

RENAL TRANSPLANTASYONDA LICH-GREGOIR TEKNİĞİ İLE EKSTRAVEZİKAL ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ

EXTRAVESICAL URETERONEOCYSTOSTOMY BY LICH-GREGOIR TECHNIQUE IN RENAL TRANSPLANTATION

GÜL O.*, EROĞLU M.*, GÜVENCE N.***, KARABULUT İ.*, BAKIRTAŞ H.*, ÖZOK U.*

* SSK İhtisas Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA

** SSK İhtisas Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Renal transplantasyonda üreterovezikal anastomoz, genellikle ekstrevezikal tekniklerle ve antireflü olarak uygulanmaktadır. Yeni bir transplantasyon merkezi olan SSK İhtisas Hastanesinde Nisan-1997 ile Temmuz-1999 tarihleri arasında 77 renal transplantasyon yapılmış ve hepsinde üreterovezikal anastomoz için Lich-Gregoir Tekniği uygulanmıştır. Olgularımızın takip süresi ortalama 21 aydır (3-30 ay). Erkek/Kadın oranı: 2.2/1 dir. Olguların 14'üne kadavradan, 63'üne ise canlı akraba vericiden temin edilen böbrek tranplante edilmiştir.

Sadece 29 yaşındaki bir erkek hastamızda (%1.28) erken dönemde üriner fistül gelişmiş, reanastomoz edilmiş, yine fistüle olması nedeniyle nativ böbrek üreteri kullanılarak pyeloüreterostomi yapılmıştır. Diğer olgularımızın hiçbirisinde şu ana kadar olan takip süresinde ürolojik bir komplikasyon (üriner fistül, anastomoz yerinde darlık, veziko-üreteral reflü, taş oluşumu, mesane boynu obstrüksiyonu ve renal biyopsilere bağlı hematüri) görülmemiştir.

Renal transplantasyonda Lich-Gregoir Tekniği ile ekstrevezikal üreteroneosistostomi, uygulaması kolay ve komplikasyon oranı düşük yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Renal transplantasyon, Lich-Gregoir

ABSTRACT

In renal transplantation, ureterovesical anastomosis is performed usually with extravesical antireflux techniques. SSK Specialization Hospital is a new transplantation center and between April 1997 and July 1999, 77 renal transplantation have been performed in this center. In all of these transplantation, Lich-Gregoir technique was utilized for ureterovesical anastomosis. Mean follow-up of these cases was 21 (3-30) months. Male/Female ratio was 2.2/1. 14 of the transplants were obtained from cadaver and 63 of them were from live-related donors.

During the follow-up period, an urinary fistula developed in a 29-year old male patient (%1.28) in the early phase. Pyeloureterostomy was performed with the ureter of the native kidney because of resistant urinary fistula unresponsive to surgical repair. Urological complications (urinary fistula, anastomosis stricture, vesico-ureteral reflux, stone formation, bladder neck obstruction, hematuria related to renal biopsies) were not encountered in any of the other cases.

Extravesical ureteroneocystostomy with Lich-Gregoir Technique is an easy approach in renal transplants and it is an approach with low complication rates.

Key Words: Renal transplantation, Lich-Gregoir

GİRİŞ:

Kronik glomerülonefritlerden, ürolojik nedenli postrenal böbrek yetmezliğine kadar oldukça geniş bir etyolojik spektruma sahip olan son dönem böbrek hastalığının en etkin tedavisi renal transplantasyondur¹.

Hasta yaşam süresi, greft sürvisi ve komplikasyon oranının düşük olması gibi başarı kriterleri, aşağıdaki şartların birlikte bulunmasına bağlıdır^{2,3,4}:

1. İyi yetişmiş ve iyi örgütlenmiş bir transplantasyon ekibinin varlığı.
2. Böbrek vericisi ve böbrek alıcısının preoperatif hazırlığı ve değerlendirmesinin eksiksiz olması.
3. Operasyon esnasında teknik detaylara maksimum özenle uyulması.
4. Postoperatif erken ve geç dönem takibinin tam olması.

Renal transplantasyonun ürolojik komplikasyonları %5-7 oranında olmasına rağmen potansiyel olarak mortalite ve morbidite açısından oldukça ciddi komplikasyonlardır. En önemli komplikasyon olan üriner fistülün önlenmesinde, verici nefrektomisi esnasında üreteral vaskülarizasyonun korunması ve üretero-vezikal anastomozun özelliği çok önemlidir^{1,5}.

