

Ürolojik cerrahi geçiren her yaş grubunda hasta olmasına rağmen; büyük kısmının geriatrik hasta olması nedeniyle bu cerrahiler ayrı bir öneme sahiptir.

Ürolojik girişimlerde açık cerrahi, endoskopik işlemler, ekstrakorporeal şok dalga (ESWL) uygulamaları ve laporoskopik işlemler gibi birçok farklı cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Anestezide; sedasyon, genel anestezi, rejyonal anestezi veya bunların birlikteği uygulanabilmektedir. Rejyonal anestezide ise en sık spinal anestezi tercih edilir.^{1,2,3}

SİSTOSKOPI

Preoperatif özellikler: Sistoskopi ürolojinin en sık uyguladığı girişimdir. Tanı ve tedavi amaçlı kullanılan bir yöntemdir. En sık hematüri, üriner enfeksiyonlar, mesane biyopsisi ve tümör rezeksiyonu, böbrek üreter ve mesane taşları çıkarılması ile stent veya lazer uygulanması gibi yöntemlerde kullanılır. Her yaş grubunu içeren bir girişim olduğundan rutin preoperatif anestezi değerlendirmesi yeterlidir.

Anestezi: Hastanın rutin monitörizasyonu yeterlidir. Tercih edilecek anestezi yöntemi hastanın yaşına ve cinsiyetine eşlik eden sistemik hastalığa göre tercih edilir. Tanısal amaçlı girişimlerde sedasyon veya topikal anestezi yeterli olurken; çocuklarda genel anestezi, erişkinlerde ise spinal anestezi daha çok tercih edilir. Uygulanan anestezi sonrası hastaya litotomi pozisyonu verilerek işlem başlanır. Hasta litotomi pozisyonunda iken bacakların ani indirilmesine bağlı olarak ani hipotansiyon riski vardır. Bu nedenle bacaklar indirildikten hemen sonra kan basıncı ölçülmelidir.

Litotomi pozisyonu: Ürolojik ve jinekolojik girişimlerde en sık uygulanan pozisyonlardan biridir. Bacağa pozisyon verirken ani hareketlerden kaçınılmalıdır ve

NEFREKTOMİ

Böbrek tümörlerinde, non fonksiyone böbrekte (hipertansiyon, sık enfeksiyon, yoğun taş) uygulanır. Genel anestezi tercih edilir. Hasta lateral dekübit pozisyona alınır. Ameliyata büyük vasküler yapılara yakın çalışılması ve böbreğin vasküler yapısını yoğun olması dolayı invaziv arter ölçümü ve santral venöz kateterizasyon gerekir. Postoperatif analjezi için epidural anejezi veya intravenöz analjezi tercih edilebilir.

EKSTRAKORPORAL ŞOK DALGASI İLE LİTOTRİPSİ

Vücut dışından vücuda verilen şok dalgaları ile taşların kırılıp küçültmesi esasına dayanır. Yüksek şiddete şok dalgaları hastaların dayanamayacağı ağırlara neden olduğu için sedo-analjezi veya rejyonal anestezi uygulanır. Daha çok bu hastalarda sedo analjezi tercih edilir. Sedo-analjezide propofol, midazolam ve opioid uygulanır. Kardiyak aritmi ve kalp pili olan hastalarda aritmi açısında dikkatli olmak gerekir.⁷

Kaynaklar

1. Prof.Dr.Zeynep Kayhan Klinik Anestezi Logos yayıncılık Mayıs 2004 s 398-401
2. Morgan & Mikhail's Klinik Anestezyoloji. 5.baskı McGraw Hill. Güneş Tıp Kitapevleri S. 2015, 671-690
3. Midgley S, Tolley DA: Anaesthesia for laparoscopic surgery in urology. EAU-EBU Update Series 2006;4:241-245
4. Cousins, J. Howard, J., Borra, P. Principles of anaesthesia in urological surgery. BJU Int. 2005; 96:223.
5. Zeki Tuncel Tekgül, Rauf Taner Divrik, Murat Turan, Esen Şimşek, Ersin Konyalıoğlu, Mustafa Gönüllü Mesane Yan Duvar Tümörlerinin Transüretal Rezeksiyonunda Obturator Sinir Bloğunun Komplikasyonlar Üzerine Etkisi Tepecik Eğitim Hast Derg 2011; 21 (3): 129-33
6. Murat Gönen , Rabia Sarı, Tufan Çiçek, Murat Dursun, Bülent Öztürk Spinal ve genel anestezi altında uygulanan tüpsüz perkütan nefrolitotomi Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology 2010;36(1):33-37
7. Meta-analysis of the efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs vs. opioids for SWL using modern electromagnetic lithotripters. Mezentssev VA. Int. braz j urol. 2009;35:293-8.