

## Ureterorenoskopi

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Genel yada spinal anestezi kullanılır. Yaklaşık 100 cm uzunluğunda, bir ışık kaynağına sahip, sıvı yardımıyla fiberoptik sistemle görüntü sağlanan ince bir enstrümanla (üreterorenoskop) üretradan geçirilir. Mesaneye ulaştıktan sonra böbrekler ve mesane arasındaki bağlantıyı sağlayan yola (üreter) bir kateter (plastik ince bir boru) yardımıyla girilir. Üreterde oluşan tıkanıklık bu alet yardımıyla görülmeye çalışılır. Görülemez ise kontrast madde (renkli sıvı) verilerek üreter röntgen filmi ile gösterilmeye çalışılır. Tıkanıklığa neden olan taş ise taş üreterorenoskopun içinden geçebilen pnomatik, lazer, ultrasonik veya elektrohidrolik güc kaynakları kullanılarak kırılır. Kırılan taş parçaları küçükse yerinde bırakılarak hastanın bunları kendi kendine dışarması beklenir. Taş parçaları biraz daha büyükse taş yakalamaya yarayan forsepslerle tutularak yada basket adı verilen sepet benzeri aletlerle tutularak mesanenin içine çekilir. Eğer taş üst üreter veya böbreğin içindeyse bukulebilir (fleksible) ureterorenoskop kullanılır ve taş lazer veya bukulebilir pnomatik probu ile kırılır. Tıkanıklığa yol açan şüpheli bir kitle yada görünüm varsa biyopsi alınır veya endoskopik kazıma (rezeksiyon) yapılabilir. Operasyon bitiminde üreter kateteri veya double-J kateter ( bir ucu böbrekte diğer ucu mesanede olan yumuşak plastik ince bir boru) üretere yerleştirilir. Mesaneye de foley kateter (kauçuk bir boru) takılır ve birkaç gün boyunca kalır.

### B-ANESTEZİ

Anestezi ve içerdiği riskler hakkında bilgi edinmek için ‘anestezi hakkında’ bilgilendirme sayfalarına bakınız. Eğer herhangi bir endişeniz varsa konu hakkında anestezi uzmanınız ile konuşabilirsiniz. Bilgilendirme sayfası size verilmemişse lütfen bir tane isteyiniz.

### C-BİR AMELİYATIN GENEL RİSKLERİ

- a- Akciğerlerin küçük bölgeleri kapanabilir, bu da akciğer enfeksiyonu riskini artırabilir. Antibiyotik tedavisi ve fizyoterapi gerekebilir.
- b- Bacaklardaki pıhtılaşmalar ( derin ven trombozu) ağrı ve şişmeye neden olabilir. Nadiren bu pıhtıları bir kısmı yerinden kopup akciğere gider ve ölümcül olabilir.
- c- Kalbin yükünün artması nedeniyle kalp krizi gelişebilir.
- d- İşlem nedeniyle ölüm olabilir.

### D- BU AMELİYATIN RİSKLERİ

Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar vardır. Ameliyattaki riskler:

1. Kan transfüzyonuna neden olabilecek kanama oluşabilir (< % 0,1)
2. Taş varlığında işlem sırasında taş böbreğe kaçabilir ve taşın kırılması için ek girişime (açık cerrahi, ESWL, perkutan cerrahi) ihtiyaç olabilir. (% 8)
3. Foley sonda çekimi sırasında üretere yerleştirilmiş olan kateterler sondaya takılabilir ve sonda ile birlikte çıkabilir. Bu durumda kateterin takili kalması gerekiyorsa tekrar kateter takmak için ek girişim gerekebilir. (< % 0,1)
4. Takılan D/J kateterin 1.5-3 ay sonra çekilmesi gerekmektedir. Çekilmez ise enfeksiyona, kanamaya, taş oluşumuna, idrar sıkayetleri ve üretral stenoza neden olabilir (%5)
5. Takılan double-j katetere bağlı idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrarda kanama ve hatta gecici idrar tutamama sıkayeti gelişebilir. (% 10)
6. Operasyon sırasında üretere ya da mesaneye hasar verilebilir ve hasar onarımı için açık cerrahi tedaviye ihtiyaç olabilir. Bu karından yapılacak bir kesiye ve daha uzun süre hastahane kalmaya neden olabilir. Eğer yaralanma barsak cerrahisini gerektirirse geçici ya da kalıcı kolostomi açılabilir. (< % 0,1)

7. Operasyon alanında ya da idrar yollarında enfeksiyon oluşabilir. Tedavisi antibiyotiklerdir.(% 5)

8. Girişim tas nedeni ile yapılıyorsa taşın kırılması ve çıkarılması sırasında üretere hasar verilebilir ve bu hasarın giderilmesi için acık yada kapalı ek girişim ihtiyacı olabilir. (< %1)

9. Üreterde tikanıklık yapan nedenin taş olduğu düşünülerek yapılan girişimlerde üreter yada mesanede tumore rastlanırsa ve hasta genel anestezi alıyorsa mümkünse hastanın yakınlarına gerekli girişim hakkında bilgi verildikten sonra uygun girişim yapılır. Hasta yakınlarına da ulaşılamadıysa cerrah hasta için en doğru ve uygun olduğunu düşündüğü girişimi yapabilir.

