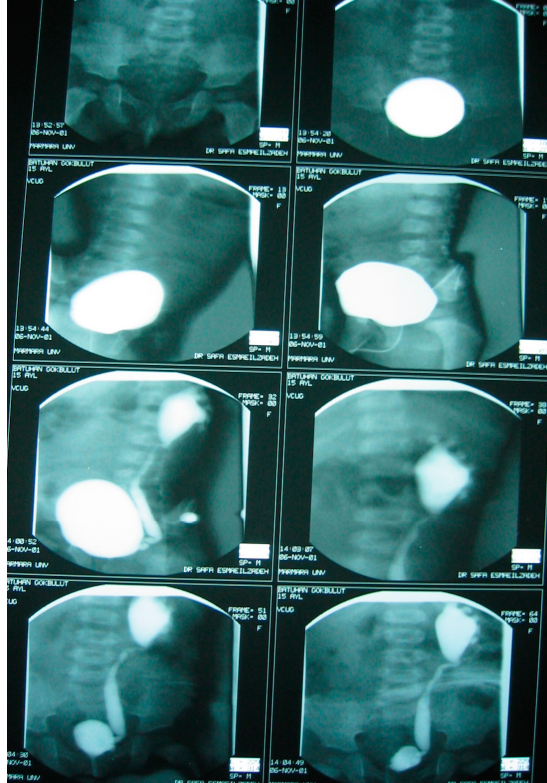


Cem AKBAL, Yılören TANIDIR, Polat TÜRKER, Yalçın İLKER
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

OLGU

15 yaşında erkek olgu da böbrek nakil adayı olması nedeniyle yapılan tetkikler sırasında, varlığı daha önceden de bilinen solda Grade IV-V reflü saptandı (Resim 1).



Resim 1. Olgunun işeme sistografisi

Hastanın sorgulamasında önceden bilinen alt üriner sisteme ait bir yakınması olmaması ve işeme sistografisinde ek patoloji saptanmaması nedeniyle reflünün primer reflü olduğu kararına varıldı. Hastanın günlük 200 cc idrarı olduğu ve haftada 2 kere hemodiyalize girdiği ve reflüsü için herhangi bir medikal tedavi almadığı bilinmektedir.

Dr. İlker: Reflü nefropatisine bağlı son dönem böbrek yetmezliği %10-30 oranında görülmektedir. Nakil sonrasında "native" böbreğe olan VUR'un takiplerde alt üriner sistem enfeksiyonları, piyelonefritler ve bakteremilere neden olabileceğini biliyoruz. Nakil sonrası alınan immünsüpresif tedaviler sonrasında yukarıda sayılan istenme-

yen yan etkiler takipte başlıca morbidite nedenleri arasında yer almaktadır.

Nakil adayının "native" böbreğine reflüsü olması durumunda şimdiye kadar uygulanan tedavi yöntemleri şunlardır:

- Reflü böbreğin çıkarılması
- Reflünün cerrahi ile düzeltilmesi (nakil öncesinde veya sırasında)
 - a) Açık Cerrahi ile
 - b) Endoskopik Tedavi ile
- Reflü üreterin nakil sırasında bağlanması
- Antibiyotik profilaksisi altında hiçbir şey yapmadan izlem protokolleri

Siz bu hastada hangi tedavi yönteminden yana sizsiniz?

Dr. Akbal: Sizde belirttiğiniz gibi VUR'a bağlı son dönem böbrek yetmezliği özellikle ülkemizde de sık karşılaşılan bir durum ve bu hatsaların %2-8'inde böbrek nakli olmakta. Yapılan çalışmalara baktığımızda nakil öncesi nefrektomi ve anti-reflü cerrahi en sık kullanılan tedavi seçenekleri. Özellikle çift taraflı reflülü olgularda çift taraflı nefrektomi yapılması morbidite ve mortalite açısından fazla bir tedavi protokolü ve bunun gerekliliği de tartışılmalı. Ertürk ve ark. yaptığı çalışmada nakil adaylarına nefrektomi, anti reflü cerrahi ve profilaksi altında hiçbir şey yapmama tedavi protokolleri karşılaştırıldığında 36 hastanın 26 kez (%56) idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği bunların 9'unun komplike 17'sinin komplike olmayan idrar yolu enfeksiyonu olduğu rapor edilmiş. Her üç grup karşılaştırıldığında nefrektomi yapılan grupta %30, anti reflü cerrahi yapılan grupta %50 ve sadece profilaksi altında izlenen grupta ise %61 komplike olmayan idrar yolu enfeksiyonu olduğu saptanırken komplike olan idrar yolu enfeksiyonu oranı sırasıyla %10, %38 ve %33 olarak bulunmuş. Komplike olan ve olmayan idrar yolu enfeksiyonu açısından istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı rapora eklenmiştir. Nakil yapılan böbreklerin işlevlerinin devamına bakıldığında ilk 2 yıl için de sırasıyla %70, %75 ve %61 problem çıkmazken, 6 yıl

sonra en çok böbreğin korunduğu grubun anti reflü yapılan grup olduğu belirtilmiş¹. Ben bu hastada düşük morbidite ve tekrarlı bilirliliği açısından endoskopik anti-reflü tedaviyi tercih ederdim. Buna örnek olarak ülkemizden yapılan bir çalışmada 14 nakil adayı olan olgunun reflü nedeniyle 24 RU'ya (10 çift taraflı, 4 tek taraflı) subüreterik enjeksiyon tedavisi uygulanmış ve 23 aylık takip sonrasında (6-47 ay) %95 başarı rapor edilmiş, fakat böbrek yaşam oranlarına değinilmemiştir². Endoskopik tedaviden fayda görmeyen tek taraflı reflüsü devam eden olgularda da anti reflü açık cerrahi olarak etktravesikal tedavi iyi bir seçenek olarak gözükmektedir³. Çift taraflılarda ise endoskopik tedavi tekrarlanabilir veya COHEN üreteroneosistostomi uygulanabilir kanısındayım.

Dr. İlker: Anti reflü tedavi iyi bir seçenek. Bunun yanında diğer tedavi seçeneklerini de göz ardı etmemeli.

Dr. Türker: Nakil sonrası böbreğin kaybedilmesinin başlıca nedeni immünolojik kökenli olsa da ürolojik istenmeyen yan etkiler %5-13 arasında değişmektedir. Bu istenmeyen yan etkiler göz ardı edilmemeli ve bence bu hastalara en radikal çözümler üretilmelidir. Ben bu olgu da morbiditesi düşük bir yöntem olarak fonksiyonlarını tamamen kaybetmiş reflülü böbreği nakil öncesi veya nakil sırasında laparoskopik yöntemle çıkarır ve olguyu uzun süren takiplerden kurtarırdım. Bu protokolün nakil sırasında her iki böbreğe yönelik başarıyla yapılabildiğini gösteren çalışmalarda var⁴.

Dr. İlker: Üreterin ligasyonu konusunda ne diyeceksiniz.

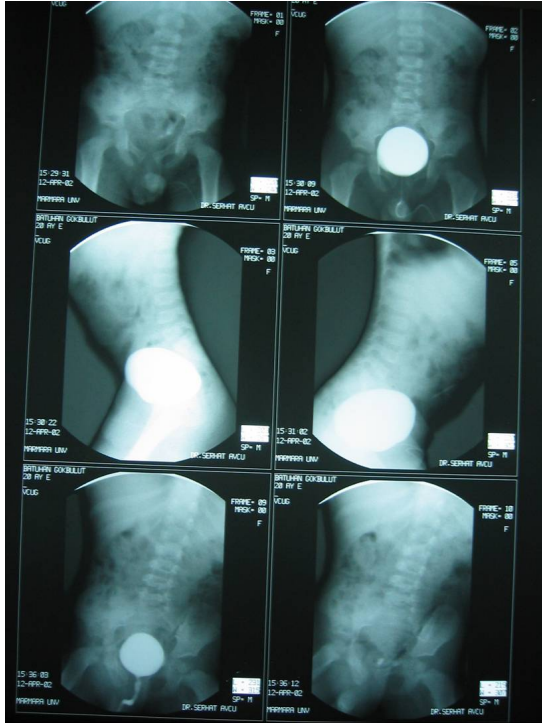
Dr. Akbal - Dr. Türker: Olgunun hala idrar çıkardığı göz önüne alınırsa bunun uzun dönemde problem çıkarma olasılığını yüzünden pek düşünmezdik.

Dr. İlker: "Native" böbreğin faydalarını sormak istiyorum. "Native" böbreğin çıkarılmasının hastada oluşturacağı başlıca sorunlar ne olabilir ve siz bu hastayı hiçbir şey yapmadan antibiyotik profilaksisin de takip eder miydiniz?

Dr. Tanıdır: Bildiğiniz gibi son dönem böbrek yetmezliği tablosunda olmasına karşın bazı böbreklerin fizyolojik olarak halen aktif oldukları

bir gerçek. Bu nedenle bu tarzda bir hastada yapılan nefrektomi sonrasında erken dönemde hastanın diyaliz ihtiyacında bir artma söz konusu olabilir⁶. Bununla birlikte böbrekler endokrin fonksiyon olarak renin, prostaglandinler ve eritropoietin sentez ederler. Ayrıca sekonder endokrin fonksiyon olarak da etki göstererek insülin, glukagon ve aldosteronun katabolizması ile ve Vitamin D'nin aktivasyonunun için gereklidirler. Bütün bu endokrin işlevleri nedeniyle bu hastaların nefrektomileri sonrasında anemi, osteopeni, insülin intoleransı gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Bu hastaların yara iyileşme sürecinde problemleri seyredebilmektedir. Bütün bu saydığımız nedenlerden dolayı mümkün ise "Native" böbreği korumanın faydalı olacağını düşünmekteyim. Hastanın cerrahi uygulanmaksızın antibiyotik profilaksisi ile izlenmesi hususunda ise yayınlarda yapılmış randomize kontrollü bir çalışma mevcut değil. Mevcut çalışmalardan bir tanesi çocuk yaş grubunda yapılmıştır ve nakil öncesi anti-reflü cerrahisi uygulanan, uygulanmayan ve reflüsü olmayan olmak üzere 3 grup hastayı karşılaştırılmıştır². Nakil öncesi yüksek dereceli primer reflüsü olan ve cerrahi olarak düzeltilen hastalarda ateşli idrar yolu enfeksiyonu tamamen reflüsüz olan gruba göre anlamlı olarak fazla ancak tedavi görmemiş hasta grubuna göre ise anlamlı olarak az bulunmuştur⁶. Bununla birlikte erişkin yaşta uygulanan nakil ameliyatları içinde benzer bir çalışmanın yapıldığını biliyoruz¹. Bu çalışmada ise antireflü cerrahi yapılmaksızın nefrektomi yapılan ya da antibiyotik profilaksisi ile izleme alınan hasta gruplarında idrar yolu enfeksiyonu insidansında belirgin bir fark saptanmamıştır. Ancak antireflü cerrahi uygulanan hastaların daha az enfeksiyon epizotları geçirdiği gözlenmiştir¹. Sonuç olarak bu hasta için hastamızda antibiyotik profilaksisi altında izlemin yapılabileceğini, izlem esnasında gerektiği takdirde endoskopik bir işlemle mevcut reflünün tedavi edilebileceğini, seçilmiş olgularda ise nefrektominin yapılabileceğini düşünmekteyim.

Dr. İlker: Biz bu hastada transplant hazırlığı sırasında endoskopik tedavi yöntemini uyguladık. Olgu kontrol filmine kadar antibiyotik süpresyon tedavisi altında izlendi. Sub trigonal 1 cc enjeksiyon sonrası 3. ayda çekilen işeme sistografisinde de görüldüğü gibi reflü kaybolmuş ve olgu 8 aylık takip süresince sorunsuz izlenmiş ve nakil gününü beklemektedir (Resim 2).



