bu manipulasyonlar sonucunda fazla zorlamalara bağlı olarak üreter yaralanmaları ve yırtılmaları nadir değildir. Yine üreter kateterizasyonu esnasında üreter yaralanıp retroperitoneal sahada hematoma ve idrar ekstravazasyonu meydana gelerek hastanın hayatını tehlikeye sokabilir. Üreter taşı ameliyatlarında kötü teknik ve üreter üzerindeki ensizyon hataları veya yetersiz sütür ; uzun süreli bazende devamlı üriner fistüllere sebep olabilir. Üreterin lüzumsuz şekilde fazlaca serbestleştirilmesi ile bağlanan damarların beslediği üreter bölgesinde nekroz ve fistül olabilir.

C — MESANE VE PROSTAT OPERASYONLARI :

Subrapubik ensizyonlarda mesane deperitonize edilirken şüphelenildiğinde ponksiyon ile kontrol edilmelidir. Bazen kontrolsüz yapılan müdahalelerde periton veya barsak yanlışlıkla mesane diye açılabilir.

Mesane ve prostat ameliyatlarında mesaneye konan askı sütürlerinin mesane tabanından geçmesi halinde yapılan ensizyon ile mesane karşı yüzden yaralanabilir. Enderde olsa delinirse vezikorektal, veziko - vaginal fistüller meydana çıkabilir. Prostat ameliyatlarında enükleasyonun mümkün olduğu kadar kapsül temadiyetini bozmadan yapılması ve özellikle kanama kontrolüne önem verilmesi gerekir.

Üreter orifislerinin kanama sırasında yanlışlıkla suture edilmesi veya prostat lojunun hemostazı esnasında daimi bir tazyike maruz kalması nedeniyle postprostatektomik bir anuri doğabilir (2).

TUR esnasında mesane rüptürleri, üreter orifislerinde yaralanma ve bazen kopma, trigon yaralanmaları, postoperatif, sistit, pyelonefrit, peritonit görülebilir. Bazen geç olarak pubis altı devamlı ağrıları ve mesane boynu kontraksiyonlarına ait belirtiler husule gelir (2). Ayrıca prostat kapsülü yaralanması nedeniyle bazen kanama ve su zehirlenmesi görülebilir.

Suprapubik prostatektomilerde mesane boynu kopmaları, rektum perforasyonları meydana gelebilir (5). Özellikle küçük fibroz ve yapışık prostatların makas veya diatermi cihazı ile çıkarılması sırasında rektal fistüller teessüs eder, Bazen üreteral kateter geçirilirken rektuma girilebilir (5).

Üreterlerin kolluma konan sütürlerin içinde kalma neticesi üreterde tam veya kısmi obstrüksiyon mümkündür. Kısmi ligasyon hallerinde ve üreterdeki darlığa bağlı olarak akut enfeksiyon ve hidronefrozar teessüs eder.

Mesane tümörlerinin üreter deliklerine yakın lokalizasyonu hallerde rezeksiyon esnasında üreterler afetzde olabilir, sütür içinde kalabilir ve ligasyona bağlı olarak yukarıdaki tablo teessüs edebilir. Hadise üreter ağzlarının kontrol edilmemesine bağlıdır.

Transvezikal prostatektomilerde ameliyat esnasında bazen düşük olan tansiyon kanamaların gözden kaçmasına ve tansiyon normale döndüğü zaman hemorajinin husulü ile ve bunun sonucu olarak sekonder tamponajlara yol açabilir.

Radikal prostatektomiden sonra rektovezikal fistül, üreter kopmaları, üretero-kutanöz fistül, üreter altı ucu darlıkları, skrotal idrar ekstrevasyonu, karaciğer yetmezliği ve gastroentestinal kanamalar ender değildir (6). Ayrıca gerek TUR ve gerekse transvezikal prostatektomilerden sonra dış sfinkter yaralanması ve bu bölge sinirlerinin tahrip olması sonucu nörojenik mesane ve enkontinans ortaya çıkar (7). Bu operasyonlarda diğer önemli bir hata (Bilhassa Millin) operasyon tekniği ve dikkatsiz konulacak sütürlerle perisistit ve periost zedelenmesine bağlı olarak osteitis pubisin ortaya çıkmasıdır (8).

