

Bölüm 69

BÖBREK TAŞINDA TANI VE CERRAHİ TEDAVİ

Mustafa KARABIÇAK¹

Hakan TÜRK²

A. BÖBREK TAŞINDA TANI

1. Anamnez ve Klinik Bulgular

Üriner sistem taş hastalığının tanısı iyi bir anamnez, laboratuvar ve radyolojik yöntemlerden yararlanılarak konulabilir. Künt ya da kolik tarzında lomber ağrı, hematüri, bazen ilaveten ateş, bulantı, kusma gibi şikayetlerle başvuran bir hastada üriner sistem taş hastalığı olasılığı akla gelmelidir. Akut batına sebebi olabilecek akut apandisit, divertikülit, kolesistit, pankreatit, ileus, renal arter embolisi, abdominal aort anevrizması, ektopik gebelik, over torsiyonu ve endometriyozis gibi patolojiler ayırıcı tanıda akla getirilmelidir.

Anamnezde, hastanın şikayetleri dışında kapsamlı bazı özellikleri de sorgulanmalıdır. Taş hastalığı olan hastaların yaklaşık %50 'sinde ömür boyu en az bir kere nükse rastlanabildiği belirtilmiştir. Ailede taş hastalığı olanlar normal bireylere göre 2.5 kat daha fazla risk altındadır. Bu sebeple daha önceye ait taş öyküsü, aile bireylerinde taş öyküsü sorgulanmalıdır. Dağlık bölgeler, çöller ve tropik bölgelerde sıcak ve kuru iklim koşulları nedeniyle daha yüksek üriner sistem taş hastalığı prevalansı gözlenir. Sıvı alımının artması ile idrar dilüe olmakta ve taş oluşumu azalmaktadır. Az tuzlu diyet uygulamak ve hayvansal protein alımının azaltılmasında taş oluşumunu azaltmaktadır. Bu sebeple hastanın diyetteki alışkanlıkları, sıvı alımı miktarı, yaşadığı iklim ve ortam sorgulanmalıdır. Taş oluşumuna yatkınlık sağlayan genetik geçişli hastalıklar (sistinüri, renal tübüler asidoz, ksantinüri, primer hiperokzalüri) ve metabolik hastalıklar (hiperparatiroidizm, gastrointestinal hastalıklar, gut) sorgulanmalıdır.

Böbrek taşından şüphelenilen her hastanın değerlendirilmesinde ayrıntılı bir fizik muayene önemli bir yer tutar. Üriner sistem taş hastalığı semptomları nonspesifik ve asemptomatik olabilir. En sık bulgu ağrıdır ve genellikle kolik ağrı şeklindedir. Akut renal kolik geçiren hastada ağrı tipik olarak şiddetlidir, postüral değişiklik ile geçmez. Renal koliğin sistemik bileşenleri taşikardi, terleme ve sıklıkla bulantıdır. Fizik muayenede kostovertebral açığı hassasiyeti, palpasyonla hidronefrotik bir böbreğin ya da perinefritik bir apsenin palpe edilmesi böbrek taşını düşündürülebilir.

Böbrek taşı hastalarında tam idrar tetkikinde hematüri, enfeksiyonu varsa pyüri de görülür. İdrar analizinde pyüri görülen hastalarda bakteriyolojik analiz (kültür+antibiyoqram) endikedir. Böbreklerin

1 Mustafa Karabiçak, Batman Bölge Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, bicak_7@hotmail.com

2 Hakan Türk, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, hkntkr000@hotmail.com

azında böbrek pelvisi ve üreter yırtılması görülür. Açık cerrahiye geçiş nadiren görülür. Eğer organomegali yoksa, PNL ile dalak ve karaciğerin yaralanması nadir görülen bir durumdur. Dalağın perforate veya lasere olduğu durumlarda genellikle splenektomiyle sonuçlanacak derecede kanama meydana gelir ve cerrahi eksplorasyon gerekir. Karaciğer yaralanmalarında ise tedavi konservatiftir ve nadiren cerrahi eksplorasyon gerekir. PNL için ölüm oranı %0.046 ve %0.3'tür. Suprakostal giriş yapıldığında, drenaj gerektiren pnömotoraks, hemotoraks oranı % 4-12'dir (17).