10. Obez kişilerde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır.

11. Sigara içicilerinde yara ve göğüs enfeksiyonları, kalp akciğer komplikasyonları ve trombüs açısından risk artmıştır.

Hastalığınız hakkında bilmeniz gerekenler:

Böbrekten mesaneye idrarın taşındığı üreter denem kanalda idrar akımını kesintiye uğratan veya tamamen tıkanan ve hatta böbrekte genişlemeye yol açan taş veya başka bir patoloji bulunmaktadır.

Girişimin yapılmaması durumunda neler olabilir?:

Girişimin yapılmaması durumunda mevcut patoloji ağrı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, idrardan kan gelmesi, bulantı, kusma, böbreğinizin genişlemesi ve sonrasında fonksiyonlarını kaybetmesine neden olabilir. Tumor varlığında tanıda gecikmeye ve tumorun tüm vücuda yayılmasına ve hayat sürenizin kısalmasına neden olabilir.

Nasıl bir tedavi/girişim uygulanacak (Alternatif tedaviler hakkında bilgi içermelidir):

Endoskopik bir yöntem olan ureterorenoskopik olarak hastaya girişim yapılacak ve patolojiye uygun tedavi uygulanacaktır.

\* Patolojinin taş olması durumunda alternatif olarak;

- Açık cerrahi yöntem uygulanabilir. Karın alt yan kısmından açılan bir kesi ile üreter bulunarak taşa ulaşılır ve taş çıkarılır. Ancak iyileşme ve hastanede yatış süresi daha uzundur.

-Diğer bir alternatif tedavi ise ESWL adı verilen vücut dışından şok dalgalarıyla taş kırılmasıdır. Taşın yapısı ve lokalizasyonuna göre başarı oranları değişmektedir. Üreter alt uç taşlarının kırılması proksimaldekilere göre daha zordur.

-Tedavideki diğer yöntem ise laparoskopik yöntemdir. Gövdenin yan bölümünde 4 veya 5 adet 1 cm.lik kesiden yerleştirilen özel ekipman kullanılarak operasyon gerçekleştirilir. Operasyon başlangıcında mesaneye bir kateter ve bitiminde operasyon bölgesine bir dren yerleştirilir.

\* Patolojinin tumor olması durumunda ise hastaya alternatif olarak acık cerrahi ile bobağ ve ureterin birlikte çıkarılması veya üreterde kısa bir segmentte ise tumorlu kısmın çıkarılması ve kalan ureterin tekrar üretere veya mesaneye bağlanması işlemi yapılabilir.

Ortaya çıkabilecek yan etkiler:

- Sık görülebilen yan etkiler: Ağrı
- Nadir görülebilen yan etkiler:Taşın böbreğe kaçması, idrardan kan gelmesi, idrar yolu enfeksiyonu
- Çok nadir görülebilen yan etkiler: İdrar kanalı, mesane veya üreterde yaralanma

Hastanın girişimin şekli, zamanı, yan etkileri, başarı oranı ve başarıdan ne kastedildiği,

girişim sonrası ile ilgili soruları:

- Girişim genellikle önceden planlanmış olarak nadiren de acil olarak (durdurulamayan ağrı, tek bobrek varlığı ve idrar çıkışının azalması veya durması vb.) genel yada spinal anestezi altında yapılır. Yaklaşık 100 cm uzunluğunda, bir ışık kaynağına sahip, sıvı yardımıyla fiberoptik sistemle görüntü sağlanan ince bir enstrümanla (üreterorenoskop) üretradan geçirilir. Mesaneye ulaşıldıktan sonra böbrekler ve mesane arasındaki bağlantıyı sağlayan yola (üreter) bir kateter (plastik ince bir boru) yardımıyla girilir. Üreterde oluşan tıkanıklık bu alet yardımıyla görülmeye çalışılır. Görülemez ise kontrast madde (renkli sıvı) verilerek üreter röntgen filmi ile gösterilmeye çalışılır. Tıkanıklığa neden olan taş ise taş üreterorenoskopun içinden geçebilen pnomatik, lazer, ultrasonik veya elektrohidrolik güç kaynakları kullanılarak kırılır. Kırılan taş parçaları küçükse yerinde bırakılarak hastanın bunları kendi kendine dışarması beklenir. Taş parçaları biraz daha büyükse taş yakalamaya yarayan forsepslerle tutularak yada basket adı verilen sepet benzeri aletlerle tutularak mesanenin içine çekilir. Eğer taş üst üreter veya böbreğin içindeyse bukulebilir (fleksible) üreterorenoskop kullanılır ve taş lazer veya bukulebilir pnomatik probu ile kırılır. Tıkanıklığa yol açan şüpheli bir kitle yada görünüm varsa biyopsi alınır veya kazıma (rezeksiyon) yapılabilir. Operasyon bitiminde üreter kateteri veya double-J kateter (bir ucu böbrekte diğer ucu mesanede olan yumuşak plastik ince bir boru) üretere yerleştirilir. Mesaneye de Foley kateter (kauçuk bir boru) takılır ve birkaç gün boyunca kalır.