Vazektomi yapılmayan vakalarda sık konan daimi sondaya bağlı postoperatif devrede % 18 - 20 oranında epididimit ortaya çıkar. Vazektomide dutus deferensin iyi bağlanmaması sonucu enderde olsa post prostatektomik vaz deferensin üriner fistülü görülebilir (9).

D — URETRA OPERASYONLARI :

Üretra darlıklarında üretral kateterin girmediği hallerde drenaj için suprapubik tatbik edilen trokar Retziusa girip kanama, idrar ekstrevasyonu ve peritonit esebep olabilir.

Üretral konan madeni sondalar ile Fousse Route'lar ve prostat bölgesinde profüz kanamalar olabilir.

Üretra taş ve yabancı cisimleri alınırken üretra kopmaları, yaralanmaları ve fistüller meydana gelebilir.

Üretral konan daimi sondalara bağlı olarak uretrit, Periüretal apse ve fistüller hatalı tekniğin sonuçlarıdır.

Dikkatsizce yapılan sirkumsizyonda (Bilhassa fimozis hallerinde) uretra fistülleri, akkiz hipospadias hali, glans yaralanmaları ve kopmaları, kavernoöz cisim yaralanmaları ve buna bağlı kavernoöz fibrosis ortaya çıkabilir.

E — SKROTUM OPERASYONLARI :

Ektopik testis vakalarında yapılan orkidopeksi ameliyatlarında loj iyi hazırlanmadığı, testis iyi tesbit edilemediği hallerde testis yine yukarı kaçabilir. Bazen testis uygun pozisyonda tesbit edilmezse torsiyonu mümkündür ve buna bağlı olarak testis atrofisi teessüs eder.

Varikosal ameliyatlarında varikö venaların dikkatsizce eksize edilmesi sonucu kısa zamanda meydana gelen testis atrofileri hiç de nadir olmayan köyü bir sonudur.

Skrotal herni ameliyatlarında kanalın çok daraltılması testiste beslenme bozuklukları yapabilir.

Hidrosel ameliyatlarında lenfatik drenaj bozukluğu bazan postoperatif skrotal ödem, kanamanın kontrol edilmemesi ile hematom, orkiepididimit ve hidrosel kesesinin rezeksiyonu sırasında arteria spermatikanın kesilmesine bağlı testiküler nekroz ve atrofi teessüs edebilir (2).

Orkiektomide testise gelen damarların ve duktus deferensin toptan ve bazan yetersiz ligasyonuna bağlı kanama ve hematom husule gelebilir.

Yetersiz rezeksiyona bağlı olarak Tüberküloz epididimitlerinde kapamayan skrotal fistüller, keza tüberkülozun kan yayımı sonucu menejit Tcb. görülebilir (% 2) (3).

Cerrah, Jinekolog, Nöroşirürjipenlerin ürogenital sistemde yapabilecekleri cerrahi hataları :

A — KARIN OPERASYONLARI :

Karın ameliyatları esnasında paramedian ensizyon simfize kadar uzatılırsa sayet mesane dolu ise yırtılabilir.

Hidronefrotik pelvisler karaciğer veya pankreas kisti zannı ile açılıp sonunda kapanmayan transperitoneal fistüller (üriner) teessüs edebilir.

Karaciğer ve dalak operasyonlarında dikkatsiz ve tecrübesiz eller böbrek yaralanması, ureter kopması veya kesilmesine sebep ola-

bilir. Bilhassa rektum kanseri ameliyatlarında mesane, ureter ve vezikulaseminalisler yaralanabilir. En önemlisi nervus hipogastrikusun kesilmesine bağlı olarak nörojenik mesanenin meydana gelmesidir.

Ureter taşları ve vezikülit akut apandisitler karıştırılmış olabilir. Literatürde apandisit teşhisiyle ile açılan vak'alarda (% 5) perinefritik apse, pyelonefrit, hidronefroz, psoas apseleri ve böbrek taşları ile karşılaşıldığı bildirilmiştir (3).

Safra kesesi taşları sağ böbrek taşları ile karıştırılabilir ve tam olmayan tetkik sonucu gereksiz bir operasyon yapılabilir.

Böbrek ve üreter taşlarının pankreas taşları olarak açıldığı vakidir.

Renal kolikler ve akut karbonküller sık olarak akut pankreatit ile karıştırılarak bazan bu yönde tetkik ve tedaviye tabi tutulmaktadır.

Nonrezektabl retroperitoneal, tümörlerde böbrek ve vena kava rüptürleri olabilir (10).

Kolon tümörleri etrafındaki perikolit kitlesi böbreğin alt kısmına ait bir tümöral kitle intibai verebilir. Bir vak'ada böbrek tümörü şüphesi ile yapılan pyelografi kitlelerin sonunda dalak olduğu ortaya konmuştur (3).

Rektum hastalıklarında özellikle büyük rektal cerrahi müdahalelerden sonra mesanenin parasempatik denervasyonuna bağlı miksiyon bozuklukları sık olarak müşahade edilmektedir. Özellikle rektum kanserinin rezeksiyonundan sonra erkeklerin % 21, kadınların % 29'da nörojenik mesane görülmüştür. Keza kemik pelvisi içi organ operasyonlarından uretral obstrüksiyon ve mesane boynu distorsiyonu post operatif üriner retansiyonda azda olsa diğer bir faktördür (11),

İmperfore anus anomalisinde bazan üriner sistem anomalileri medulla spinalis anomalileri, primer rekto - uretral fistül olabileceği gibi anus konturnatür yapılan vak'alarda anusun kapatılması sırasında pelvik sinirin travması nedeniyle rekto - uretral fistül, uretra darlık ve divertikülleri, epididimit ile rektal stumf gibi kötü sonuçlarla karşılaşılabilir. (12).

Hidronefrotik, polikistik, monokistik böbreklerin splenomegali ve karaciğer kisti olarak mütalâa edilip açıldığı vak'alar mevcuttur.

Değişik teşhisle ameliyat edilen (Karın içi tümörü, safra kesesi ampiyemi portal hipertansiyon) fakat böbrek kisti ve tümörleriyle karşılaşılan vak'alar bildirilmiştir (13).

Hidrosel ve testis tümörleri skrotal hernilerle karıştırılmakta ve müdahale edilmektedir. Nadiren fitik kesesi içinde mesane yaralanıp üriner fistül teecessüs etmektedir (3).

Karın tümörü olarak testis veya genital sistemin lenfatik metastazlarının açıldığı vak'alar eksik değildir.

Herni ameliyatlarında bazan funikulus ve mesane yaralanmaları, testis damarlarının bağlanması sonucu testis atrofileri görülebilmektedir. Damar yaralanmalarına bağlı olarak hematosel meydana gelebilmektedir.

Çeşitli damar hastalıkları için yapılan operasyonlarda sakral 2 - 4 segmentten çıkan parasempatik plexusların harabiyetine bağlı olarak (Endarterektomi, aorto - femoral by - pass, sempatektomi gibi) tam bir seksüel yetmezlik ve bazan Leriche sendromunda olduğu gibi tam bir testis atrofisi sık olarak görülür (14).

Jinekolojik operasyonlarda ise; çoğu defa myomlara yapışık olan ureter myomektomi veya histerektomi esnasında kesilebilir veya bağlanabilir. Preoperatif üriner sistemin tetkiki gerekirse pre-variantif olarak cerrahi travmadan korunmak için ureteral kataterler konulmalıdır (15).

Total histerektomi bazı vak'alarda dizüri pollakiüri ve hakiki stress inkontinansa sebep olabilir. Muhtemel sebebi ise serviks ve bağlarının, mesane bağlarının operasyonda kazaen koparılması ve dolayısı ile mesanenin anatomik pozisyonunun bozulmasıdır. Özellikle stress inkontinansda trigon sahası çok önem taşır, (16, 17). Ligamentum latum operasyonlarında yanlışlıkla ureter kesilebilir veya bağlanabilir aynı operasyonlar esnasında mesane yaralanmaları ve buna bağlı uretero - vaginal ve vesiko - vaginal fistüller meydana gelmektedir (18, 19). Keza forse doğum travmalarında vezikovagi-

nal fistüller sık olarak görülmektedir. Bilateral ureter yaralanması oldukça nadirdir; uterus rüptürü veya kanser histerektomisi sırasında bazanda parietal periton kapatılmasında veyahutta forseps tatbiki ve sezareyen ameliyatları sırasında görülür (20, 21).

Over kisti, over kanseri, ovarium çevresi apsesi operasyonları sırasında ureterler bazan kesilir veya bağlanabilir (9). Ovaryum kanserinde radyasyonu müteakip uretero - kolik fistül, spontan olarak görülebileceği gibi bazanda irradiye pelvisin rezeksiyonundan sonra yanlışlıkla ureterin kesildiği de meydana çıkabilir (22). Büyük jinekolojik operasyonlarda ureter yaralanmaları 1/200 - 1/5000 vak'ada müşahade edilmiştir (19).

Nöroşirürjikal operasyonlarda ise; medulla spinalis ve meningo-myelosel gibi ameliyatlarda % 54 nisbetinde nörojenik mesane husule geldiği belirtilmiştir (3).

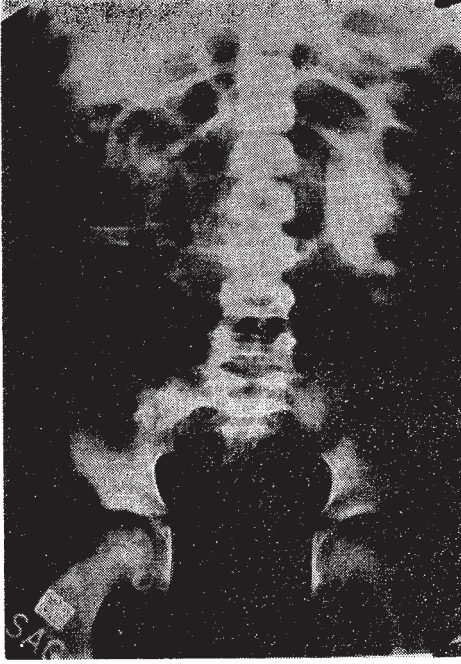
SONUÇ : Bu kötü cerrahi sonuç ve vakalarla meslektaşlarımız süphesiz sık olarak karşılaşmaktadırlar. Konumuzun başında da ifade ettiğimiz gibi iyi fizik ve labaratuvar incelemesi hasta ile tam bir kollabarasyon, ameliyat ve sonucu hakkında hastaların önceden aydınlatılmasında mutlak gerek vardır.

Kliniğimizde de gerek ürolog, gerekse ürologlar dışında kalan diğer cerrahi grubu meslektaşlarımıza ait değişik kötü sonuçlu vak'aları zaman zaman müşahade etmekteyiz. Konuyu tamamlarken bunlardan enteresan bulduğumuz bir vakayı takdim etmeyi uygun gördük.

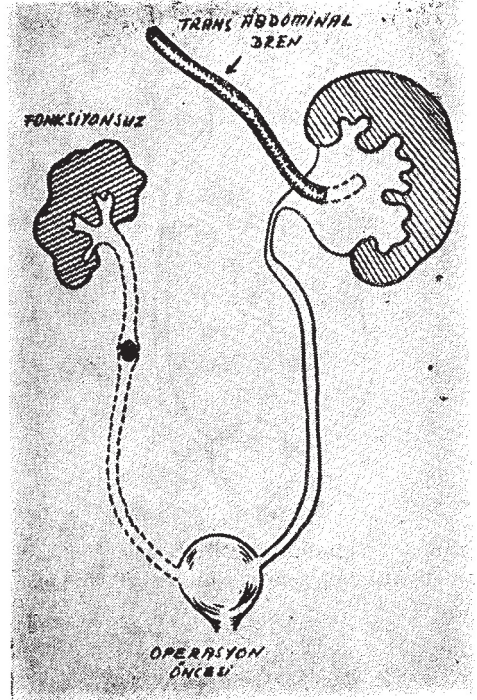
VAK'A : O. U. 11 yaşında Bilecik Gölpazı İlçesinden.

