TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 13, Sayı: 2, 185-188

ÜRETERAL BASKET UYGULAMASINDA BAŞARI ORANINI ARTIRAN FAKTÖRLER

FACTORS EFFECTING THE SUCCESS RATE AT URETERAL BASKET CATHETER INTERVENTION

KILINÇ, M.(*), GÜRBÜZ, R.(*), ARSLAN, M.(*), YILMAZ, K.(*)

GİRİŞ

Transuretral taş alma işlemi, sistoskopik incelemenin gelişmesiyle önemini artırmıştır. KELLY 1900'da başarılı bir taş manipülasyonunu rapor etti. Sırayla HUGH YOUNG ve BRANSFORD LEWIS yeni manipülasyon aletini rapor etti[3]. 1921'e kadar CROWELL 95 taş manipülasyonunu topladı ve J. Urology'de rapor etti[3]. En geniş seriyi yukarıdaki çalışmaları toplayarak, DOURMASHKIN 1550 vaka ile sundu[1]. DOURMASHKIN[2] taş manipülasyonundaki bütün metodları üç büyük gruba böldü.

İlki mültipl kateter geçirilmesi (4-6 kateter), ikincisi; taş basketi ile, üçüncüsü; balonlu basketle taşın aşağı geçmesine yardım etmek, buji dilatasyonu ile üreteri dilate etmek.

DOURMASHKIN tarafından tercih edilen üçüncü metodda başarı oranının %81,5 olması ve işleminin %32'sinin pelvik üreter üzerindeki taşlarda yapılması daha dikkat çekicidir.

MATERYAL VE METOD

1984 ve 1985 yıllarında Selçuk Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 4 telli orijinal ve kendi imalatımız olan DORMIA basketle üreter taşlarına endoskopik taş alma işlemi uygulanmıştır. 16 vaka'da kendi imalatımız olan Dormia basketle taş alma işlemi yapılmıştır. Basket uygulanan vaka sayısı 48'dir. Basket ile yapılan işlem 8 mm. altındaki taşlara uygulanmıştır. Rohipnol veya diazem ile antispazmodiklerle hasta rahatlatılarak basket uygulanmıştır. Multipl kateter uygulaması, balon kateterli basket, loop basket ve taş basketi uygulama sahasına girmiştir. Çift balon kate-

(*) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D.

teri, şok dalga litotripsi, taş kavrayıcı forseps ve ureteroskop kullanarak direkt vizyon altında taş alma işlemi son zamanlarda gelişen yeni metodlardır[5].

Dormia basketin[1] ucu taşı geçince basketin kateter sheatının basketten çekilmesi ile basketin itilmemesi gerekir. Nazik hareketlerle bir iki dakika bekleyerek işleme devam edilir. Gaye peristaltizmi hafifletmektir.

BULGULAR

TABLO 1

TAŞLARIN LOKALİZASYONU VE BAŞARI YÜZDESİ

LOKALİZASYON	VAKA	BAŞARI	%
SAĞ ÜRETER	15	8	16.66
SOL	33	15	31.25
TOPLAM	48	23	47.91

TABLO 2

TAŞLARIN CİNSLERİNE GÖRE DAĞILIMI

CİNS	SAYI	BAŞARI	%
KADIN	12	5	10.41
ERKEK	36	18	37.50
TOPLAM	48	23	47.91

TABLO 3

TAŞLARIN YAŞLARA GÖRE DAĞILIMI

YAŞ	SAYI	YÜZDE	
10—20	3	6.25	
21—30	9	18.75	
31—40	24	50	
41—50		5	10.41
51 ve yukarı	7	14.58	
TOPLAM	48	100	

TARTIŞMA

Literatürde başarı oranı %40-80 arasında rapor edilmektedir. Tablo 1'de başarı oranımız görüldüğü üzere %47.91'dir. Oranın düşük veya belirtilen alt sınırlarda olması başarımızı etkileyen bazı faktörleri de ortaya çıkarmaktadır. Basketin fluoroskopi ve genel anestezi altında yapılmaması ayrıca taş alınamayan hastalarda ikinci veya üçüncü işleme başvurulmayışı da etkilidir. Bir hastamızda iki, bir hastamızda üç defa manipulasyona başvurulmuş olup başarılı olmuştur. Ayrıca basketin yeniliği de başarıda etkili olmaktadır. Fazla kullanılan basketin ilk şeklini muhafaza etmesi mümkün olmamaktadır. Hatta bir vakada basketin teli kırılmış ve işleme son verilmiştir. Basketi birkaç defa kullanmak en iyisidir. Manipulasyonun başarısı yanında basketin maliyeti önemli olmamaktadır. DOURMASHKIN[2] %81.5, ALVIN[5] %92.3 gibi başarılı oranlar vermekte. Bu araştırmacılar balonlu basket uygulamışlardır. Balonun dilatasyon vazifesi görmesi ve işlemlerin fuloroskopi altında yapılması da başarıda etkili olmuştur. Bu çalışmada pelvik birim üzerindeki taşlar önemli bir orandadır. İlaveten cerrahın tecrübe ve becerisi de başarıda etkili olsa gerektir.

