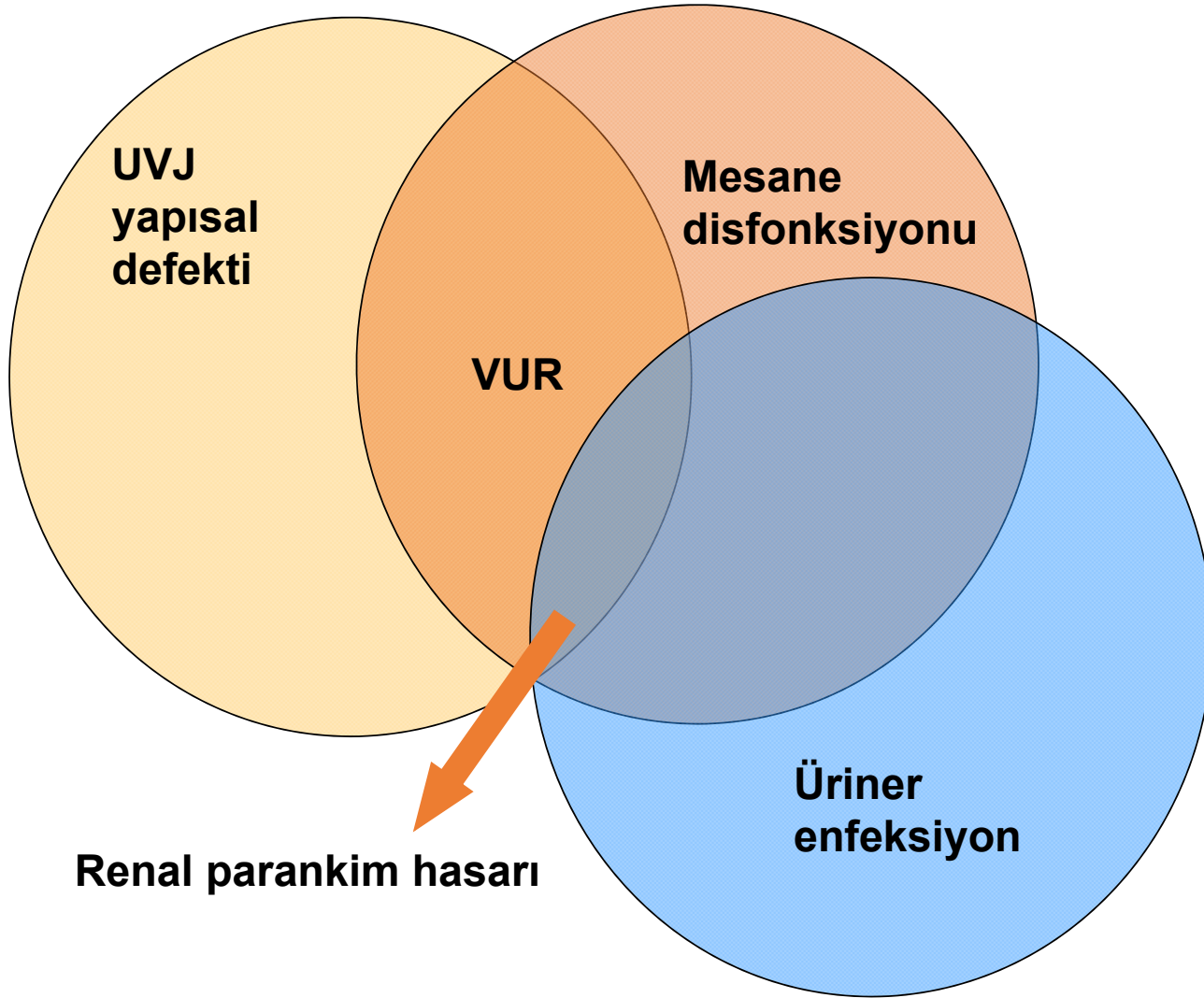


VUR (Cerrahisi) Vaka Tartışmaları



VUR

- Sorun: optimal yaklaşımı belirlemede
 - tanısal yöntemlerin kullanımı,
 - tedaviye, tedavinin zamanı ve şekline karar verme