Prot, No : 362/11810 - 1971

Hastalığın gidişi. Altı ay evvel bir travmayı takiben karının sol tarafında bir şişlik olması üzerine Eskişehir hastanelerinin birinde pankreas kisti teşhisi ile paramedian ensizyonla kisti marsupiyalize edilmiş. Ancak konan drenajdan idrar kıvamında devamlı sekresyon gelmesi üzerine Fakültemiz birinci cerrahi servisinde Pankreas fistülü ? teşhisi ile operasyon için yatırılmış. Tarafımızdan yapılan konsültasyon ve akabinde yapılan tetkikler sonucu hastalığın hidronefrotik ekstrarenal durumdaki pelvisin pankreas kisti olarak açılması ve üriner fistül olarak İVP ve fistülografi ile sol epigastrik üriner fistül ve sağ ureter taşı tesbit edilmiş olup hasta üroloji kliniğine nakledilmiştir (Şekil 1 - 2).



Şekil 1 : IVP de sağ üreter taşı ve sol epigastrik üriner fistül.



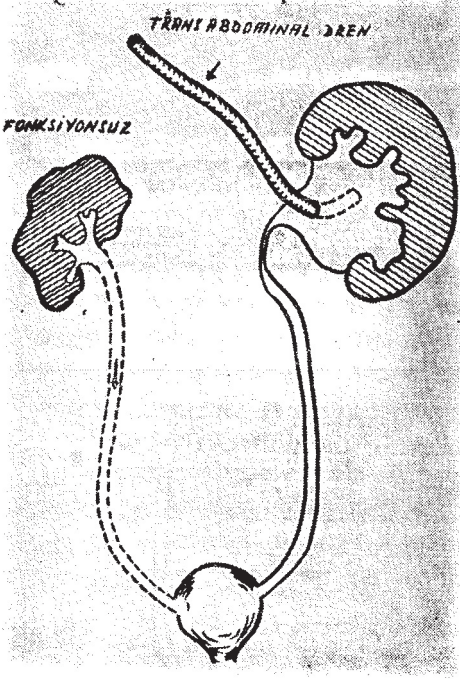
Şekil 2 : Vakamın şematik Görünümü.

Klinik müşahadelerimizde hastanın günde 150 cc. miksiyonel idrar yaptığı ve drenajın (epigastrik) günde 1000 - 1800 cc olduğu (idrar) tesbit edildi. İdrar dansitesinin çok düşük, aşikâr pyuri olması, sedimentasyonun yüksek bulunması ve kan bulgularının normal değerlerde bulunması yanında drenajdan yapılan kültürde E. Coli ürettiği tesbit edildi.

Direkt üriner sistem grafisi ve perfüzyon grafisinde sağ böbrek alt kutbu hizasında üretere rastlayan opasite, solda geniş pelvis ve drenajdan süzme olduğu görülmüş, sintigrafik tetkiklerinde sağ böbrek yokluğu, sol böbrekte aşikâr fonksiyon bozukluğu tesbit edildi. Neticede vak'aya :

— 29.6.1972'de sağ posterior lumbotomi ile sağ üreterolitotomi yapıldı. Genel durum dahada iyileştikten sonra yarası kapalı olarak epigastriumdaki fistül için ikinci müdahaleye gelmek üzere taburcu edildi (Şekil 3).

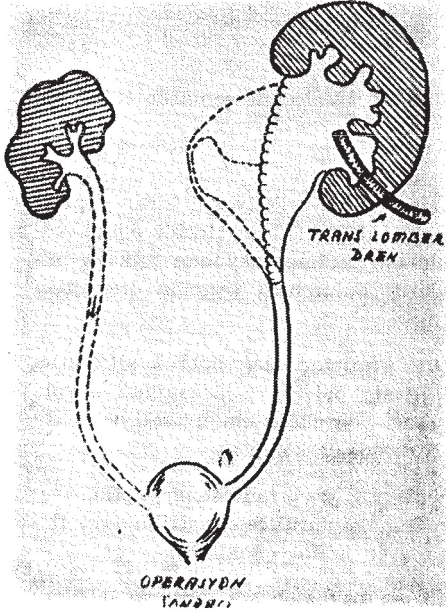
— 12.10.1972 de ikinci operasyon olarak sistoskopide sol üreterin durumu idantifiye edilemediğinden inguinal insizyonla üreter bulunup opak madde zerki ile üreterin seyri radyolojik olarak tesbit edildikten sonra (Şekil 4) sol