Vakalarımızın birinde üreteral orifise meatotomi yapıldı. Üst üreter taşlı bir kadın hastamızda akut ciddi bir enfeksiyon gelişti, enfeksiyon güçlükle kontrol altına alındı. Daha sonra kronik nükseden pyelonefrit gelişti ve hasta devamlı kontrolumuz altındadır. Bir hastamızda basket taşı içine aldı ve dışarı çekilemedi. Üç gün sonra ameliyata karar verilerek genel anestezi altında tekrar denendi ve basketle birlikte taş dışarı alınabildi.

Çalışmamızda kadınlar erkeklerin üçte birini teşkil etmektedir (Tablo 2). Başarı yüzdesi yönünden anlamlı bir fark yoktur. Taş alma işlemi uyguladığımız hastaların %50'si 31-40 yaş grubundadır (Tablo 3).

OTNES[4] bir çalışmasında çıkarılan taşların ebadları ile radyolojik görüntüdeki ebadlarını karşılaştırdığında ilginç bir sonuçla karşılaşmıştır. %25 iki ölçümde de aynı ebatda olmakla birlikte, %60 oranında radyolojik ölçüm gerçek ölçümlerden daha küçüktür. %15 ise gerçek ölçümlerden daha büyük bulunmuştur. Bu da büyük taşların görünenden de daha büyük olabileceğini göstermektedir.

Çoğu ürolog üreteral taşların tedavisi için basket manipulasyonunu uyguluyor. Cerrahiyi gerektiren üreteral taşların %40-50'si taş manipulasyonu ile tedavi edilebilir. Basketteki yeni ilave ve modifikasyonlar başarı oranını %80-90 gibi bir orana çıkarmıştır[3,5,6] ki bu üreteral taşların manipulasyonunun önemini daha çok artırmaktadır. Meydana çıkabilecek komplikasyonlar nazik hareket edildiği ve üç defadan fazla teşebbüs edilmediği, 8 mm altındaki taşlara müdahale edildiği takdirde komplikasyonlar azaltılabilir[3].

ÖZET

Filmlerde uzunluğu 8 mm. altında 5 mm. üzerinde üreter taşlı 48 hastaya basketle sistoskopik taş alma işlemi uygulandı. Bu çalışma 1984-1985 yıllarında yapılmıştır. 47 hastamızda üreter taşları üreterin üçte bir alt kısmında, birinde üst üreterde idi. 23 hastamızda basketle taş alma işlemi başarılı oldu. Yeni metotlarla başarı oranı %80-90'a kadar ulaşmıştır.

SUMMARY

Forty-eight consecutive patients with ureteral calculi under 8 mm. in greatest length by x-ray film subjected to cystoscopic manipulation with stone baskets (between 1984-1985). Of the 48 ureters with calculi, 47 had stones in the lower one third of the ureter and one in upper third. Twenty-three of the 48 (%47,91) were successfully extracted with stone baskets (Dormia baskets). The new methods are increased the rate of success (%80-90).

LİERATÜR

1 — **Dormia, E.:** Dormia Basket. Standart technique, observations and general concepts. Urology, 20:437, 1982.

2 — **Dourmashkin, R.L.:** Cystoscopic treatment of Stones in the ureter with special reference to large calculi, based on a study of 1550 Cases. J.Urol., 54:245-283, 1945.

3 — **Drach, G.V.:** Transurethral Ureteral Stone Manipulation, Urologic Clinics of North America, 10:709-717, 1983.

4 — **Otnes, B.,** and Sandnes, H.: Comparison of radiologic measurement and actual size of ureteral calculi. Scand. J.Urol. Nephrol., 12:155-156, 1978.

5 — **Rutner, A.B.:** Ureteral Balloon Dilatation and Stone Basketing, Urology, 23:44-53, 1984.

6 — **Rutner, A.B.** and Fucilla, I.S.: An Improved Helical Stone Basket, J. of Urology, 116:784-591, 1976.

(*) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı