

Böbrek Nakli Sonrası İdrar Sondasının Ucuna Girmiş Double-J Stentin Sonda ile Birlikte Çekilmesi: Olgu Sunumu

Pulling out of the Urinary Catheter together with Double-J Stent which is Penetrated to the Tip of the Foley after a Renal Transplantation: A Case Report

ÖZ

Son dönem böbrek yetmezliğinin günümüzde en iyi tedavi yöntemi böbrek naklidir. Böbrek nakli yapılan hastalarda double-j üreteral kateterler, üreteral kaçağı önlemek ve obstrüksiyon riskini azaltmak amacıyla pek çok merkezde kullanılmaktadır. Ancak double-j kateterlerin üriner enfeksiyonu, obstrüksiyon, kateter enkristasyonu, perforasyon, migrasyon gibi bilinen pek çok komplikasyonu mevcuttur. Bu komplikasyonlara rağmen üroloji pratiğinde çok sık kullanılmaktadır. Nakil cerrahları arasında ise rutin kullanımları ile ilgili halen tartışmalar mevcuttur.

Bu olgu ile böbrek nakli yapılan bir hastada double-j kateterin distal ucunun, mesanedeki sondanın ucuna istenmeden girdiği ve bu olay neticesinde double-j kateterin postoperatif erken dönemde sonda ile birlikte dışarı çekilmesi sunulmuştur. 26 cm'lik uzun double-j kateterin mesane tarafının kesilerek kullanılmasının bu komplikasyonun oluşmasında önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak böbrek nakli yapılan hastalarda hasta için uygun boyutta bir double-j kateterin seçilip, kesilmeden ve kateterin "j" formasyonunun bozulmadan kullanımının bu tür komplikasyonların oluşmasını azaltacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Double-j kateter çekilmesi, Komplikasyon, Mesane sondası, Böbrek nakli

ABSTRACT

Today kidney transplantation is the best treatment choice of end stage renal failure. Double-j catheters have been used in renal transplant patients to prevent urinary leakage and ureteric obstruction but these catheters have many complications like urinary tract infection, obstruction, catheter encrustation, perforation and migration. Although these complications, double-j catheters are now widely used in urological practice. Yet there is controversy among transplant surgeons in the routine use of these catheters.

A case of renal transplant patient whose double-j catheter's distal end was mistakenly penetrated to the tip of the bladder foley catheter is reported. Because of that, the double-j catheter was taken out with the foley catheter at the postoperative early period. The use of 26 cm length double-j catheter by cutting its bladder side for making it suitable to the operation area is thought to be an important factor which made this complication possible. This very rare case was examined in view of the literature. In conclusion, it is thought that the use of appropriate size and length of double-j catheters without cutting any part and without destroying the "j" formation will decrease these complications in renal transplant patients.

KEY WORDS: Double-j catheter, Complication, Bladder foley catheter, Kidney transplantation

Ahmet Burak ÇİFTÇİ¹
Fahri YETİŞİR¹
Mehmet TOKAÇ¹
Alper Bilal ÖZKARDEŞ¹
Mehmet Deniz AYLİ²
Mehmet KILIÇ¹

- 1 Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye
- 2 Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye



Geliş Tarihi : 25.06.2012

Kabul Tarihi: 01.11.2012

Yazışma Adresi:

Fahri YETİŞİR

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

Tel : 0 312 321 00 82

E-posta : drfahriyetisir@hotmail.com

GİRİŞ

Üreteral kateterler içinde günümüzde en sık kullanılan kateterlerden birisi iki ucu J şeklinde kıvrık olan “double-j” kateterlerdir. Günümüzde kullanılan double-j üreteral stentler 1978 yılında Finney tarafından geliştirilmiştir (1). Şekil ve içeriğinde önemli değişimler olmuş olsa da hala istenmeyen bazı etkileri önemli morbidite nedenidir. Böbrek nakli yapılan pek çok merkezde üreteral kaçağı önlemek ve obstrüksiyon riskini azaltmak amacıyla günümüzde sıklıkla kullanılmaktadırlar(2,3). Ancak üriner enfeksiyon, rekürren obstrüksiyon, kateter enkrüsitasyonu ve fragmantasyonu, perforasyon ve kateterin migrasyonu gibi pek çok komplikasyon da bu kateterlere bağlı olarak görülebilmektedir (3).

Biz bu olgumuzda, canlı donörden böbrek nakli yapılan bir hastada double-j kateterin yerleştirilmesi sırasında mesane içindeki sondanın ucundaki boşluğa yanlışlıkla girdiği ve idrar sondası çekilirken postoperatif erken dönemde kateterin de beraberinde dışarı geldiği nadir bir durumu sunmak ve double-j kateterlerin yerleştirilmesi sırasında bu türlü bir komplikasyonla da karşılaşabileceğini gösterip olası nedenleri irdelemek istedik.

OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşındaki erkek kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastası hastanemiz nakil kliniğine canlı donörden böbrek nakli amacıyla başvurmuştur. Hastanın öyküsünde üç aydır FMF amiloidozu teşhisi ile kalıcı santral kateterinden haftada üç kez hemodiyalize girdiği öğrenilmiştir. Hastanın ek sistemik rahatsızlığı ve operasyon öyküsü olmadığı sistemik sorgulamasıyla öğrenilmiştir. Hastanemize organ nakli için başvuran hastanın alt üriner sistemi, voiding sistoüretrografi ve ürodinamik tetkiklerle değerlendirilmiş ve vericisi ile olan kan grubu uyumluluğu ve HLA-A,B ve DR doku tiplendirmeleri yapılmış ve böylelikle nakil için uygun olduğuna karar verilmiştir. Canlı donörün (kendi eşi) sol böbreği hastanın sağ iliyak fossasına pelvik retroperitoneal şekilde problemsiz olarak nakledilmiştir. Operasyonda Lich-Gregoir tekniği ile ekstrevezikal ureteroneosistostomi tercih edilmiş ve bu işlem sırasında üretere 6f 26 cm double-j kateter takılmıştır. Ancak double-j kateterin uzun olması nedeniyle ortasından kesilerek yerleştirilmiştir. Hastaya postoperatif takrolimus (2x3 mg/gün), mikofenolat mofetil (2x1000 mg/gün) ve steroid (1x250 mg/gün başlanıp doz azaltılmıştır) ile üçlü immünsüpresif tedavi başlanmıştır. Operasyonu takiben hastanın saatlik idrar çıkışı 100-250 cc arasında değişmiştir ve ek diyaliz ihtiyacı olmamıştır. Postoperatif ikinci günde saatlik idrar çıkışında azalma tespit edilmiş ve akut rejeksiyondan şüphelenilerek acil renal biyopsisi yapılmış ve profilaktik ATG (anti timosit globulin) tedavisi eklenmiştir. Tedaviye hızlı yanıt alınarak idrar çıkışı toparlanmış, kreatin düzeyleri tekrar gerilemeye başlamıştır. Biyopsi sonucu akut tübüler nekroz ile uyumlu gelmesi ve rejeksiyon bulguları tespit edilmemesi üzerine ATG tedavisi kesilmiştir.

Postoperatif dördüncü günde immünsüpresif durumda olması ve üriner enfeksiyon riski nedeniyle mesane içi sondası çekilmek istenmiş ve bu işlem sırasında yaklaşık 2-3 hafta sonra çekilmesi planlanan double-j kateter de beraberinde dışarı gelmiştir. İdrar sondasının ucundaki boşluğa, double-j kateterin alt ucunun girdiği (Şekil 1) ve burada takılı kalması nedeniyle sonda ile birlikte dışarı geldiği anlaşılmıştır. Sonda çekilmesi sonrası hastanın takiplerine devam edilmiş ve 24 saat sonra çekilen kontrol renal renkli doppler USG incelemesinde herhangi bir üreteral kaçak vs. gibi ürolojik komplikasyon düşündürcek patolojik bulguya rastlanılmamıştır. Hasta serum kreatin düzeyi 1,2 mg/dl ile postoperatif 20. günde taburcu edilmiştir.



Şekil 1: Resimde double j kateter ortasından kesilmiş olduğu, mesane tarafının j formasyonunu yitirmiş olduğu ve bu ucun mesane sondasının ucundaki boşluğa girerek sondanın çekilmesi esnasında Double J kateterin de beraberinde gelmesine neden olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Son dönem böbrek yetmezliğinin günümüzde en iyi tedavi yöntemi böbrek naklidir (2). İdrar kaçağı, obstrüksiyon gibi major ürolojik komplikasyonlar nakil sonrası greft kaybına kadar ilerleyebilecek önemli morbidite nedenleri arasındadır (1,4,5). Nakil cerrahları arasında da ürolojik komplikasyonları azaltmak amacıyla double-j kateter kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır (2).

Her ne kadar üroloji pratiğinde double-j kateterler rutin olarak kullanılmaktaysa da böbrek naklinde kullanımları halen tartışmalıdır. Akı ve ark.nın 236 nakil hastası üzerinde geriye dönük yapmış oldukları bir çalışmada %71 hastada üreteral stent kullanmadan ureteroneosistostomi yapmış oldukları ve bu hastalarda %6,1 ürolojik komplikasyon (üreter kaçağı, üreter darlığı ve taş hastalığı) gözlenirken üreteral stent kullandıkları hastalarda bu oran %10,6 olduğu gözlenmiştir (6). Bu nedenle böbrek nakli yapılan hastalarda ürolojik risk açısından düşük riskli hastalarda stent kullanmadan dikkatli

