



Üreter Taşı Tedavisinde Acil ESWL (eESWL) Başarısını Belirleyen Faktörler, Tek Merkezli Çalışma

A.Panah, A. Patel, A. Bourdoumis, A. Kachrilas, N. Buckholz, J. Masood.
Endoüroloji ve Taş servisi, Barts Health NHS Trust, London, UK.

“**A**cil Vücut Dışı Şok Dalgaları ile Taş kırma (eESWL)” yönteminin üreter taşı tedavisi için gerçekleştirilen üreteroskopi sıklığını azalttığını gösteren az sayıda çalışma mevcuttur. Yazarlar eESWL başarısını ve bu başarıya etki edebilecek faktörleri belirlemeye çalışmak için ilk üreteral kolik atağında eESWL uygulanan (koliğin ilk 72 saatinde) hastaları geriye dönük olarak değerlendirmişlerdir.

eESWL nin bir tedavi yöntemi olarak akut komplikasyonsuz üreter taşı vakalarında kullanımına dair yapılmış sadece bir kaç çalışma vardır. Bunun yanında EUA yönergelerinde bu tedavi yöntemine dair ifade bulunmamaktadır. eESWL nin rutin günibirlik ESWL ile karşılaştırıldığında gerek daha az üreter ödemi ve gerekse daha düşük impakte olma olasılığı nedeniyle taşsızlık sağlama potansiyelinin yüksek olduğu ve dolayısıyla morbidite, potansiyel hastanede kalış ve iş kaybını azaltarak maliyet etkinliği sağlayabileceği düşünülmüştür.

Bu potansiyel avantajları değerlendirirken, kendiliğinden düşebilecek veya medikal tedavi ile taşsızlık sağlanabilecek olgularda gereksiz ve aşırı tedavi riskini de yok saymamalıdır. 5 mm altındaki üreter taşlarında kendiliğinden düşme oranları %80 civarındadır ve bu nedenle takip edilebilir (Aktif izlem süresi 40 güne kadar uzayabilmektedir). İlave olarak taş lokalizasyonu düşünüldüğünde proksimal üreter taşlarının %25'i, orta üreter taşlarının %45'i ve distal üreter taşlarının ise %70'i kendiliğinden düşebilmektedir. Son yıllarda bir çok farmakolojik yaklaşım, taş retansiyonunun muhtemel sebepleri üzerinde odaklanmıştır. Hem alfa antagonistler hemde kalsiyum kanal blokerleri üreterik kas spazmını bloke ederek taşın ilerleme ve düşmesine yardımcı olmaktadır. Ani gelişen üreter taşı tedavisinde ana hedef semptomların kontrol edilmesiyle beraber medikal ekspulsif tedavinin başlatılmasıdır.

Semptomlar gerilemez, septik koşullar gelişir veya böbrek fonksiyonları kötüleşir ise, double J katater veya perkutan nefrostomi yerleştirilmesi düşünülmelidir. Geleneksel olarak konservatif tedaviye yanıt alınmazsa ESWL veya URS ile taş fragmantasyonu sağlanmalıdır. Ancak bu yaklaşım olası ESWL veya cerrahiye kadar geçen sürenin artmasına sebep olarak devam eden morbidite, iş kaybı, ağrı ve maliyetli hastane başvurularına sebep olabilecektir.

Çalışmaya 97 hasta dahil edilmiş. eESWL uygulanan 71 hastada taşsızlık (%73.2) sağlanırken (grup I), tedavisi başarısız olan 26 hasta ise üreterorenoskopiye yönlendirilmiş ve bu hastalar grup II'yi oluşturmuştur.

