

Yard. Doç. Dr. Fikret ERDEMİR*
Doç. Dr. Bekir Süha PARLAKTAŞ*
Doç. Dr. Ayhan KAYAOĞLU **
Yard. Doç. Dr. Ömer Faik ERSOY**
Yard. Doç. Dr. Namık ÖZKAN**
Yard. Doç. Dr. Nihat ULUOCAK *

İletişim (Correspondance)

Fikret ERDEMİR
Yeşilirmak Mah. Bosna Cad. Sok. No : 7,
Mollaoğulları Apt. K : 2 D : 3
60100/TOKAT

Tel: +356 213344
e-mail: fikreterdemir@mynet.com
fikreterdemir2003@yahoo.com

* Üroloji A.D.
GOÜ

** Genel Cerrahi A.D.
GOÜ

RESEARCH

THE EXTRACTION OF NON-FUNCTIONING KIDNEY AND GALLBLADDER STONES WITH FLANK INCISION AT ONE STAGE

ABSTRACT

A non-functioning kidney may result due to various extraluminal and intraluminal causes. Usually, the indications for simple nephrectomy are trauma, non-functioning kidney associated with hypertension, nephrolithiasis, or a severe infectious process that cannot be cleared medically. The gall stones are the most seen pathology in gall bladder. In routine practice, gallbladder stones and kidney pathologies are treated independently at two stages. In this report, a patient with gallbladder stones and non-functioning kidney treated at one stage procedure by nephrectomy and cholecystectomy is presented.

Key Words: Non-functioning kidney, gallbladder stone, flank incision, nephrectomy, cholecystectomy

ARAŞTIRMA

FLANK İNSİZYON İLE FONKSİYON GÖRMİYEN BÖBREK VE SAFRA KESESİ TAŞLARININ BİRLİKTE ÇIKARTILMASI

ÖZET

İşlev görmeyen böbrek üriner sistemde lümen içinden ya da lümen dışından kaynaklanan nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir. Nefrektomi sıklıkla travmaya ikincil ya da infeksiyon, üriner sistem taşı ve hipertansiyona bağlı işlev görmeyen böbrek nedeniyle yapılmaktadır. Safra taşları safra kesesinde en sık görülen patolojidir. Pratikte safra kesesi taşları ve işlev görmeyen böbrek bozukluğu olan hastalar iki ayrı seansta tedavi edilmektedirler. Bu çalışmada safra kesesi taşları ile işlev görmeyen böbrek rahatsızlığı nedeni ile tek seansta nefrektomi ve kolesistektomi operasyonu yapılan bir hasta sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İşlev görmeyen böbrek, safra taşı, flank insizyon, nefrektomi, kolesistektomi

Giriş

Üriner sistem taş hastalığı, idrar yolu infeksiyonları ve prostat hastalıkları ile beraber en sık görülen patolojilerden birisidir¹. Toplumların %5'ini etkileyen taş hastalığı bulunduğu lokalizasyonun proksimalinde obstrüksiyona ikincil olarak dilatasyona yol açıp böbreğin işlev kaybına neden olabilmektedir². Üst üriner sistemde bulunan taşlarda yan ağrısı, hematuri ve ateş gibi tipik yakınmalar hastaların tamamında olmayabilir. Buna bağlı olarak hastalık uzun süre asemptomatik olarak seyredip tesadüfen başka amaçlarla yapılan ultrasonografi(US) ya da diğer radyolojik tetkiklerle ortaya konulabilir^{1,2}.

Safra kesesinde en sık görülen patolojiler safra kesesi taşlarıdır³. Safra kesesi taşlarına çoğunlukla 5. ve 6. dekatlarda rastlanır ve yaşamı tehdit edici infeksiyonlara zemin hazırlayan patolojiler olarak bilinmektedirler³. Pratikte safra kesesi taşları ile böbrek patolojilerinin birlikte görüldüğü olgulara yapılması düşünülen cerrahi müdahaleler genellikle ayrı seanslar halinde lomberotomi ve transperitoneal insizyonlar ile olmaktadır. Literatürde böbrek tümörleri ile safra kesesi taşlarının birlikte görülebildiği olgulara tek seansta cerrahi girişim yapıldığının bildirilmesine rağmen bizim bilgilerimize göre işlev görmeyen böbrek ile safra kesesi taşlarının birlikte olduğu olguda tek seansta her iki patolojiye aynı insizyonla yapılan cerrahi girişim bildirilmemiştir⁴.

Burada proksimal üreter taşına bağlı olarak gelişen sağ non-fonksiyone böbrek nedeniyle yapılan nefrektomi sırasında, aynı seansta kolelitiazis nedeniyle kolesistektomi operasyonu da yapılan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

75 yaşında kadın hasta yaklaşık 10 yıldır devam eden ve son bir aydır giderek artan sağ yan ağrısı, yüksek ateş, bulantı ve kusma yakınmaları ile üroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünde son 1 yıldır özellikle yemek yedikten sonra zaman zaman bulantı ve karın ağrısı şikayetlerinin olduğu, 15 yıldır tip 1 diyabetes mellitus ve yaklaşık 5 yıldır da kalp yetmezliği nedeni ile dahiliye ve kardiyoloji kliniklerinde takip edildiği anlaşıldı. Yapılan fizik muayenede sağ üst kadranda derin palpasyonla hassasiyet ve sağ kostovertebral açı hassasiyeti saptandı. Ateşi 38.2°C olan hastada yapılan laboratuvar inceleme lökosit

13.500, kan şekeri 375 g/dl, kreatinin: 1.2 mg/dL ve BUN 23 mg/dL haricinde normaldi. Direk üriner sistem grafisinde sağ böbrek lokalizasyonuna uyan kısımda yaklaşık 1x1 cm ve safra kesesi lokalizasyonuna uyan bölgede ise en büyüğü 1x1 cm olmak üzere multipl taşlarla uyumlu görünüm tespit edildi. Tam idrar tetkikinde 20-30 eritrosit ve bol lökosit saptanan hastaya tüm batın US yapıldı. US'de safra kesesinde multiple taşlar saptanırken sağ böbrekte grade IV dilatasyon görünümü tespit edildi. Bilgisayarlı Tomografi (BT) tetkiki sağ böbrekteki hidronefrozu doğrularken diğer üriner yapıların normal olduğu anlaşıldı. Ayrıca safra kesesinde de taşları olduğu görüldü (Resim 1). Hasta kliniğimize yatırılarak hidrasyon ve seftriakson 2x1 gr İV antibiyotik tedavisi başlandı ve 1 haftalık tedavinin ardından Üroloji ve Genel Cerrahi klinikleri ile eş zamanlı olarak opere edilmesine karar verildi. Sağ lomberotomi pozisyonunda flank insizyonla girilerek periton medialize edildi ve böbreğe ulaşıldı. Böbrek dilate, çevre dokulara ileri derecede yapışık ve sert olup tümörü düşündürmekteydi. Nefrektominin tamamlanmasını takiben periton açılarak safra kesesi lojuna ulaşıldı (Resim 2a ve 2b). Kese pozisyonel zorluk nedeniyle fundoduktal olarak dissekte edildi. Daha sonra hepatoduodenal ligament takip edilerek duktus sistikus koledok bileşkesi görüldü ve sistik kanal ve sonrasında sistik arter bağlanıp kesildi. Safra kesesi açıldığında çok sayıda kalkül olduğu görüldü (Resim 3). Histopatolojik incelemede böbrek patolojisinin kronik pyelonefrit, safra kesesi patolojisinin ise kronik kolesistit ile uyumlu olduğu rapor edildi.

Resim 1: Bilgisayarlı tomografi incelemesinde, işlev görmeyen sağ böbrek ve safra kesesi taşları görülmektedir.