4. Açık Cerrahi

Günümüzde, üriner sistem taş hastalığının tedavisinde açık cerrahi giderek daha az uygulanan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Büyük merkezlerde, açık cerrahi oranının %1-4 arasında değiştiği bildirilmiştir. Açık cerrahinin en sık uygulama alanları ise başarısız endoürolojik girişimler ve kabul edilebilecek sürede veya tekrarda taşın endoürolojik yöntemlerle temizlenebileceği düşünülmeyen kompleks olgular olmaktadır. Üreteropelvik bileşke darlığı, taş yükünün fazla olduğu kompleks taşlar, fonksiyon göstermeyen böbrek veya böbrek polü, büyük taş içeren obstruktif, özellikle anterior yerleşimli kalisiyel divertikül taşı açık böbrek cerrahisinde diğer endikasyon alanlarını oluşturmaktadır.

5. Laparoskopik cerrahi

Laparoskopi, özellikle pelvik veya atnalı böbreklerde yardımcı olabilmektedir. Böbrek taşında laparoskopik cerrahi için endikasyonlar: Kompleks taş yükü, önceki ESWL veya endoürolojik girişimlerdeki başarısızlık, anatomik anomaliler, morbid obezite, nefrektomi gerektiren non-fonksiyone böbrek olarak sayılabilir.

KAYNAKÇA

1. Ng, CF. et al (2012). A prospective, randomized study of the clinical effects of shock wave delivery for unilateral kidney stones: 60 versus 120 shocks per minute. *J Urol*, 188(3), 837-842.
2. Skolarikos, A. et al (2006). Extracorporeal shock wave lithotripsy 25 years later: complications and their prevention. *Eur Urol*, 50(5), 981-990.
3. Muller-Mattheis, VG. et al (1991). Bacteremia during extracorporeal shock wave lithotripsy of renal calculi. *J Urol*, 146(3), 733-736.
4. Maker, V. et al (2004). Gastrointestinal injury secondary to extracorporeal shock wave lithotripsy: a review of the literature since its inception. *J Am Coll Surg*, 198(1),128-135.
5. Huffman, JL. et al (1983). Extending cystoscopic techniques into the ureter and renal pelvis. Experience with ureteroscopy and pyeloscopy. *JAMA*, 250(15), 2002-2005.
6. Fuchs, GJ. et al (1990). Flexible endoscopy of the upper urinary tract. A new minimally invasive method for diagnosis and treatment. *Urology* 29(6), 313-320.
7. Grasso, M. et al (1998). Retrograde ureteropyeloscopic treatment of 2 cm or greater upper urinary tract and minor staghorn calculi. *J Urol*, 160(2), 346-351.
8. Ozturk, U. et al (2013). Comparison of percutaneous nephrolithotomy, shock wave lithotripsy, and retrograde intrarenal surgery for lower pole renal calculi 10-20 mm. *Urol Int*, 91(3), 345-349.
9. Akman, T. et al (2012). Comparison of percutaneous nephrolithotomy and retrograde flexible nephrolithotripsy for the management of 2-4 cm stones: a matched-pair analysis. *BJU Int*, 109(9),1384-1389.
10. Aboumarzouk, OM. et al (2012). Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for stones > 2 cm: a systematic review and meta-analysis. *J Endourol*,26(10),1257-1263.
11. Casey, WC. et al (1955). Percutaneous antegrade pyelography and hydronephrosis; direct, intrapelvic injection of urographic contrast material to secure a pyeloureterogram after percutaneous needle puncture and aspiration of hydronephrosis. *J Urol*, 74(1), 164-173.
12. Fernstrom, I. et al (1976). Percutaneous pyelolithotomy. A new extraction technique. *Scand J Urol Nephrol*, 10(3), 257-259.
13. Arslan, M. et al (1987). Percutaneous ultrasonic lithotripsy. *Turk J Urol*, 13(2), 231-232.
14. Özçift, B. et al (2013). Perkütan nefrolitotomide balon ve amplatz dilatatorlerin karşılaştırılması: Retrospektif değerlendirme. *Türk Üroloji Dergisi*, 39(4), 226-231.
15. Li, Y. et al (2013). One-shot versus gradual dilation technique for tract creation in percutaneous nephrolithotomy: a systematic review and meta-analysis. *Urolithiasis*, 41(5), 443-448.
16. Karakan, T. et al (2013). Comparison of ultrasonic and pneumatic intracorporeal lithotripsy techniques during percutaneous nephrolithotomy. *ScientificWorldJournal*, 60, 43-61.
17. Lee, WJ. et al (1987). Complications of percutaneous nephrolithotomy. *AJR Am J Roentgenol*, 148(1), 177-180.