Bu çalışmada, yeni bir transplantasyon merkezi olan hastanemizde yapılan ilk 77 renal transplantasyonda uygulanan Lich-Gregoir Tekniği ile ureteroneosistostominin sonuçlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Nisan 1997 ile Temmuz 1999 tarihleri arasında, SSK Ankara İhtisas Hastanesinde, 77 son dönem böbrek yetmezliği hastasına renal transplantasyon yapılmıştır. Hastaların 63'üne canlı akraba vericiden, 14'üne ise kadavradan böbrek temin edilmiştir. Hepsisi erişkin olan hastalarımızın 53'ü erkek (%68), 24'ü (%32) ise bayandı (2.2/1). Bütün hastalarda üretero-vezikal anastomoz, Lich-Gregoir Tekniği ile ekstrevezikal ureteroneosistostomi şeklinde uygulanmıştır. Preoperatif rutin olarak bütün hastalara voiding sistoüretrografi (VCUG) yapılmış, mesane kapasitesi yetersiz olan 2 hastaya ürodinami yapılmıştır. Hastaların hepsine peroperatuar double-J (DJ) stent yerleştirilmiş ve postoperatif 4. Hafta sonunda çıkarılmıştır.

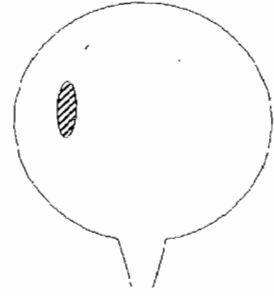
Lich-Gregoir Tekniği: Mesane dolu iken, üreteral hiatusun üst lateraline 2-3 cm uzunluğunda bir insizyon yapılarak detrüsrör dekole edilir ve mukoza insizyona doğru prolobe olur. Mukoza 1 cm açılarak 4/0 poliglaktin sütürlerle tek tek üretero-vezikal anastomoz yapılır. Anastomoz tamamlanmadan DJ stent yerleştirilir (DJ stent kullanımı, ekibin tercihi ve deneyimine bağlıdır). Üreterde kinkleşme ve anastomozda gerginlik olmamasına dikkat edilmelidir. Detrüsrörün tünel oluşturacak şekilde kapatılmasıyla işlem tamamlanır (Şekil-1).

SONUÇLAR

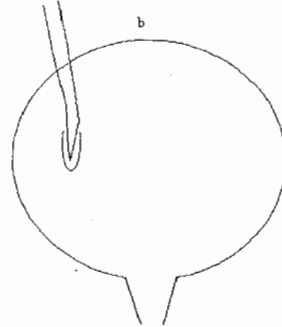
Hastalarımızın 3-30 aylık takipleri süresince, yalnızca 29 yaşındaki bir erkek hastamızda postoperatif erken dönemde üriner fistül gelişmiş (%1,28), reanastomoz yapılmış, ancak tekrar

fistülize olması sonucu nativ böbrek üreteri kullanılarak pyeloüreterostomi yapılmıştır. Diğer hastalarımızın şu ana kadar olan takiplerinde başka bir ürolojik komplikasyon (üriner fistül, anastomoz yerinde darlık, VUR, taş oluşumu, mesane boynu darlığı ve renal biyopsilere bağlı hematüri) görülmemiştir.

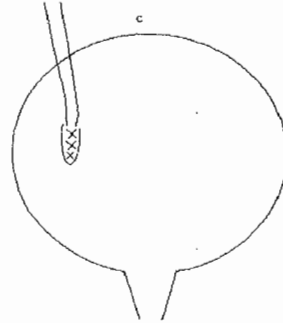
VCUG'de mesane kapasitesi düşük olarak bulunan ve ürodinami yapılan 2 hastada herhangi bir patoloji tespit edilmemiş, kapasite azalmasının kullanılmamaya bağlı olduğu düşünülmüş ve bu iki hastamızın postoperatif takipleri normal seyretmiştir.



a: Suprahialal 2-3 cm uzunluğunda oblik insizyonla detrüsrör açılır.



b: Üreter mesane mukozası ile anastomoz edilir.



c: Detrüsrör, tünelizasyon oluşturacak şekilde kapatılır.

Şekil-1. Lich-Gregoir Tekniği

TARTIŞMA

Renal transplantasyonun ürolojik komplikasyonları %5-7 oranında olmasına rağmen, hasta morbiditesini, hastanede kalma süresini ve greft süresini doğrudan etkileyen çok önemli komplikasyonlardır. Bunlar; üriner fistül (en önemli ürolojik komplikasyondur), VUR, taş oluşumu, pyelonefrit atakları, mesane boynu darlığı ve postoperatif rejeksiyon takibinde yapılan renal biyopsilere bağlı olarak gelişen hematüridir. Üriner fistül gelişiminin en önemli nedeni, donör nefrektomisi esnasında üreteral vaskülarizasyonun –özellikle distalde- korunmamış olmasıdır. Üreter serozasının zedelenmesinden ve renal hilus bölgesinde aşırı diseksiyondan kaçınılmalıdır. Seçilen üretero-vezikal anastomoz tekniği de ayrıca önemlidir^{1,2,3}.

Üretero-vezikal anastomoz için, daha çok antireflü yöntemler tercih edilmektedir. Bunlar; intravezikal, ektravezikal ve kombine yöntemler olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadırlar. Renal transplantasyonda genellikle ektravezikal suprahiatal yöntemler kullanılmaktadır. Bunun nedenleri; operasyon tekniğinin uygulanımının kolay olması, minimal invaziv olması ve idrar temasının olmamasıdır. Bu amaçla en yaygın kullanılan yöntem, bizim de rutin olarak uyguladığımız ve artık neredeyse renal transplantasyon için standart hale gelmiş olan Lich-Gregoir Tekniği'dir^{5,6}. Ama yine de, transplantasyon ekibinin deneyimi temel belirleyicidir.

Renal transplantasyonda en sık kullanılan yöntem olan Lich-Gregoir Tekniği ile yapılan anastomozlardan sonra VUR'nün daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar vardır. Postoperatif üreteral kateterizasyon güçlüğü de bu yöntemin bir diğer dezavantajıdır^{7,8}. En önemli ürolojik komplikasyon olan üriner fistül sıklığının azaltılması için DJ stent kullanımının rutin olmasını savunanlar yanında, bunun özel bir avantaj sağlamadığını ve kullanımın bazı nadir durumlar dışında gereksiz olduğunu savunanlar da vardır^{5,6,7}. Bizim henüz başlangıç serisi sayılabilecek 77 olguluk kısıtlı deneyimimizde DJ stent rutin olarak kullanılmıştır. Komplikasyonlarımızın şimdilik bir olguyla sınırlı olmasında rutin DJ stent kullanmamızın önemli bir etmen olduğunu düşünmekteyiz.

Ürolojik komplikasyonların önlenmesinde, mesane kapasitesi ve kompliansının yeterli olduğunun preoperatif dönemde detaylandırılmış olması önemli bir faktördür. Bu amaçla VCUG renal transplantasyona hazırlanan her hastada rutin olarak yapılmalıdır. VCUG'de mesane kapasitesi ile ilgili bir sorun tespit edilirse, mutlaka tam bir ürodinamik değerlendirme yapılmalıdır. Mesane kapasitesi ya da mesane çıkımı ile ilgili patolojilerin giderilmesini (augmentasyon, mesane boynuna TUR vb.) takiben transplantasyonun yapılması, hem ürolojik komplikasyonların minimize edilmesini sağlayacak, hem de greft ve hasta süresini olumlu etkileyecektir¹.

Sonuç olarak; renal transplantasyon öncesi tam bir evaluasyon, peroperatif teknik detaylara eksiksiz uyulması, postoperatif yakın izlem ve ürologların renal transplantasyon ekiplerinde daha etkin görev alması ile, Lich-Gregoir Tekniği ile üreteroneosistostominin, uygulaması kolay ve komplikasyon oranı düşük, oldukça güvenli bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Lee HM.**: Surgical technique in renal transplantation. In Morris, P.J. (eds): Renal transplantation, 127-137, 1994.
- 2- **Cranston D.**: Urological complications after renal transplantation. In Morris, P.J. (eds): Renal transplantation, 330-338, 1994.
- 3- **Altuğ F, Arar O, Yayıoğlu Ö.**: Vezikoüreteral reflüde (VUR) cerrahi tedavinin yeri In Solok, V., Erözenci, N.A. (eds): Ürolojide ikilemler, 160-171, İstanbul, 1997.
- 4- **Şenel MF, Bakkaloğlu M.**: Böbrek transplantasyonu. In Anafarta, K., Göğüş, O., Bedük, Y., Arıkan, N. (eds): Temel üroloji, 879-894, Ankara, 1998.
- 5- **Kale M.**: Vezikoüreteral reflü, Güneş Kitabevi, 50-75, Ankara, 1997.
- 6- **Nane İ, Kadioğlu TC, Koçak T, Ander H, Tefekli AH.**: Canlıdan böbrek transplantasyonunda ektravezikal üreteroneosistostominin komplikasyonları. Türk Üroloji Dergisi 25(2): 193-197, 1999.
- 7- **Lich RJ, Homerton LW, Davis LA.**: Recurrent urosepsis in children. J Urol 86: 554, 1961.
- 8- **Brühl P, Ahlen H, Mullman R.**: Antireflux procedure by Lich-Gregoir: Indications and results. Eur Urol 14: 37, 1998.