

BÖLÜM 3

VESİKOÜRETERAL REFLÜDE HASTALIK YÖNETİMİ

Ali Haydar YILMAZ¹

VUR, şekil 1 de voiding sistogram filmi görüldüğü üzere ateşli İYE için araştırılan tüm küçük çocukların% 30-40'ında tutarlı bir şekilde tespit edilmiştir ve hastalığın doğal seyri olarak zamanla iyileşme veya durma eğilimindedir.⁽¹⁾ VUR da tedavi etmenin hedefleri,

1. Tekrarlayan ateşli idrar yolu enfeksiyonlarını önlemek,
2. Renal hasarı önlemek ve
3. Tedavinin morbiditesini en aza indirmek ve takip

İki ana tedavi yaklaşımı vardır: konservatif (cerrahi olmayan ve cerrahi).



Şekil 1 Sağ vesikoüreteral reflü ⁽²⁾

CERRAHİ OLMAYAN TEDAVİ

Konservatif tedavinin amacı ateşli üriner trakt enfeksiyonlarının önlenmesidir. Şu anlayışa dayanmaktadır:

¹ Operatör Doktor Bilecik Devlet Hastanesi alicerrahcom@yahoo.com

En popüler ve güvenilir açık prosedür, Cohen⁽¹⁶⁾ tarafından tanımlanan çapraz trigonal re-implantasyondur. Bu prosedürle ilgili temel endişe, çocuk büyüdüğünde gerekirse endoskopik olarak üreterlere erişimin zorluğudur. Alternatifler Politano-Leadbetter tekniği ve Glenn-Anderson tekniği. Ekstravezikal bir prosedür (Lich-Gregoir) planlanıyorsa, mesane mukozasını ve üreter orifislerinin pozisyonunu ve konfigürasyonunu değerlendirmek için ameliyat öncesi sistoskopi yapılmalıdır. Bilateral reflüde, intravezikal bir anti-reflü prosedürü düşünülebilir çünkü eş zamanlı bilateral ekstravezikal reflü tamiri, ameliyat sonrası geçici idrar retansiyonu riskini artırmaktadır⁽¹⁷⁾. Genel olarak, tüm cerrahi prosedürler VUR'u düzeltmek için çok yüksek ve benzer başarı oranları sunar. Bununla birlikte komplikasyonlar kaçınılmazdır. En sık üreteral darlık veya tekrarlayan reflü olmaktadır.^(4,18)

Laparoskopi ve robot yardımcı tekniklerin uygulanabilirliğini gösteren kayda değer sayıda transperitoneal, ekstravezikal ve pnömovesikoskopik intravezikal üreteral yeniden implantasyon vaka serisi olmuştur. Laparoskopik cerrahi açık operasyona daha az invaziv bir alternatif sağlar. Robot ile çeşitli anti-reflü ameliyatları gerçekleştirilmiştir ve en sık kullanılanı ekstravezikal yaklaşımdır. Robot yardımcı laparoskopik cerrahi, açık prosedür ile karşılaştırıldığında daha kısa hastanede kalış, daha az narkotik ağrı gereksinimi ve daha az kan kaybı ile mükemmel sonuçlar sağlar. Robotik platformun diseksiyon ve sütür atma avantajları, karmaşık minimal invaziv ürolojik rekonstrüktif prosedürler için yararlı olabilir.⁽¹⁹⁾

Ayrıca, laparoskopik veya robotik destekli yaklaşımlar, endoskopik düzeltmeden daha invazivdir ve açık cerrahiye göre avantajları hala tartışılmaktadır. Bu nedenle günümüzde laparoskopik yaklaşım rutin bir prosedür olarak önerilemez. Yerleşik deneyimin olduğu merkezlerde ailelere alternatif olarak sunulabilir.⁽⁶⁾

KAYNAKLAR

1. Smellie JM, Edwards D, Hunter N. Vesico-ureteric reflux and renal scarring. *Kidney Int* 8 1975; Aug;4:S65-72.
2. Case courtesy of Dr Aditya Shetty, *Radiopaedia.org*, rID: 27221
3. International Reflux Study Committee Medical versus surgical treatment of primary vesicoureteral reflux. *Pediatrics* 1981;67:392-400
4. Elder, J. S., Peters, C. A., Arant, B. Pediatric Vesicoureteral Reflux Guidelines Panel summary report on the management of primary vesicoureteral reflux in children. *J Urol*, 1997;157: 1846,
5. Leonardo, C.R., Filgueiras M.F, Vasconcelos M.M. Risk factors for renal scarring in children and adolescents with lower urinary tract dysfunction. *Pediatr Nephrol*, 2007; 22: 1891.
6. Singh-Grewal, D, Craig J.M. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child*, 2005; 90: 853
7. de Bessa, J. Jr., de Carvalho Mrad, F. C., Mendes, E.F. Antibiotic prophylaxis for prevention of febrile urinary tract infections in children with vesicoureteral reflux: a meta-analysis of

- randomized, controlled trials comparing dilated to nondilated vesicoureteral reflux. *J Urol* 2015; **193(5Suppl)**: 177
8. Garin, E.H., Olavarria F, Nieto V.G . Clinical significance of primary vesicoureteral reflux and urinary antibiotic prophylaxis after acute pyelonephritis: a multicenter, randomized, controlled study. *Pediatrics*, 2006. 117: 626.
 9. Wang, H.H., Gbadegesin R.A, Foreman J.W. Efficacy of antibiotic prophylaxis in children with vesicoureteral reflux: systematic review and meta-analysis. *J Urol*, 2015. 193: 963.
 10. Jack S. Elder, Mireya Diaz, Anthony A. Endoscopic Therapy for Vesicoureteral Reflux: A Meta-Analysis. I. Reflux Resolution and Urinary Tract Infection. *J Urology* Vol. 175, 716-722, February 2006
 11. Lightner, D.J. Review of the available urethral bulking agents. *Curr Opin Urol*, 2002. 12: 333.
 12. Brandstrom, P., Nevés T., Sixt R. The Swedish reflux trial in children: IV. Renal damage. *J Urol*, 2010. 184: 292
 13. Meir, D.B., Bahouth Z, Halachmi S. Late-onset Uretero-vesical Junction Obstruction Following Endoscopic Injection of Bulking Material for the Treatment of Vesico-ureteral Reflux. *Urology*, 2017. 101: 60.
 14. Duckett JW, Walker RD, Weiss R: Surgical results: International Reflux Study in Children – United States branch. *J Urol* 1992;148: 1674–1675.
 15. Fikret Fatih Önel ,Şinasi Yavuz Önel. Çocuklarda Vezikoüreteral Reflü Tedavisinde Açık Cerrahi Teknikleri *Türk Urol Sem* 2011; 2: 246-516.
 16. Okawada, M., Murakami H.,Tanaka N. Incidence of ureterovesical obstruction and Cohen antireflux surgery after Deflux(R) treatment for vesicoureteric reflux. *J Pediatr Surg*, 2018. 53: 310.
 17. Lipski, B.A., Mitchell,M.E, Burns M.W Voiding dysfunction after bilateral extravesical ureteral reimplantation. *J Urol*, 1998. 159: 1019.
 18. Steffens L, Sohn M, Steffens J: Indikation und Ergebnisse der Antirefluxplastik nach Politano-Leadbetter bei 565 ureterorenenalen Einheiten. *Urologe A* 1986;25:354–357
 19. Wahib Isac, Jihad Kaouk, Fatih Altunrende . Robot-Assisted Ureteroneocystostomy: Technique and Comparative Outcomes. *Journal of Endourology*Vol. 27, No. 3