Resim 2: 2a ve 2b. Operasyon sırasındaki nefrektomi alanı ile safra kesesi görülmektedir.



Resim 3: Safra kesesi taşlarının görünümü



TARTIŞMA

Üriner sistemde obstrüksiyonlar, böbrek, üreter, mesane ve Üretra gibi çeşitli seviyelerde dışarıdan bası ya da lümen içerisinden kaynaklanan doğumsal ve edinsel nedenlerden dolayı meydana gelebilmektedir⁵. Bu nedenler arasında üreteropelvik bileşke darlığı, taşlar, pıhtılar, konnektif doku artıkları, üriner sistemden kaynaklanan tümörler ve valvler lümen içinde darlığa neden olurken retroperitoneal fibrozis, geniş lenf nodu basıları, retroperitoneal bölgedeki dıştan bası yapan tümörler ve abdominal aort anevrizması gibi patolojiler dışarıdan bası yaparak üriner sistemde hidroüreteronefroza neden olabilmektedirler⁶.

Supravezikal obstrüksiyonun renal fonksiyonlar üzerine olan etkisi, obstrüksiyonun şiddetine, süresine ve enfeksiyonun bulunup bulunmamasına göre değişmektedir⁶. Üreterlerde olan direnç artışı obstrüksiyonun proksimalinde volüm ve basınç artışı ile birlikte renal kan akımının azalmasına neden olup hücresel atrofi ve nekrozla sonuçlanabilmektedir⁵. Böylece oluşan progresif dilatasyon ve böbrek harabiyeti, hidronefroz gelişimine neden olur. Böbrekteki patoloji özellikle obstrüksiyonun 28. gününden sonra belirgin hale gelmektedir. Obstrüksiyon ne kadar proksimalde ise böbrek üzerine olan etkileri de o kadar fazla olmaktadır^{5,6}. Böbrek parankim kalınlığı 4-6 mm olunca obstrüksiyon giderilse bile böbrek fonksiyonları eskisi gibi olmayacaktır. Üriner obstrüksiyonlar ağrı, volüm bozuklukları, miksiyon bozuklukları, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, böbrek yetmezliği, hematüri, kitle bulgusu, hipertansiyon ve metabolik değişiklikler gibi yakınmalarla kendini gösterirler. Nadiren, hidronefroz klinik olarak semptom verdiğinde, hastamızda olduğu gibi böbrek fonksiyonları kaybolmuş olabilir⁵.

Safra kesesinde en sık görülen patolojiler taş oluşumu ve iltihabi hastalıklardır³. Safra kesesi taşları günümüzde radyolojik yöntemlerin yaygınlaşması ve kolay uygulanabilirlikleri nedeni ile sıklıkla semptom oluşturmadan başka nedenler ile yapılan radyolojik değerlendirmeler sırasında da tanılabilmektedir³. Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar safra taşı bulunan hastaların %80'inin asemptomatik olduğunu göstermiştir⁷. Bununla birlikte safra kesesi taşları tedavi edilmediğinde biliyer kolik, akut kolesistit, kronik kolesistit, mukosel, koledokolelitiazis, safra taşı ileusu ve safra kesesi karsinomu gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir⁸. Hastalarda en sık semptom çalışmamızdaki hastada olduğu gibi

sağ üst kadranda ağrıdır. Safra taşları saf kolesterol, pigment ve mikst taşlar olmak üzere 3 tiptir. En sık karşılaşılan taşlar hastamızda olduğu gibi mikst taşlardır⁷. Ülkemizde kesin istatistik veriler olmamakla birlikte safra kesesi taşları ve komplikasyonları ile ilgili cerrahi uygulamalar ön sıralarda yer almaktadır. Etiyolojide obezite, safra kesesi stazı ve kontraktilitede azalma ileri sürülmektedir. Safra kesesi taşları özellikle diyabetik hastalarda gelişen komplikasyonlar sonucu mortalite riskinin fazla olabilmesi nedeni ile önem teşkil etmektedirler³.

Böbrek ve safra kesesinin birlikte görülen patolojileri daha çok böbrek hücreli kanser ve safra kesesi taşları şeklindedir⁴. Literatürde nadiren de olsa böbrek hücreli kanserin safra kesesine metastazları bildirilmiştir⁹. Yalnızca bir olguda ise böbrek hücreli tümör ile primer safra kesesi adenokarsinomu bildirilmiştir¹⁰. Safra kesesi taşları ve böbrek patolojilerinin birlikte görüldüğü olgularda geleneksel yaklaşım iki patolojinin ayrı seanlarda böbrek patolojisi için flank insizyon ve safra kesesi patolojisi için de laparoskopik ya da transperitoneal yaklaşım yapılarak tedavi edilmesi şeklindedir. Bundan başka böbrek ve safra kesesindeki cerrahi hastalıklar tek seansta böbrek hücreli kanserin safraya metastazlarında olduğu gibi transperitoneal yaklaşımla da tedavi edilebilirler^{4, 9}. Çalışmamızdaki hastada proksimal üreter taşına bağlı olarak gelişen işlev görmeyen böbreğe ilave olarak safra kesesi taşları bulunmaktaydı. Nefrektomi planlanan hastanın safra kesesindeki taşlarının ayrı bir seansta alınması düşünüldüyse de diyabetes mellitus ve kardiyak problemlerinin anestezi değerlendirmeleri sonucu operasyon için orta-yüksek riskli bulunması dolayısı ile aynı seansta tedavi edilmesi düşünüldü. Buna bağlı olarak subkostal insizyon ile hem nefrektomi hem de kolesistektomi operasyonları yapıldı.

Sonuç olarak safra kesesi taşları ve böbrekteki patolojilerde cerrahi yaklaşımlar genellikle ayrı seanlarda iki ayrı insizyon ile yapılabilmesine rağmen özellikle operasyonun kaçınılmaz olduğu ve komorbiditesi yüksek olan hastalarda ikinci cerrahi girişimin oluşturacağı riskleri azaltmak amacı ile tek seansta flank insizyon ile hem safra kesesi patolojisi hem de sağ böbrek patolojisinin giderilebileceğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Özkeçeli R, Atar N. Üriner sistem taş hastalığı. Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N (editörler). Temel üroloji kitabı. 1. Baskı. Ankara. Güneş yayınevi. 2006, 621-631.
2. Tiselius HG. Epidemiology and medical management of stone disease. BJU Int 2003; 91: 758-767.
3. Shaffer EA. Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006; 20: 981-996.
4. Pushkar' D, Kan I, Gumin LM. Combination surgery in radical nephrectomy. Urologia 2003; 18-20.
5. McDougal WS, Kerr WS. Obstructive uropathy. Curr Opin Urol. 1999; 9:107-109.
6. Küpeli S, Küpeli B. Üriner obstrüksiyonlar. Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N (editörler). Temel üroloji kitabı. 1. Baskı. Ankara. Güneş yayınevi. 2006, 283-301.
7. Freitas ML, Bell RL, Duffy AJ. Choledocholithiasis: evolving standards for diagnosis and management. World J Gastroenterol 2006; 12: 3162-3167.
8. Caddy GR, Tham TC. Gallstone disease: Symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006; 20: 1085-1101.
9. Coskun F, Cetinkaya M, Cengiz O, Adsan O, Kulacoglu S, Eroglu A. Metastatic carcinoma of the gallbladder due to renal cell carcinoma in the ectopic kidney. Acta Chir Belg 1995; 95: 56-58.
10. Martin MJC, Moreno BHJ, Revuelta SE, Poblet ME, Sanchez MM. Synchronous and primary adenocarcinoma: renal tumor and gallbladder incidentaloma. Arch Esp Urol 2002; 55: 439-441.