Resim 2. Endoskopik tedavi sonrası 3. ay kontrol işeme sistografisi

Dr. Türker: Hasta için çok faydalı olmasına sevindim ama daha karar vermek için erken olduğu kanısındayım. Nede olsa amacımız “grefti” yaşatmak. Bunun yanında ne kadar mesane dinamiğinin normal olduğunu düşünsek de transplant sonrası yıllarca yeterince idrar çıkaramayan hastanın başarılı bir nakil sonrasında aşırı idrar yükü sonrası mesanesinin dinamiğinin de değişebileceğini unutmamaya takiplerimizde dikkat etmeliyiz. Bu bize yeniden aynı sisteme, belki de karşı sisteme reflü olarak da kendini gösterebilir.

Dr. İlker: Bütün bu tartışmalar sonunda toparlayacak olursak nakil adaylarında vezikoureteral reflü mevcut ise tanı ve tedavisi çok yönden tartışmalıdır. Her hasta ayrı ayrı değerlendirilirken her aşamada birçok tartışmalı seçenek söz konusu olabilmektedir. Her seçeneğin kendine göre bir bi-

limsel dayanağı vardır. Önemli olan hasta bazında ki bu değerlendirmelerde her seçeneğin üstünlüklerini ve olumsuzluklarını belirlemek ve nakil komitesinin ve hastanın da tercihleri göz önüne alarak tedaviyi planlamak olmalıdır. Son yıllarda reflü tedavisinde endoskopik cerrahi giderek artan bir rol almaktadır. Başlangıçta minimal invaziv olması nedeniyle çok akılcı ve kolay gelen bu tedavi birçok durumda ilk tedavi seçeneklerinden biri olurken, açık cerrahiyle karşılaştırıldığında başarısının düşük olması endoskopik cerrahinin önemli bir olumsuzluğu olmakta ve bu durum özellikle yüksek derecede reflüsü olan ve kesinlikle antireflü cerrahi gereken olgularda iyi bir seçenek olmasını engellemektedir. “Native” böbreğin endokrin işlevleri düşünüldüğünde nefrektomi bazı durumlarda istenmeyen bir tedavi olsa da gelişen cerrahi teknik ve teknoloji bu tedaviyi de seçenekler açısından önemli bir yere koymaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Erturk E, Burzon DT, Orloff M, Rabinowitz R: Outcome of patients with vesicoureteral reflux after renal transplantation: The effect of pretransplantation surgery on posttransplant urinary tract infections. *Urology*; 51 (5A Suppl): 27-30, 1998.
- 2- Aygun C, Ozer C, Dirim A, Tekin MI, Goren MR, Piskircioglu CL, Ozkardes H, Haberal M: Renal transplantation experience following endoscopic treatment of vesicoureteral reflux. *Transplant Proc*; 36: 68-70, 2004.
- 3- Krishnan A, Swana H, Mathias R, Baskin LS: Redo ureteroneocystostomy using an extravesical approach in pediatric renal transplant patients with reflux: A retrospective analysis and description of technique. *J Urol*; 176: 1582-7; discussion 1587, 2006.
- 4- Ismail HR, Flechner SM, Kaouk JH, Derweesh IH, Gill IS, Modlin C, Goldfarb D, Novick AC: Simultaneous vs. sequential laparoscopic bilateral native nephrectomy and renal transplantation. *Transplantation*; 80: 1124-7, 2005.
- 5- Sheinfeld J, Linke CL, Talley TE, Linke CA: Selective pre-transplant nephrectomy: Indications and perioperative management. *J Urol*; 133: 379-82, 1985.
- 6- Basiri A, Ootookesh H, Simforoosh N, Hosseini R, Hosseini-Moghaddam SM, Sharifian M: Does pre-transplantation antireflux surgery eliminate post-renal transplantation pyelonephritis in children? *J Urol*; 175: 1490-2, 2006.