Grup I ve II'de ortalama taş çapı sırasıyla 6.4 mm ve 7.7 mm olarak belirlenmiş (p değeri 0.00141) ve ortalama HU ise grup I'de 480, Grup 2'de ise 612 olarak tespit edilmiştir (p değeri 0.0036). Uygulanan şok dalgası sayısı, maksimum yoğunluk ve ESWL seans sayısı her iki grupta anlamı farklılık göstermemiş. Başvurunun ilk 24 saatinde tedavi edilen olgu oranı Grup A'da %48, Grup B'de ise %42.3 olarak saptanmıştır. Veriler ayrıca göstermiş ki grup A hastalarının %78'i ilk seanslarını 48 saat içinde alırken Grup B' de bu oran %62 olarak saptanmıştır. Grup A hastalarının %22.5'u ve Grup B hastalarının %38'inin tedavisi 48-72 saat arasında başlatılmıştır.

Literatüre göre proksimal üreterde yer alan 10 mm altı taşlarda ESWL, 10 mm üstü taşlarda ise URS ve holmium lazer litotripsi daha başarılıdır. Benzeri taşsızlık oranları rapor edilmesine rağmen orta üreter taşlarında barsak gazı ve kemiğe yakınlık gibi taş odaklamasını zorlaştıran gerekçelerle ESWL yerine URS tercih edilebilir. Distal üreter taşlarında taşsızlık oranı URS lehinedir. Yakın zaman önce yapılan bir meta-analizden elde edilen bulgular göstermiştir ki, 8 mm üstü taşlarda her bir mm için proksimal üreter taşlarında %8.1, distal

üreter taşlarında %5 daha düşük taşsızlık oranı söz konusudur.

Çalışmadaki bütün parametreler değerlendirildiğinde, taş boyutu ve yoğunluğu taşsızlığa pozitif etki eden iki belirteç olarak görülürken şok dalga sayısının ve güç yoğunluğunun etkisi olmadığı belirtilmiştir.

Bulgular ve literatürdeki yayınların ışığında, eESWL 5-10 mm arasındaki üreter taşlarında tatmin edici bir tedavi olduğu ve üreter taşı tedavi maliyetini endoskopik cerrahi ihtiyacı azaltmak yolu ile düşürdüğü kanısına varılmıştır. Maliyet etkinliğine katkısına destek amacı ile yakın zamanda 570 hasta üzerinde uygulanan bir meta analizden destek alınmış ve 8 mm'nin altındaki taşlara hemen uygulanan ESWL'nin medikal tedaviden daha etkin ancak daha pahalı olduğu belirtilmiştir (26).

Aslında, üreter alt uç taşlarına uygulanan üreteroskopik litotripsi başarısının %100'e yaklaştığını belirten raporlar vardır. Hatta bazı yayınlar acil URS nin göreceli güvenle uygulanabileceğini savunmuştur. Bununla beraber URS, anestezi, hastaneye yatış ve bazen double J üreter kataterinin takılma ve ayrıca çekilme işlemini gerektirmektedir. Ayrıca üreter üst uç taşlarında özellikle erkeklerde başarısı daha düşük morbiditesi daha fazla olarak rapor edilmiştir. İki tedavinin karşılaştırmalarında, üreter taşının URS ile tedavisinin taşsızlık oranı ESWL ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmakla beraber komplikasyon oranı ve hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu belirtilmiştir.

Yazarlar Acil ESWL'nin renal ve üreterik kolik tedavisinde tatmin edici ağrı giderilmesi ve taşsızlık oranıyla güvenli ve iyi tolere edilen bir tedavi seçeneği olduğu kanısına varmışlardır. Yeri ne olursa olsun büyük çapı 1 cm altında olan üreter taşlarının ilk tedavi seçeneği olabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca taş boyutunun ve yoğunluğunun (HU) göz önünde bulundurulması gereken önemli faktörler olduğu belirtilmiş ve ideal olarak ilk 24 saatte başlatılan erken tedavinin taşın impakte olmasını minimize ederek toplam başarı oranını arttırdığı belirtilmiştir.