bir cerrahi yaklaşımla başarılı sonuçlar elde edileceğini ve seçilmiş yüksek riskli olgularda (çok kısa üreteri olan, üreteri yeterince kanlanmayan böbreklerle, pediatrik kadavra böbreklere, alt üriner sistem disfonksiyonu veya nörojen mesanesi olan hastalara veya cerrahın postoperatif üreter sorunu çıkabileceğini düşündüğü olgulara) üreteral stent kullanımının komplikasyonları azaltabileceği vurgulanmıştır (6). Bazı çalışmalarda rutin olarak her hastaya peroperatif double-j kateter yerleştirilmesi önerilmektedir (7). Nicholson ve ark.nın 350 böbrek nakli hastasını içeren bir çalışmalarında ise double-j kateter kullanımının sadece enfeksiyon oranını artırmakla birlikte diğer ürolojik komplikasyonları azaltacağı net bir şekilde vurgulanmaktadır (7). Mangus ve Haag ise double-j kateter kullanımının komplikasyon oranını azaltacağını belirtmekte bu nedenle rutin olarak tüm nakil hastalarında double-j kateter yerleştirilmesinin önermektedir (8). Biz de tüm nakil hastalarımızda double-j kateter kullanılmaktadır. Ancak immünsüprese böbrek nakilli hastalarda double-j kullanımı başta idrar yolu enfeksiyonu olmak üzere kendine has pek çok ciddi komplikasyona neden olabilmektedir (2,9,10).

Double-j kateterler sistoskopik veya perkütan olarak veya açık cerrahi teknik ile yerleştirilebilmektedir (11). Böbrek nakillerinde double-j stent yerleştirilmesinde açık cerrahi teknik kullanılmaktadır ve bu stentler operasyondan 2 ile 3 hafta sonra sistoskopik olarak çıkartılmaktadırlar. Bizim olgumuzda kateterin postoperatif dördüncü günde sondaya takılmış vaziyette sonda ile birlikte kendiliğinden dışarı çekilmesi kullanılan açık cerrahi teknik sırasında mesane içindeki sondanın uç kısmının görülmeden double-j kateterin yerleştirilmesi nedeniyle oluşmuştur. Ayrıca double-j kateterin boyutunun 26 cm olması ve operasyon lojuna uygun olabilmesi için ortadan ikiye kesilmesi nedeniyle bu tür bir komplikasyon geliştiği de düşünülmektedir. Piyasada 8 cm den başlayarak 30 cm uzunluğuna kadar değişen boyutlarda ve değişen kalınlıklarda double-j kateterler bulunabilmesine rağmen, bizde olduğu gibi bazı merkezlerde her zaman uygun boyutta double-j kateter bulunamamaktadır ve böbrek transplantında uzun olan double-j kateterin mesane tarafı kesilerek kullanılmaktadır. Bu kesme işlemi sonunda, kateterin distal kısmının "J" formu ortadan kaldırılmış olmaktadır. Bunun neticesinde de kateter, mesane içine ilerletilmesi esnasında doğrusal olarak ilerleyerek mesanedeki sondanın ucuna girme olasılığının artacağı kanaatindeyiz.

Sonuç olarak her olguya yalnızca o olguya uygun boyutta ve kalınlıkta double-j kateter kesilmeden, "J" formasyonu bozulmadan kullanılması gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Finney RP: Double-j and diversion stents. *Urol Clin North Am* 1982; 9: 89-94
2. Aki FT, Koni A, Bilen CY, İnci K, Erkan İ, Bakkaloğlu M: Management of encrusted ureteral stent with mini percutaneous nephrolithotomy in patient with kidney transplantation. *Turk Neph Dial Transpl* 2010; 19: 65-68
3. Ahallal Y, Khallouk A, El Fassi MJ, Farih MH: Risk factor analysis and management of ureteral double-j stent complications. *Rev Urol* 2010; 12(2-3): 147-151
4. Davari HR, Yarmohammadi H, Malekhosseini SA, Salahi H, Bahador A, Salehipour M: Urological complications in 980 consecutive patients with renal transplantation. *Int J Urol* 2006; 13: 1271-1275
5. Streeter EH, Little DM, Cranston DW, Morris PJ: The urological complications of renal transplantation: A series of 1535 patients. *BJU Int* 2002; 90: 627-634
6. Akı FT, Koni A, Günay M, Elhaj S, Bakkaloğlu M, Erkan İ: The effect of the use of ureteric stents on urological complications in selected kidney transplant cases. *Turk Neph Dial Transpl* 2011; 20(1): 83-87
7. Nicholson ML, Veitch PS, Donnelly PK, Bell PR: Urological complications of renal transplantation: The impact of double J ureteric stents. *Ann R Coll Surg Engl* 1991; 73(5): 316-321
8. Mangus RS, Haag BW: Stented versus nonstented extravesical ureteroneocystostomy in renal transplantation: A metaanalysis. *Am J Transplant* 2004; 4: 1889-1896
9. Yiğit B, Aydın Ç, Berber İ, Yaltı T, Titiz İ: The effects of Double J stents to the rate of urological complication in renal transplant Recipients. *Türk Üroloji Dergisi* 2000; 26(2): 236-238
10. İmamoğlu A, Topaloğlu H, Kiper A, Ersoy H, Bakırtaş H: Double-J ureteral stent uygulanan hastalarda stent çevresinde taş oluşumu ve tedavisi. *Ankara Tıp Mecmuası* 1994; 47: 677-638
11. Smedley FH, Rimmer J, Taube M, Edwards L: 168 double J (pigtail) ureteric cathete insertion: A retrospective review. *Ann Coll Surg Engl* 1988; 70(6): 377-379