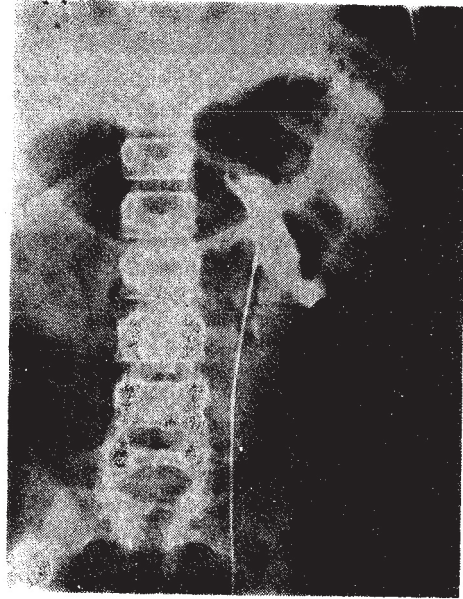
Şekil 3 : Vakanın sağ üreterolitotomi ameliyatından sonra şematik görünümü.



Şekil 4 : İkinci operasyonsa sol üreterin seyrinin radyolojik olarak idantifi- kasyonu



Şekil 5 : Sol Üreteropelvik reanastomoz ve nefrostomi ameliyatının şematik görünümü.

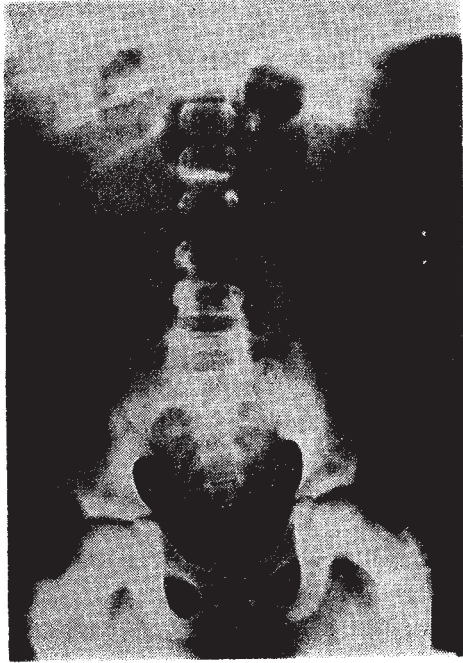


Şekil 6 : Sağ retrograd kateterizasyon, radyolojik görünümü.

üretero - pelvik reanastomoz ameliyesi uygulandı ve nefrostomi yapıldı (Şekil 5).

— II.II.1971 de sol üretere kateter konulup (Şekil 5) 1400 cc idrar drenajı temin edilmesi üzerine nefrostomi drenajı alındı.

— 16.II.1971 de fistulize bölgeden sekresyonun tamamen kesilmesinden sonra üreteral kateter alındı. İki günlük takipte total miksiyonel idrar miktarı 1500 - 1700 cc, Dansite 1004 - 1005 olarak tesbit edildi. Yarası tamamen kapandığından hasta 18.11.1971 de şifa ile taburcu edildi. Kontrola 4 ay sonra geldi. Tamamen normal bulundu. (Şekil 7).



Şekil 7 : Kontrol grafisinin görünümü.

Ö Z E T

Hekim insan olarak hatadan uzak değildir. Ne varki hataları hastasına çeşitli yönden zararlar verdiği taktirde hekim-hasta ilişkileri bozulacak, dolayısı ile hekim için bazen tamiri imkansız kötü sonuçlar doğabilecektir.

Urolojide cerrahi hatalar isimli konumuzu işlerken gerek Urologların gerekse cerrah, jinekolog ve nöroşirürjiyenlerin cerrahi müdahaleler esnasında veya sonunda karşılaşmaları beklenen komplikasyon ve hataları derlemeyi bu konuda meslekdaşlarımız için ufak bir uyarı olması düşüncesi ile hazırladık. Derlememizin sonunda teşhissiz eksplorasyon sonucu transperitoneal olarak teessüs etmiş bir üriner fistül vak'asını ve vak'anın sonuçlarını takdim ettik.