Çevirmenin Yorumu

Bu çalışmada üreter taşına bağlı kolik ağrı ile

başvuran hastalara ilk 72 saat içinde ESWL uygulanarak acil ESWL grubu tanımlanmış ve bu tedaviye yanıt vermeyenler ise endoskopik tedaviye yönlendirilmiş ve diğer grubu oluşturmuşlardır. Acil ESWL uygulanan grubun %73.2'sinde taşsızlık sağlanmış ve başarıyı etkileyen parametre olarak taş boyutu ve HU gösterilmiştir. Acil ESWL uygulamasının henüz üreter ödemi meydana gelmeden yapılan bir tedavi girişimi olduğu için başarılı ve uygulanabilir olduğu öne sürülmüştür.

Beş mm ve altı taşların spontan düşme olasılığının %80, üstü boyutlarda ise ortalama üst üreter taşlarında %25, orta üreter taşlarında %45 ve alt üreter taşlarında %70 olduğunu belirten makaleler mevcuttur (1,2,3). Bu durumda çalışmaya esas edilen grubun taş boyutunun dağılımı önem kazanmaktadır. Bu bilginin eksikliği sağlıklı karşılaştırmayı engellemiştir kanısındayım. Çalışmada sadece ortalama taş boyutu verilmiştir. Başarılı olan grupta ortalama taş boyutu 6.4 mm, endoskopiye yönlendirilenlerin ortalama taş boyutu ise 7.63 olarak bildirilmiştir. Ortalama boyutlar esas alındığında bile elde edilen %73.2'lik başarı kendiliğinden düşme oranına üstünlük sağlamamaktadır. Kaldı ki; 5 mm altı taşların yüzdesini bilmek bu çalışmanın istatistiksel anlamını değiştirebilecektir. Gruplara dahil edilen gerek 20 mm'lik taşların o ana kadar bulgu vermeyip birden kolik oluşturması, gerekse 3 mm'lik taşların kolik oluşturup üstelik ESWL'de odaklanabilmesi grupları tartışmalı hale getirebilir düşüncesindeyim. Taş gruplarının daraltılarak karşılaştırılmasının daha doğru olabileceği kanısındayım.

İlk 72 saatte uygulanan acil ESWL'nin üreter ödemi yol açmadan başlatılmasının başarıyı getirdiği öne sürülmüştür. Hal bu ki; başarılı grupta ortalama seans 1.64 olarak rapor edilmiştir. İki seans arasında geçen süre 72 saati aşan yine ödemli bir süreç değil midir? İki grup arasında seans sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmamıştır. Demek ki; taşın üreterde bekleme süresi ödeme ve başarısızlığa neden olmayabilir. Belki de; ilk 72 saat içindeki taşsızlık oranı karşılaştırılmaydı.

Literatürün aksine acil ESWL başarı oranlarının üreter üst, orta ve alt uçta benzeri olduğu rapor edilmiştir. Halbuki üreter taşlarına uygulanan eswl başarısının alt uca doğru anlamlı düştüğü bilinmektedir.

Üreter taşlarına acil ESWL'nin günlük pratikte yer alabilmesi için daha homojen gruplar oluşturulup ESWL insitu, elektif ESWL, acil ÜRS (rigid ve flexible) veya medikal tedavi ile karşılaştırılabilmesi gerektiği kanısındayım. Ayrıca nonopak üreter taşlarının çalışmaya dâhil edilip edilmediğini bilmek sanırım anlamlı olurdu.

Çeviri:

Yrd. Doç. Dr. Bülent Erkurt

Medipol Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı

Kaynaklar

1. Miller OF, Kane CL (1999) Time to Stone passage for observed ureteral calculi : a guide for patient education . J Urol 162 (3 pt I): 688:690.
2. Chau LH, Tai DC, FUnğ BT, Li JC, Fan CW, Li MK (2011) Medical expulsive therapy using alfuzosin for patient presenting with ureteral Stone less than 10 mm: a prospective randomized controlled trial . Int J Urol 18 (7): 510-514.
3. Porpiglia F, Ghignone G, Fiori L, Fontana D, Scarpa RM (2004) Nifedipine versus tamsulosin for the management of lower ureteral Stones. J Urol 172: (2): 568-571.