

İatrojenik Üreteral Bağlanma

Iatrogenic Urethral Ligation

Neşat Çullu¹, Mehmet Deveer¹, Mehmet Çetinkaya², Hasan Deliktaş²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji

Özet

Üreter yaralanması ve bağlanması nadirdir. Fakat jinekolojik işlemler sırasında ortaya çıkabilir. Üreter yaralanmaları genellikle tek taraflıdır. Tek taraflı üreterlerin sütür ya da klips ile bağlanması fark edilmeden o taraf böbreğin nonfonksiyone olmasına neden olabilir. Üreter bağlanması erken teşhis edilirse, komplikasyonlar erken tedavi edilebilir. Biz bu olguda, postoperatif sessiz seyreden üreteral bağlanmalı 55 yaşındaki hastanın ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi bulgularını sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Üreter, yaralanma, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi

Abstract

Injury and ligation of the ureter is rare. However, it may occur during gynaecological procedures. Urethral injuries are generally on one side. If ligation is not noticed with sutures or clips on one side, it may cause malfunctioning of the kidney on that side. If urethral ligation is diagnosed early, complications can be treated early. The ultrasonography and computerised tomography findings are presented here of a 55-year old patient with urethral ligation which had taken a silent postoperative course.

Keywords: Ureter, injury, ultrasonography, computed tomography

Giriş

Üreter yaralanmaları ve bağlanması nadir olmakla beraber jinekolojik işlemler sırasında ortaya çıkabilir. Laparoskopik ve robotik pelvik cerrahi işlemlerin artması ile beraber üreter yaralanmaları daha sık görülmektedir.¹ Üreter hasarlarının büyük bir bölümü distal üreterde ve genellikle sütürle bağlanma sonucu oluşur. Üreter yaralanmaları genellikle tek taraflı olmakla beraber yaklaşık %10'u iki taraflıdır ve anüri ile sonuçlanır.² Üreter yaralanmalı olgularda uygulanabilecek tedavi seçenekleri endoskopik üreteral stent uygulaması, perkütan drenaj ve açık cerrahi (sütürün açılması veya tamir, üreteroneostomi, transüreteroüreterostomi ve nefrektomi) olarak bildirilmiştir.² Tek taraflı üreterlerin sütür ya da klips ile bağlanması farkedilmeden o taraf böbreğin nonfonksiyone olmasına neden olabilir. Bu açıdan üreter yaralanmalarının erken teşhis edilip oluşabilecek komplikasyonların erken tedavi edilmesi gerekir. Bu olguda, üreter ve mesaneye yönelik cerrahi yaralanmaların tespitinde, postoperatif taburculuk öncesi

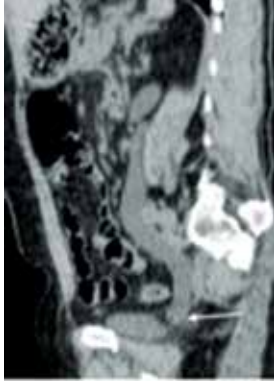
ultrasonografinin gerekliliği vurgulanılmıştır.

Olgu

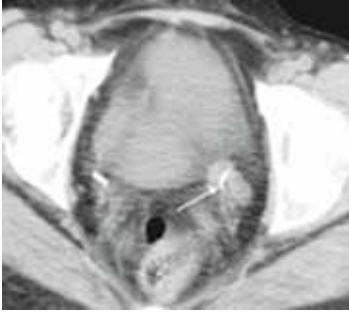
55 yaşındaki kadın hastamız, 1 yıl önce aşırı vajinal kanama nedeni ile açık total histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu geçirmiştir. 1 yıl sonra rutin kontroller sırasındaki üriner ultrasonografide sol böbrekte grade 2 hidronefroz ve atrofi izlenmiştir. Bu durumu açıklayacak ultrasonografik bir patoloji bulunmaması üzerine taşaya yönelik kontrastsız batın BT tetkiki yapılmıştır. Batın BT tetkikinde, sol böbrekte atrofi, grade 2 hidronefroza ek olarak sol distal üreterde metalik klips ile bağlanma izlenmiştir (Resim 1, 2, 3). Böbrek fonksiyon testlerinde üre ve kreatinin değerleri normal olan hastamıza intravenöz pyelografi (Resim 4) ve sintigrafi incelemeleri yapılmıştır. Bu tetkiklerde sol böbrek nonfonksiyone olup sağ böbrekte kompensatris hipertrofi mevcuttur. Sol böbreğin fonksiyonun olmaması nedeni ile sol distal üreterdeki bağlanmaya herhangi bir işlem yapılmamıştır. Hastamız kontrole çağrılmak üzere taburcu edilmiştir.



Resim 1. Aksiyel kontrastsız BT görüntüsünde, sol böbrek pelvikaliksiyel sisteminde grade 4 hidronefroz ve sol böbrekte atrofi mevcuttur.



Resim 2. Reformat sagittal BT görüntüsünde, sol üreterde tüm seyri boyunca distal üretere kadar devam eden dilatasyon izlenmiştir.



Resim 3. Aksiyel kontrastsız BT görüntüsünde, sol distal üreterde metalik klips ile bağlanma mevcuttur.



Resim 4. 30. dakika İVP görüntüsünde, sol böbrek fonksiyona girmemiştir.

Tartışma

Üriner sistem organlarının birçok organ ile yakın yerleşimli olması nedeni ile abdominopelvik cerrahilerde özellikle de jinekolojik, obstetrik, ürolojik ve genel cerrahilerde üreter büyük risk altındadır.³ Bu tür cerrahi girişimlerde üreter yaralanma sıklığı % 0,5-10 olmasına rağmen, bizim vakamızda olduğu gibi sessiz seyreden olgularda düşünüldüğünde bu oran artmaktadır.³ Ayrıca kanser, endometriozis, yapışıklıklarda ve kanama gibi daha komplike ve zor durumlarda bu oran daha da artmaktadır.⁴ İatrojenik üreter yaralanması günümüzde hala yaygındır. Yaralanma riskini azaltmak için yeterli preoperatif cerrahi hazırlanma ve ürogenital anatominin iyi bilinmesi önemlidir.^{5,6} Vakamızda açık total histerektomi ve bilateral salpingoofektomi operasyonu yapılmıştır. Hastamızda operasyon sırasında kullanılan klips materyali ile sol distal üreter bağlanmıştır. Tanı intraoperatif konulabileceği gibi postoperatif bel ağrısı, ateş, fistül ve spesifik olmayan bulgular da düşünülmelidir. Üreter yaralanmasından şüphelenildiğinde yapılacak olan ilk tetkik intravenöz ürografi ya da ultrasonografidir. Sistoskopi ve retrograd piyelografi de mutlaka yapılmalıdır.⁷ Vakamızda, bir yıl boyunca ara ara bel ağrıları olup yaklaşık bir yıl sonra yapılan abdominal USG'de sol böbrekte atrofi ve grade 4 hidroüreteronefroz saptandı. Etiyolojiyi aydınlatmak için yapılan kontrastsız batin BT'de, distal üreterde klipse bağlı üreter bağlanması saptandı. Tanının erken konulması gelişebilecek komplikasyonları önlemek açısından önemlidir. Üreter yaralanma tipleri içerisinde bağlanma, ezilme, yırtılma, kopma, gerilme ve devaskülerizasyon vardır.⁴ Bizim olgumuzda üreter bağlanması, klinik ve laboratuvar bulgusu vermeden sessiz seyreterek sol böbreğin fonksiyon kaybı ile sonuçlanmıştır.

Biz bu olguda, pelvik cerrahi geçirmiş hastalarda postoperatif sessiz seyreden üreter yaralanmalarının tespitinde taburculuk öncesinde ultrasonografik kontrolün gerekliliğini vurgulamak istedik.

Kaynaklar

1. Kalisvaart JF, Finley DS, Ornstein DK. Robotic-assisted repair of iatrogenic ureteral ligation following robotic-assisted hysterectomy. *JLS* 2008;12:414-416.
2. Seçkin B, Aydur E, Başal Ş, Kibar Y, İrkılata HC, Peker AF. Jinekolojik cerrahi sırasında iyatrojenik olarak sütürlerle iki taraflı bağlanan üreterlerin endoskopik yolla serbestleştirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007;49:178-180.
3. Al-Awadi K, Kehinde EO, Al-Hunayan A, Al-Khayat A. Iatrogenic ureteric injuries: Incidence, aetiological factors and the effect of early management on subsequent outcome. *International Urology and Nephrology* 2005;37:235-241.
4. Drake MJ, Noble JG. Ureterictrauma in gynecologic surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9:108-117.
5. Obarisiagbon EO, Olagbuji BN, Onuora VC, Oguike TC, Ande AB. Iatrogenic urological injuries complicating obstetric and gynaecological procedures. *Singapore Med J* 2011;52:738-741.
6. El-Tabey N, Ali-El-Dein B, Shaaban AA, El-Kappany H, Mokhtar A, El-Azab M, et al. Urological trauma after gynecological and obstetric surgeries. *Scand J Urol Nephrol* 2006;40:225-231.
7. Ghali AM, El Malik EM, Ibrahim AI, Ismail G, Rashid M. Ureteric injuries: diagnosis, management, and outcome. *J Trauma* 1999;46:150-158.

Yazışma Adresi / Correspondence

Dr. Neşat Çullu

E-posta: nesatcullu77@gmail.com

Geliş Tarihi: 17.08.2013

Kabul Tarihi: 07.11.2013