S U M M A R Y

(Surgical Errors in Urology)

The physician, as a human being, is by all means not infallible. However, if his errors harm the patient in many ways, physician-patient relations will be impaired and thus some very undesirable consequences will ensue.

While dealing with our topic entitled «surgical errors in Urology» we thought it would be proper to point to the complications and errors which the Urologist as well as the surgeon, gynecologist and neuro-surgeon may encounter during and after surgical interventions. At the end of this review; a case of urinary fistula which developed transperitoneally as a result of exploration unprecedented by diagnosis, and the consequences were presented.

L I T E R A T Ü R

- 1 — RIESER C.: Malpractice and the Urologist. J.Urol. 82 : 611 - 1959
- 2 — ABOULKER. P. ET HUGUIER M.: Les reintervention Precocese en chirurgie Urologique. J.d'Urol. Et Nephrol. 72 : 177 - 1966
- 3 — THOREK M.: Dangerst and safeguards in operations in the urinary-tract and on the male genitalia. Surgical errors and safeguards. 670 - 1943
- 4 — GLENN J. F, Boyce W. H: Complications of renal surgery. Urologic surgery. 71 - 1969.
- 5 — KILPATRICK F.R: Postoperative rectoprosthatic fistula. Brit. J. Urol. 41 : 600 - 49 1969
- 6 — STRODE W. S.: Unexpected complications of radical prostatectomy The surgical clinic of north America 50 - 387 1970

- 7 — COPENHAUER E. H.: Experiences with cryosurgery of the prostate in the poor risk patient. The surgical clinics of north America 46 : 627 1968
- 8 — FRANK V. R.: Un cas osteite pubienne due aune faute de teshnique chirurgicale operation de perrin. Acta Urologica Belgica 37 : 328 - 1969
- 9 — MOGG R. A.: Unusual Urinary fistula. Brit. J. Urol. 34 : 475 - 1962
- 10 — COLDSMITH H. S.: Nonresectable retroperitoneal tumor in the poor risk patient. The surgical clinics of north America 50 : 1059 - 1970
- 11 — RANKIN J. T.: Urological complications of rectal surgery. Brit. J. Urol. 41 : 655 - 1969
- 12 — Williams I.: Urological complications of inperforate anus. Brit. J. Urol: 41 : 660 - 1969
- 13 — ERASLAN Ş, UZER F, ACARTÜRK S.: Değişik teşhisle ameliyat edilen Böbrek kist ve tümörleri. A. Ü. Tıp. Fak. Mec. xxııı - sayı IV - 1970
- 14 — ABRAMOVİĆ H., SEİZ G. M.: Timor - tritsh. I. And Schramek Ay Male infertility following aortic surgery. international jour. of fertility. 16 - 3 : 144 - 1971
- 15 — COOK W. C.: Urologic complications of obstethrics and gynecology Urol. Survey. 9 : 92 - 1959
- 16 — HANLEY H.: Dilate Urological complications of total hysterectomy Brit. J. Urol. 41 : 682 - 1969
- 17 — SMİTH P. H, Et ATALL : The Urological complications of Wertheim Hysterectomy. Brit. J. Urol. 41 : 685 - 1969
- 18 — KOLESTERHALFEN H.: Methode zum verschluss gossar blasenschei-denfisteln nach hysterectomie. Urol. Inter. 23 : 230 - 1968
- 19 — MACK W. S.: Urological complications of pelvic surgery. Brit. J. Urol. 41 : 641 - 1969
- 20 — Weselowski S.: Bilateral ureteral injuries in gynecology Brit. J. Urol 41 : 666 - 1969
- 21 — LLOYD - DAVIES R. W.: A case of bilateral ureteric obstruction. Following obstethrical trauma. Brit. J. Urol. 41 : 689 - 1969
- 22 — Hadfield G. J.: Urological problems following treatment of ovarium carcinoma. Brit. J. Urol. 41 : 676 - 1969

(Mecmuaya geldiği tarih, 29 Kasım 1972)