- Ameliyatın yapılış şekli yukarıda tariflenmiştir.

- Bu ameliyatın taşıdığı bazı riskler/ komplikasyonlar mevcut olup bunlar yukarıda belirtilmiştir.

- Başarıdan kasıt bu işlem sonrasında idrar akımındaki tıkanıklığın nedeninin belirlenmesi, taş varlığında taşınımın kırılması, idrar akımındaki tıkanıklığın giderilmesidir. İşlemin başarısı alt üreter taşlarında üst ve orta üreter taşlarına göre daha yüksek ve %90-98 arasında değişmektedir. Girişim sonrası üreter ve üretral kateter sıklıkla 1 gün sonra çekilir. Double-J kateter ise 1,5-3 ay sonra çekilir.

.....

Girişimden önce hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyat olacağınız gecedan itibaren hiçbir şey yememeli ve içmemelisiniz. Aspirin, coraspin ve türevleri gibi kan sulandırıcı ilaçları 1 hafta önceden kesmelisiniz. Gece size hekiminize önerilen şekilde barsak temizliği yapmalısınız.

Girişimden sonra hastanın dikkat etmesi gereken hususlar:

Ameliyatın 1. gününde aksi söylenmedikçe mutlaka yürümelisiniz. Bol su içmelisiniz. Size önerilen ilaç ve diyeteymalisiniz. Önerilen tarihte poliklinik kontrolüne gelmeli ve double-j kateterinizi cektirmelisiniz. Takılan double-j katetere bağlı idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma, idrarda kanama ve hatta gecici idrar tutamama şikayeti gelişebilir. Bu şikayetler şiddetli olursa hekiminize başvurunuz. Bazen takılan kateterin bir kısmı yada tamamı idrar kanalından kendiliğinden çıkabilir bu durumda hekiminize başvurunuz. Kateter varken yüksek ateş, terleme ve titreme, bulantı-kusma gelirse olası bir idrar yolu enfeksiyonunu ekarte etmek gerekir bu nedenle hekiminize başvurmanız gerekir.

Hekimin hasta hakkında bilmek istedikleri:

Kullandığı ilaçlar:

Kanama zamanı:

Geçirdiği

Ameliyatlar:

Alerji:

Diğer hastalıklar:

Hekimin bilgilendirme konuşmasına ait notları:

.....  
.....  
.....

Hekimin kaşesi ve imzası

Hasta, veli veya vasiinin onam açıklaması:

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi/girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunların riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim.
- Tedavi/girişim'den önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım.
- Tanı/tedavi/girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabilmesi açıklandı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim bir biçimde yanıtladı.
- Tedavi/girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi/girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

Yer/Tarih/Saat

Hastanın/ Veli/Vasi veya Yakınının imzası:

*Lütfen kutu içine kendi el yazınızla "hastalığım ve tedavi süreci ile ilgili bana anlatılanları ve okuduklarımı anladım, onay veriyorum." yazınız.*

.....

NOT: Hastanın onam veremeyecek durumda olması halinde, onam alınan kişinin kimlik bilgileri ve imzası alınır.

- Hastanın Velisinin (Ebeveynin) ikisinin de imzalaması gereklidir. Eğer velilerden yalnız birinin imzası varsa, imzalayan çocuğun bakımını kendi başına üstlendiğini veya diğer velinin izninin bulunduğunu kanıtlamalıdır.

Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişinin (örneğin tercüman) :

Adı, soyadı:

Adresi:

Ben "Aydınlatılmış Hasta Onam Formu" içindeki bilgileri hastanın kendisine, ebeveynine veya yakınlarına yapabileceğim en iyi şekilde aktardım.

İmza:

Tarih: