

Ömer Levent TUNCAY*, Saadettin Yılmaz ESKİÇORAPÇI*, Doğu TEBER**

* Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, DENİZLİ

** SLK-Kliniken Heilbronn Üroloji Anabilim Dalı, ALMANYA

GİRİŞ

Ülkemiz taş hastalığının sıklıkla görüldüğü bir kuşakta bulunmaktadır. Hasta sayısının çok olması ve teknolojideki gelişmelerle beraber ESWL ve perkütan nefrolitotomi (PNL) ülkemizde üroloji uzmanlarının çok sıklıkla uyguladıkları işlemler haline gelmiştir. ESWL sonrası istenmeyen yan etkiler ender görülmekle beraber, perirenal hematoma, abse ve kolleksiyonlar görülebilir. PNL sonrası perirenal kolleksiyonlar radyolojik olarak % 20-25 oranında görülmesine karşın ancak %0,6-4 oranında klinik öneme sahiptir¹. Ayrıca perirenal kolleksiyonların %85 kadarı kendi kendine resorbe olurken ancak %4,8'i stabil kalmaktadır.



Resim 1. Ameliyat öncesi DUSG

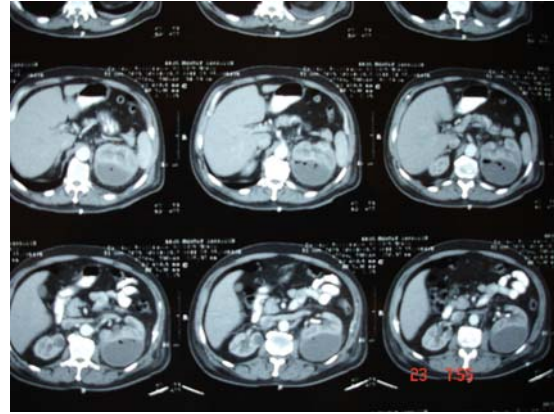
PNL'de istenmeyen yan etki oranları özellikle taş yükü çok olan hastalarda daha yüksek olarak gözlenir. Bununla birlikte teknolojik gelişmeler sayesinde perirenal abse ve kolleksiyonlar için artık cerrahi işlemlerden daha çok perkütan drenaj yöntemleri kullanılmaktadır. Özellikle USG eşliğinde

drenaj yöntemleri üroloji uzmanları tarafından uygulanmaktadır. Perkütan drenaja antibiyotiklerin de dahil edilmesi ile koruyucu bir tedavi sağlanabilmektedir.

Bu olgu sunumunda PNL ve sonrasında rezidiv taşlara ESWL uygulanan bir hastada ortaya çıkan perinefrik absede tanı ve tedavi yaklaşımları tartışılacaktır.

OLGU

65 yaşında erkek hasta son 6 aydır ara ara sağ ağrısı yakınması ile başvurmakta. 5 yıl önce sağ böbrek taşına 3 seans ESWL uygulanmış ve medikal tedavi ile kontrol altında olan bir hipertansiyon öyküsü mevcut. 2 yıl önce kardiyak anjiyografi yapılmış ve sorunsuz izlenmekte. 50 yıldır günde 1 paket sigara kullanmakta ve orta derecede prostatizm yakınması mevcut. IVP filminde her iki böbrek çalışır olarak gözlenmiş ve sol böbrekte geşik boynuzu taş ve mesanede 2 cm'lik taş saptanmıştır (Resim 1). Ayrıca sintigrafik değerlendirmede sol böbrek pelvikalisyel sisteminde minimal dilatasyon ve sol böbrekte minimal fonksiyon kaybı saptanmıştır.



Resim 2. Ameliyat sonrası 2. gün çekilen DUSG

Hastamıza aynı seansta pnömatik sistolitotripsi ve PNL uygulandı. Ameliyat sırasında istenmeyen yan etki olmadı. Ameliyat sonrası çekilen direk üriner sistem grafisinde (DUSG) böbrek orta polde 1 cm'lik rezidiv taş saptandı ve ESWL planlandı (Resim 2). Ameliyat sonrası ikinci gün nef-

rostomisi ve üretral kateteri çekilen ve sol böbreğe antegrad DJS konulan hasta aynı gün taburcu edildi.



Resim 3. Perirenal absenin tomografik görünümü

Ameliyattan sonra ESWL tedavisine başlanan hasta 2 seans ESWL tedavisi sonrası ameliyat sonrası 1. ayda ateş (39°C), halsizlik ve sol yan ağrısı yakınmaları ile tekrar başvurdu. Zor idrar yapma ve kreatinin yüksekliği (3mg/dl) nedeni ile 20 gün önce gittiği bir merkezde hastaya üretral kateter takılmış. Hasta halen kateterize ve kreatinin değerleri normale dönmüş durumda. Hastanın öyküsünde başka bir özellik saptanmadı.

Yapılan USG ve tomografik değerlendirmede sol böbrekte 11 cm'lik perirenal koleksiyon (abse?) ile uyumlu görünüm saptanmıştır (Resim 3). Yapılan değerlendirmede hastadaki septik tabloyu açıklayacak ek bir patoloji saptanmadı.

Soru 1. Bu hastada perirenal koleksiyon ne olabilir ve bu koleksiyonun gelişmesine yol açan nedenler nelerdir? ESWL'ye mi yoksa PNL'ye mi bağlı olarak gelişmiş olabilir?

Dr. Eskiçorapçı: Bu hastada koleksiyon ürinom, hematoma, lenfositik veya abse olabilir. Hasta-

nın septik bir tablo göstermesi bu hastada perinefrik abse tanısının varlığını göstermektedir.

Perinefrik abse en sık daha önceki cerrahlere bağlı ve şeker hastalarında görülmektedir². Bununla beraber ESWL sonrası daha ender olmakla beraber görülebilir³. Bu hastada ameliyat sonrası 1. ayda başlayan septik bir tablo olması bu perinefrik absenin PNL'ye sekonder değil ESWL sonrası oluşan bir istenmeyen yan etki olduğunu düşündürmektedir.

Perinefrik absenin en sık belirtileri ateş (%90), flank ağrısı (%40-50) ve flankta ele gelen kitledir (%9-47)⁴. Günümüzde en sık izole edilen mikroorganizma gram negatif bakterilerdir (E.Coli ve P.Mirabilis)⁴. Tanısı USG ve/veya CT ile konulur. CT absenin yayılımı ve boyutlarını ve komşu organlarla olan ilişkisini daha iyi gösterdiği için ve sıklıkla kullanılmaktadır. 20 HU'den daha düşük dansitede, kalın duvarlı ve intravenöz kontrast madde tutulumu gösterebilen yumuşak doku kitlesi perinefrik absenin CT'deki tipik görünümüdür.

Soru 2. Perkütan drenaj tekniği nasıl olmalıdır?

Dr. Eskiçorapçı: USG veya CT ile konulan tanıdan sonra hasta geniş spektrumlu bir antibiyotik almalıdır. Perkütan drenaj amaçlı 22G Chiba iğnesi lokal anestezi altında absenin bulunduğu bölgeye USG veya CT eşliğinde yerleştirilir. Bu yöntem hem pürülan materyalin boşaltılmasına hem de absenin yapısı hakkında fikir sahibi olmamıza olanak sağlar. Ayrıca daha sonraki tedaviye yol gösterecek tanısal testlerin (anaerobik ve aerobik pü kültürü, mantar kültürü, sitoloji vb.) yapılması olanağı vardır. Aspirasyon sonrası mutlaka kalıcı drenaj kateteri konulmalıdır. Abse boşalmıyorsa ve abse kavitesi multiloküler ise açık ameliyat gerekliliği doğabilir. Toplayıcı sistemde bir darlık veya taş saptanırsa ayrıca nefrostomi tüpü koymak gerekebilir. Drenaj tüpü genelde 5-7 gün (drenaj kesilene kadar) tutulur. Eğer abse drenajı kesilir ve daha açık renkli bir drenaj devam ederse üriner fistülden şüphe etmek gerekir⁴. Drenaj tüpü çekilmeden önce kontrast madde verilerek kavite kontrol edilir. Eğer kavite kateter çapına düşmüş ise drenaj tüpü çekilebilir. Eğer büyük bir kavite varsa ve toplayıcı sistem bağlantısı olmadığından emin olunursa, tetrasiklin ve etanol gibi bir sklerozan madde enjekte edilebilir. Drenaj tüpü çekildik-

ten sonra 1-2 hafta kültüre uygun oral antibiyotik tedavisi verilmelidir. İdrar kültürü ve tomografik kontroller ilk ay ve 3.ay tekrar edilmelidir.

Soru 3. Perinefrik absede perkütan drenaj tedavi sonuçları nasıldır?

Dr. Teber: Perinefrik abse yaşamı tehdit eden bir durumdur ve ürolojik acil durumlardan biridir. Drenaj olmaksızın mortalite oranları antibiyotik verilmesine karşın %80'e ulaşmaktadır⁴. Günümüzdeki modern tedavi yöntemlerine karşın mortalite oranları %8-22, ciddi morbidite oranları ise %35 oranında gözlenmektedir⁵. Sepsis, plevral fistül, kanama ve cerrahi gereksinimi gibi ciddi istenmeyen yan etkiler ise %3-22 oranında görülmektedir^{2,6}.

Perkütan drenaj ile tedavi edilen perinefrik abse serilerinde başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Başarı oranları %80-90 aralığında görülmektedir⁴. Bununla birlikte multiloküler abselerde başarı şansı %50'nin altına düşmektedir⁶.

Soru 4. Perinefrik abse tedavisinde açık cerrahi girişimin başarı oranı perkütan drenaja göre daha mı fazladır? Hangi hastalarda açık cerrahi girişimi yapmak gereklidir?

Dr. Teber: Hastaların çoğunda perkütan drenaj ve koruyucu tedavi yaklaşımı yeterli ve etkili bir yaklaşım olmaktadır. Mantar enfeksiyonu, abse duvarının kalsifiye ve kalın olması, pürülan maddenin yoğun olması, multiloküler kavite, enfekte hematoma ve böbrek işlevlerinin ciddi olarak bozulması (nefrektomi gerektirir) gibi kötü seyirli göstergelere sahip hastalarda perkütan drenaj ile tedavi şansı düşüktür ve bu hastalar genelde açık cerrahi adaydırlar⁴. Bu grup hastada hastanın genel durumu elverdikçe perkütan drenaj ile tedavi denenebilir fakat başarısız olduğu durumlarda en kısa sürede açık cerrahi müdahale düşünülmelidir.

Yayınlardaki verilere göre, cerrahi sonrası nüks oranları %20 seviyelerinde iken, perkütan drenaj sonrası nüks çok daha düşüktür(%1-4)^{6,7}. Açık cerrahi planlanan hastalarda ilk tanıya veya takiplerde %25-50 oranında nefrektomi ihtiyacı olması, bu hastaların daha kötü seyirli kriterlere sahip olması ve o taraf böbreğin işlevlerinin genelde daha az olmasına bağlanabilir.

Soru 5. Bu hastada PNL ve ESWL tedavisi yerine açık cerrahi ameliyatı uygulanabilir miydi? Artıları ve eksileri neler olurdu?

Dr. Eskiçorapçı: Son zamanlarda yayımlanan prospektif çalışmalar göstermiştir ki geyik boynuzu taşların tedavisinde PNL, açık cerrahi kadar başarılı sonuçlara sahiptir⁸. Taşsızlık oranları her iki yöntemde de benzerdir ve %60-80 arasında değişmektedir. Bununla beraber PNL'nin ameliyat sırasındaki istenmeyen yan etki oranları %16 iken, bu oran açık cerrahi grubunda %38'e çıkmaktadır ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur⁸. PNL istenmeyen yan etkilerini azaltırken böbrek işlevlerini de kötü yönde etkilememektedir.

Bütün bu bulgular ışığında geyik boynuzu taşların tedavisinde PNL ilk seçenek olarak göze çarpmaktadır. Kaliks obstrüksiyonu veya darlığı gibi perkütan giriş sağlamanın zor olacağı hastalarda açık cerrahi ilk seçenek olarak düşünülebilir.

YORUM

Dr. Tuncay: Hastamıza perkütan drenaj ve antibiyotik tedavisi ile koruyucu bir tedavi uygulandı. 5. gün drenajı kesilen hastada 7. gün drenaj kateteri çekildi ve oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde perirenal kolleksiyon gözlenmeyen hastaya ikinci ayda benign prostat hiperplazisi nedeni ile transüretal rezeksiyon uygulandı. Hasta şu anda normal laboratuvar değerleri ile ve yakınmasız olarak izlenmektedir.

ESWL çoğunlukla çok düşük bir morbiditeye sahip olmasına karşın ender de olsa istenmeyen yan etkilere neden olabilir. Perinefrik abse bu istenmeyen yan etkilerin en ciddi olanlarından biridir ve acil tedavi yaklaşımı gerektirir. Cerrahi sonrası ESWL yapılan hastalarda ESWL'nin istenmeyen yan etkilerinde bir miktar artış gözlenebilir. Bu nedenle bu grup hasta daha yakın izlenmelidir.

ESWL sonrası gelişen perinefrik absede perkütan drenaj ve uygun antibiyotik tedavisi ile daha koruyucu bir tedavi sağlanabilir. Yüksek risk taşıyan ve genel durumu elvermeyen hastalarda açık cerrahi yöntem düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- 1- **Smith AD:** Percutaneous renal surgery. Course 49. AUA Meeting, San Antonio, USA, 2005.

- 2- **Edelstein H, McCabe RE:** Perinephric abscess: Modern diagnosis and treatment in 47 cases. *Medicine*; 67: 118, 1988.
- 3- **Skolarikos A, Alivizatos G, de la Rosette J:** Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy 25 Years Later: Complications and Their Prevention. *Eur Urol*. Feb 7; available online, 2006.
- 4- **McDougal EM, Liatsikos EN, Dinlenc CZ, Smith AD:** Percutaneous approaches to upper urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, et al, editors. *Campbell's urology*, vol. 3. 8th edition. Philadelphia: W.B. Saunders; chapter 98, 2002.
- 5- **Haaga JR:** Imaging intra-abdominal abscesses and nonoperative drainage procedures. *World J Surg*; 14: 204, 1990.
- 6- **Gerzof SG, Johnson WC, Robbins AH, et al:** Expanded criteria for percutaneous abscess drainage. *Arch Surg*; 120: 227, 1985.
- 7- **Jaques P, Mauro M, Safrin H, et al:** CT features of intra-abdominal abscesses. *AJR Am J Roentgenol*; 146: 1041, 1986.
- 8- **Al-Kohlany KM, Shokeir AA, Mosbah AA, et al:** Treatment of complete staghorn stones: A prospective randomized comparison of open surgery versus percutaneous nephrolithotomy. *J Urol*; 173, 469, 2005.