VUR Tanısı
Koyma

Hiç Tedavi
Planlama



Her şüphede İSÜG
çek

Her olguyu hemen
ameliyat et

VUR Derecesi	Böbrek	Semptom	Tuvalet eğt.	AÜSS	Risk Grupları	İlk Tedavi	Notlar	İzlem
Yüksek	Anormal	E	E	E	Yüksek	Her zaman AÜSS tedavisiyle başla+Ant	Erken cerrahi ihtimali yüksek	İYE ve AÜSS için daha yoğun izlem; 6 ay sonra tam yeniden değerlendirme.
Yüksek	Anormal	E	E	H	Yüksek	Cerrahi	Açık Cerr > Endoskopik	PO VCUG sadece gerekli durumlarda. Böbrekler puberte sonrasına kadar izlenmeli.
Yüksek	Anormal	E	H	E	Orta	Ant.	Spontan düzelme erkeklerde daha fazla	İYE ve HN izlemi; 12-24 ay sonra tam yeniden değerlendirme.
Yüksek	Anormal	H		H	Orta	Ant.		İYE ve HN izlemi; 12-24 ay sonra tam yeniden değerlendirme.
Yüksek	Normal	E	E	E	Orta	Her zaman AÜSS tedavisiyle başla+Ant	Üroterapiye rağmen AÜSS sürüyorsa girişim; tipi tartışmalı.	İYE, AÜSS ve böbrekler için izlem; başarılı üroterapi sonrası tam yeniden değerlendirme.
Düşük	Anormal	E	E	EH	Orta	İlk seçenek tartışmalı. Endoskopik tedavi seçenek. AÜSS tedavisi.		İYE, AÜSS ve böbrekler için puberte sonrasına kadar izlenmeli.
Düşük	Normal	E		E	Orta	Her zaman AÜSS tedavisiyle başla +/- Ant		İYE ve AÜSS için izlem.
Düşük	Normal	E		H	Düşük	Tedavi önerilmez.	İYE riski hakkında aile bilgilendirilmeli.	İYE için izlem.
Düşük	Normal	H			Düşük	Tedavi önerilmez. (İnfantlar dahil).	İYE riski hakkında aile bilgilendirilmeli.	İYE için izlem.

- "Algoritmacı" doktor – "Ben yaptım, oldu"cu doktor!
- Hastalık yok hasta var

Panel: Amaçlar

- Doğru tanı
- Başarıyı artıran, komplikasyonu azaltan klinik detaylar

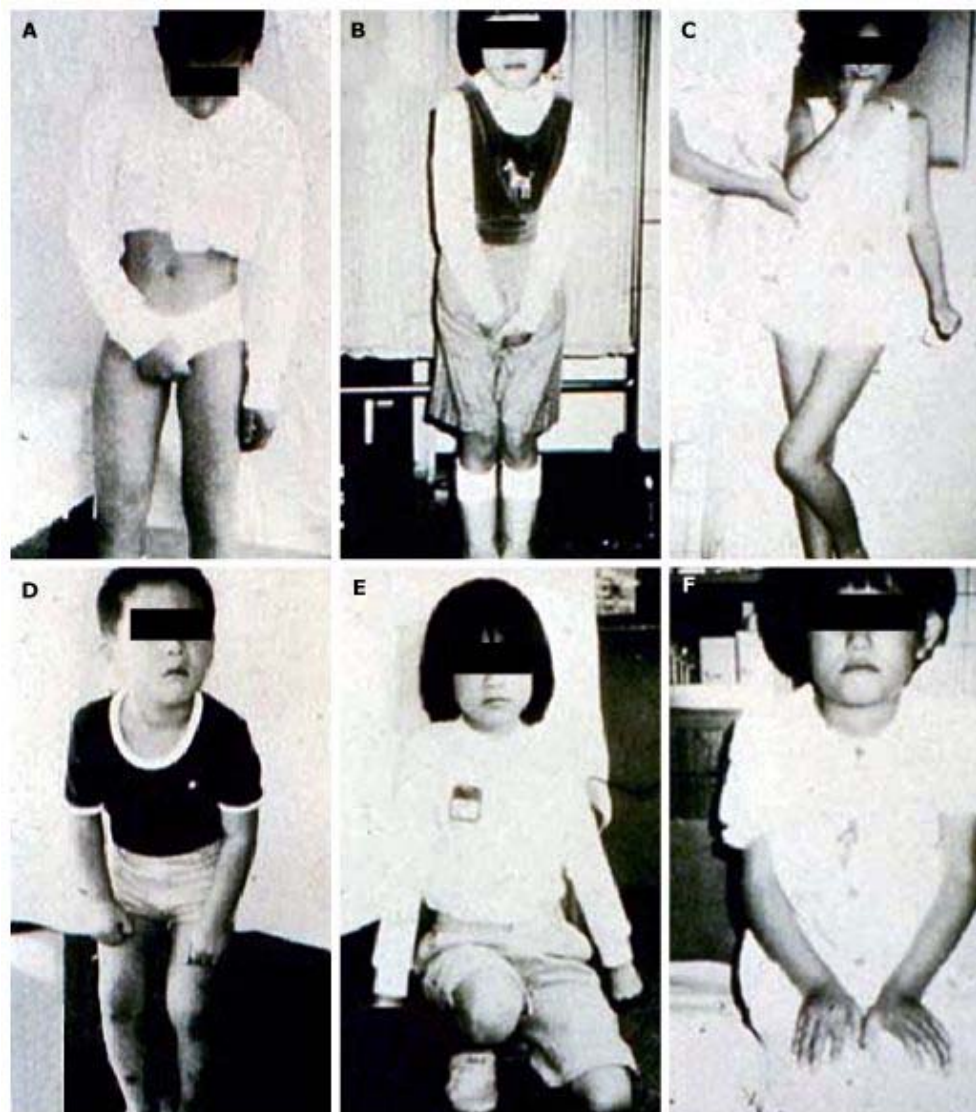
- 5 Yaş, erkek
- Ateşli İYE +
- **DMSA: Renal skar +**
- VCUG: Sol Grd IV VUR
- Sık idrar, gündüz idrar kaçırma
- Muhtemel kabız
- Yüksek risk
- İlk tedavi: AÜSS ve AB
- Erken cerrahi iht.
- 6 ay sonra tam yeniden değerlendirme

- 5 Yaş, erkek
- Ateşli İYE +
- **DMSA: Skar yok**
- VCUG: Sol Grd IV VUR
- Sık idrar, gündüz idrar kaçırma
- Muhtemel kabız
- Orta risk
- İlk tedavi: AÜSS ve AB
- Ted. son. tam yeniden değerlendirme
- AÜSS devam→?

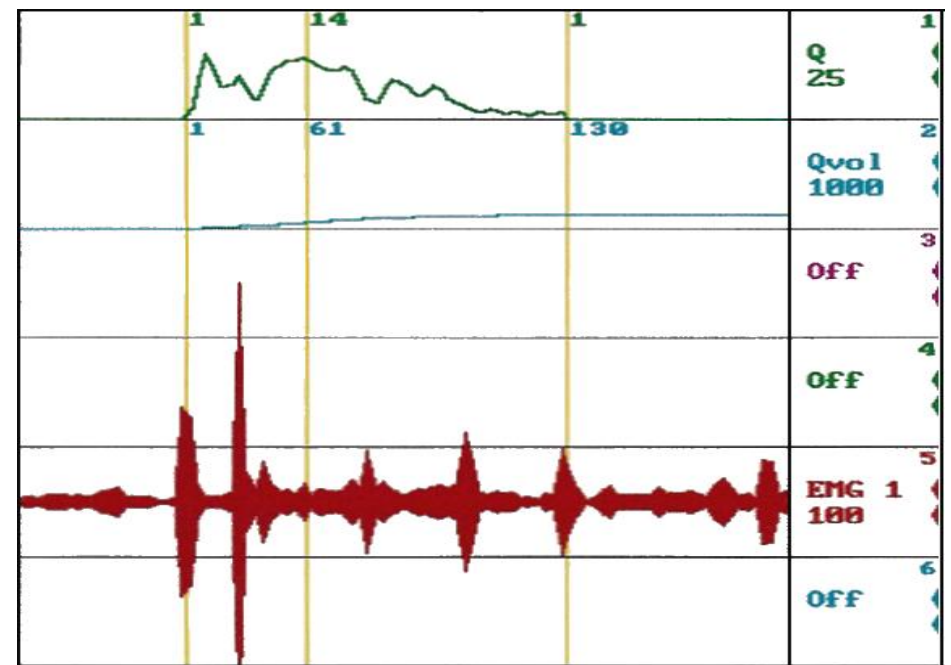
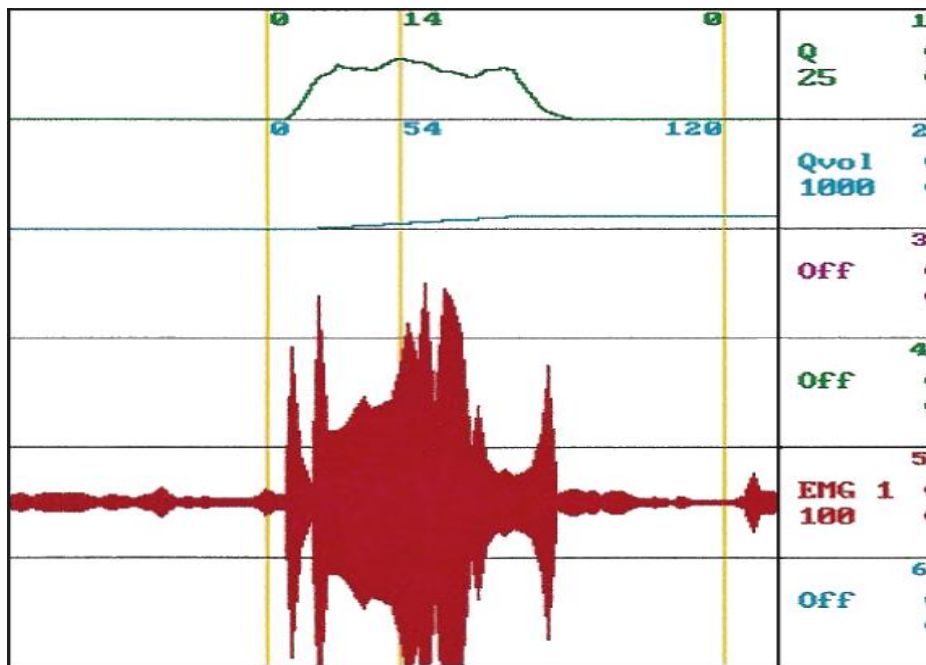
- 6 aylık, kız
- AN HN
- USG Renal par. N.
- VCUG: Sol Grd III VUR
- Düşük risk
- Tedavi önerilmez (İnfant dahil)
- İYE Riski bilgilendirme

Cerrahi Endikasyonları

- BTI
- Yeni skar oluşumu
- Tedaviye uyumsuzluk
- Ailenin isteği
- Geçmeyen VUR



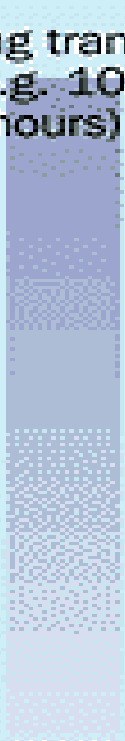
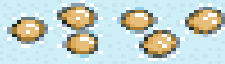
Uroflow-EMG



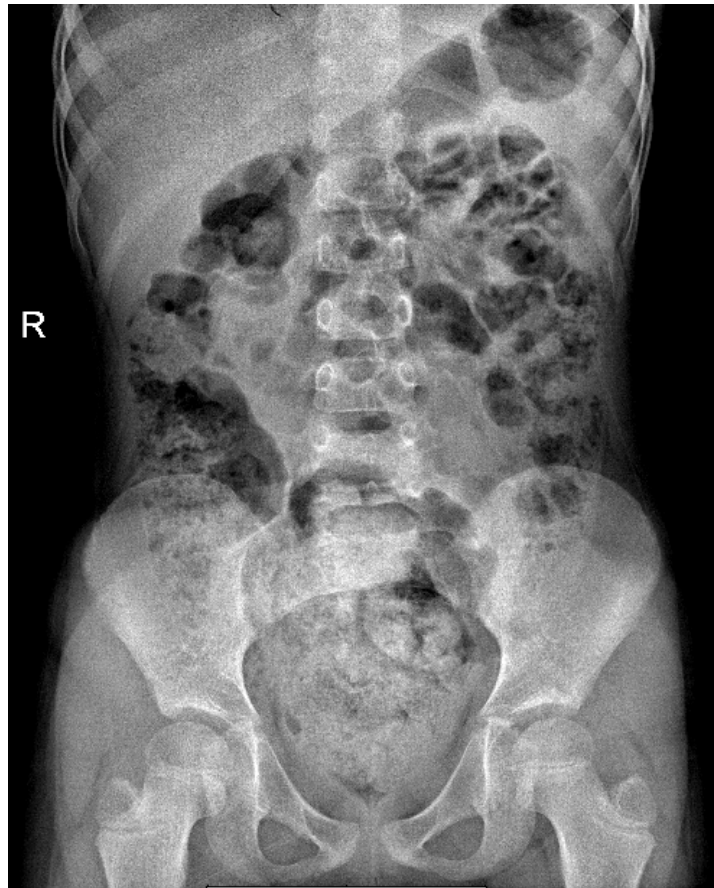
Konstipasyon: Roma III Kriterleri

- Haftada 2 ya da daha seyrek defekasyon
- Sert/Çok sert gaitalar ya da ağrılı defekasyon
- Çok kalın gaita
- Gaita retansiyonu (haftada 1 kez ya da daha sık)
- Rektumda kalın feçes kitlesi/öyküsü
- Haftada 1 ya da daha sık çamaşır kirletme

Bristol Stool Form

Long transit (e.g. 100 hours)  Short transit (e.g. 10 hours)	Type 1	Separate hard lumps, like nuts hard to pass	
	Type 2	Sausage shaped but lumpy	
	Type 3	Like sausage but with cracks on its surface	
	Type 4	Like sausage or snake, smooth and soft	
	Type 5	Soft blobs with clear cut edges (passed easily)	
	Type 6	Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool	
	Type 7	Watery, no solid pieces	ENTIRELY LIQUID

FOS (Full of Stool)



A.T.G: 7 YAŞ, ERKEK

GECE GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRMA

TEDAVİLER: RİTALİN, MİNİRİN
120, ÜROPAN ŞURUP

USG: HN

İSÜG

(Rapor: 350 ml Kontrast Sol)

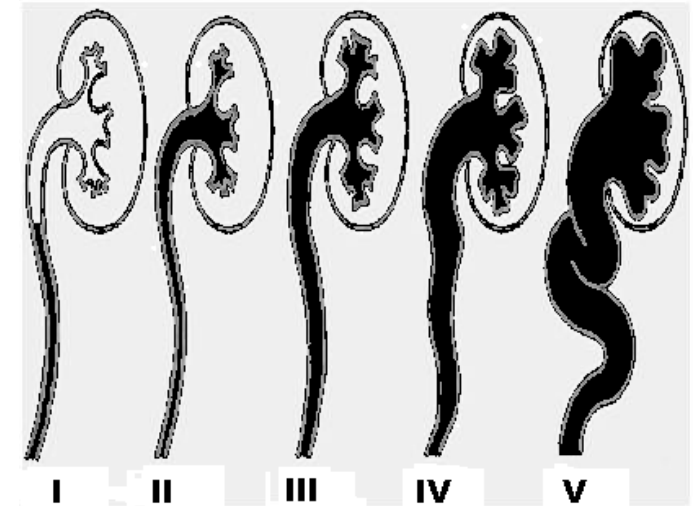
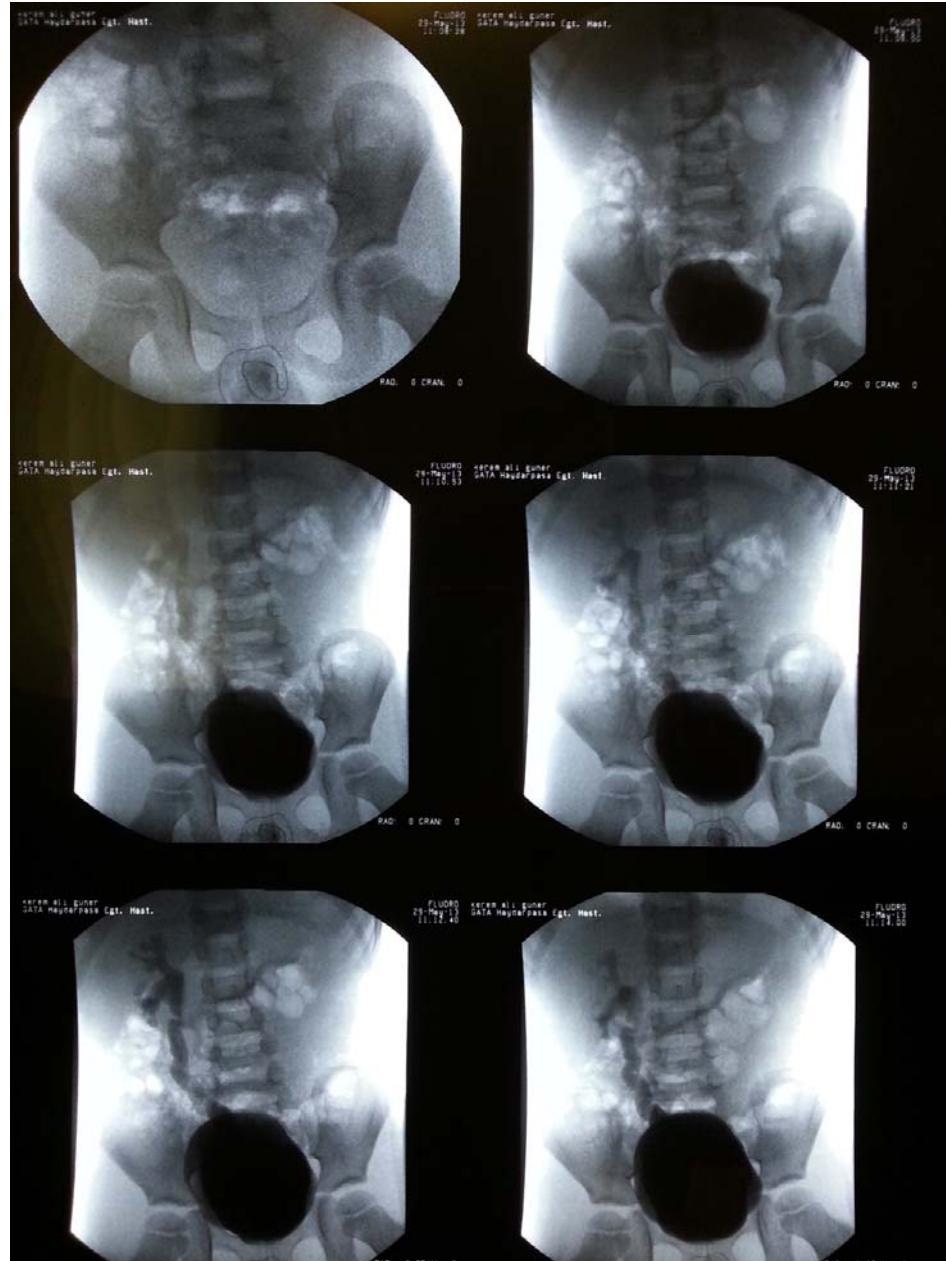




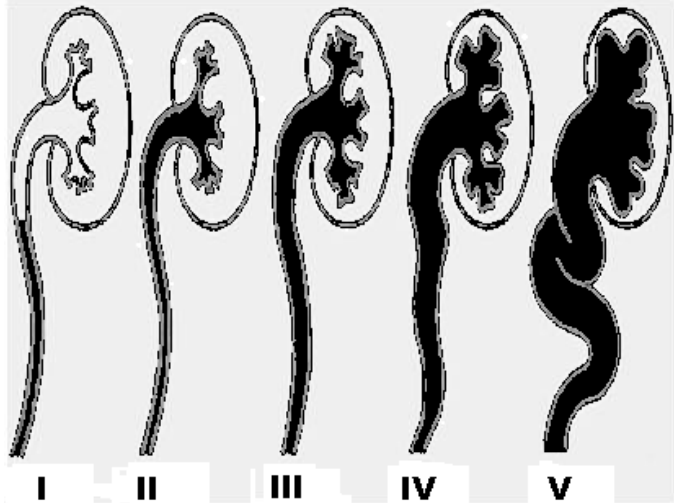
A.T.G: 7 YAŞ, ERKEK

- GECE GÜNDÜZ İDRAR KAÇIRMA
- MESANE GÜNLÜĞÜ:
 - MAKS İŞENMİŞ HACİM: 180 ml
 - MEDİAN İŞEME HACMİ: 65 ml
 - İŞEME SIKLIĞI: 5-8 / GÜN
 - GECE İDRAR MİKTARI: ?
- ÜROF: 7,5 / 4,8 / **122** ML / **BASIK VE SONU UZAMIŞ** / PVR 8 ML
- ÜROF2 (üropansız): 5,6 / 3,7 / **33** ML / **ÇAN EĞRİSİ VE SONU UZAMIŞ** / PVR 13 ML

K.A.G.



K.A.G.





Megaüreter Sınıflaması

- Obstruktif
- Refluksif
- Obstruktif-Refluksif
- Nonobstruktif-Nonrefluksif

- VUR+Obstr. insidensi nedir?
- Kimlerde obstrüksiyon araştırılmalı?
- Reimplant yaparken distal ucu koruyalım mı, eksize edelim mi?

- Reflü + obstr: %2

Weiss and Lytton, 1974

- Megaüreterin mesane komşuluğundaki kalibresi normal
- Üretere geçen kontrast dilüe
- Üreterden tekrar mesaneye geçiş yavaş (işeme sonrası sondayla boşaltma)
- Distal uç eksizyonu

Blickman ve Lebowitz, 1984

Uygun İSÜG Tekniği

- Skopi altında + / - sedasyon
- Dezenfeksiyon, üretraya lubrikan jel.
- Feeding tüp flasterle sabitlenir.

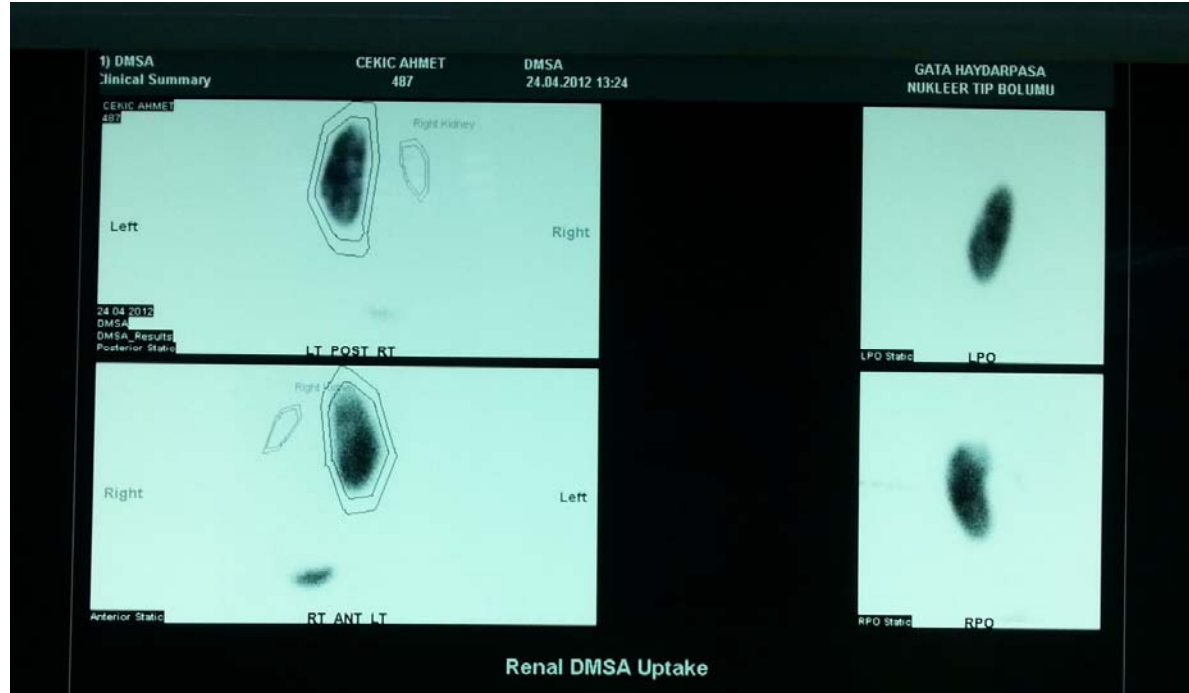
Uygun İSÜG Tekniği

- Önce kontrastsız görüntü
- %25-30 konsantrasyonda, vücut ısısında kontrast solüsyonu, yavaş yavaş
- **Beklenen mesane kapasitesine** yaklaşıldığında ilk görüntü.
- Dolu mesane ile **AP, sağ ve sol oblik** görüntüler
- **İşeme sırasında ve işeme sonrası** grafler

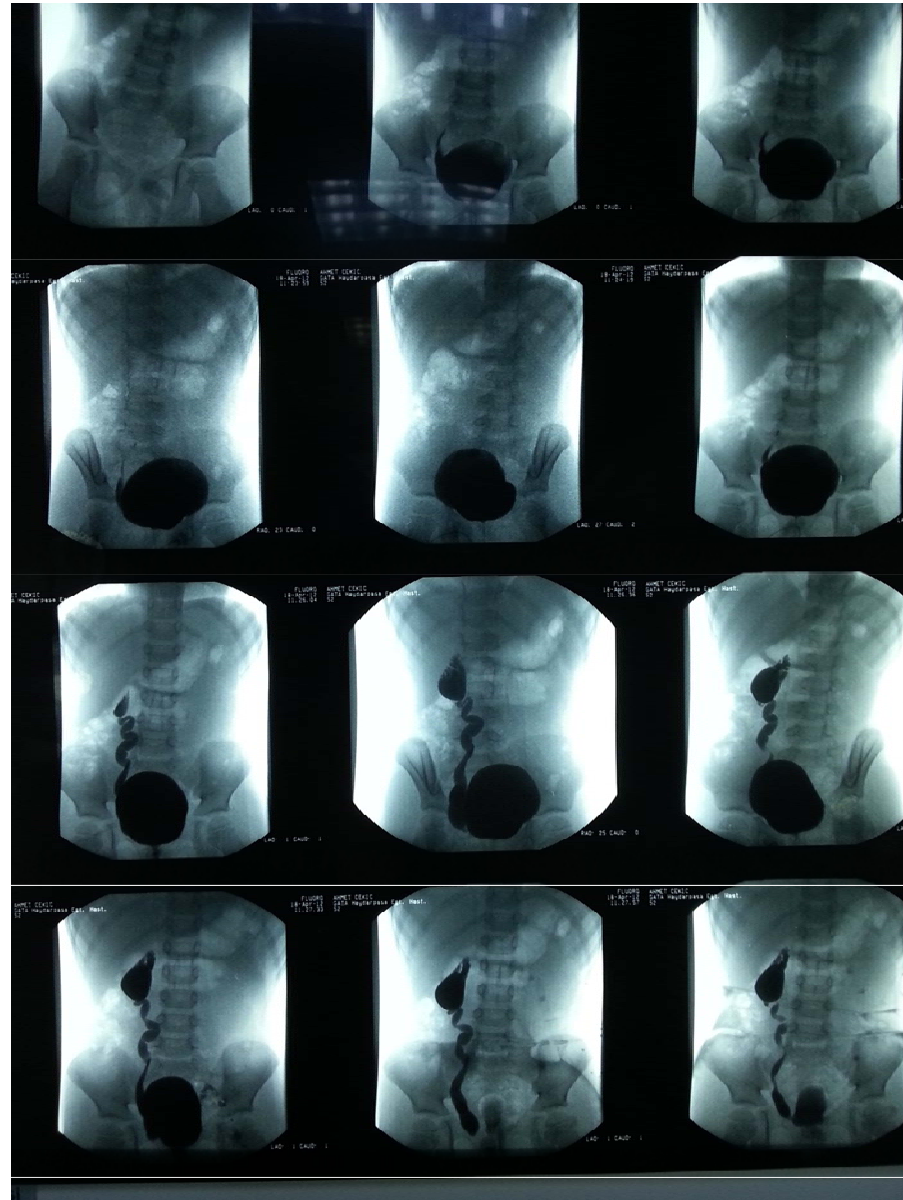
Uygun İSÜG Tekniği

- Optimum inceleme için tekrar doldurma (**sıklık İSÜG**)
(Özellikle infantlarda ve küçük çocuklarda)
- Pulsatil skopi ile işlem boyu inceleme, reflü zamanı
- Filmlerde iskelet sistemi anormallikleri, barsak doluluğu, mesane içinde şüpheli yabancı cisim ve dolum defekti, mesanenin şekli, kapasitesi, üretranın görünümü.

A.Ç.: 6 Yaş, erkek, sık İYE

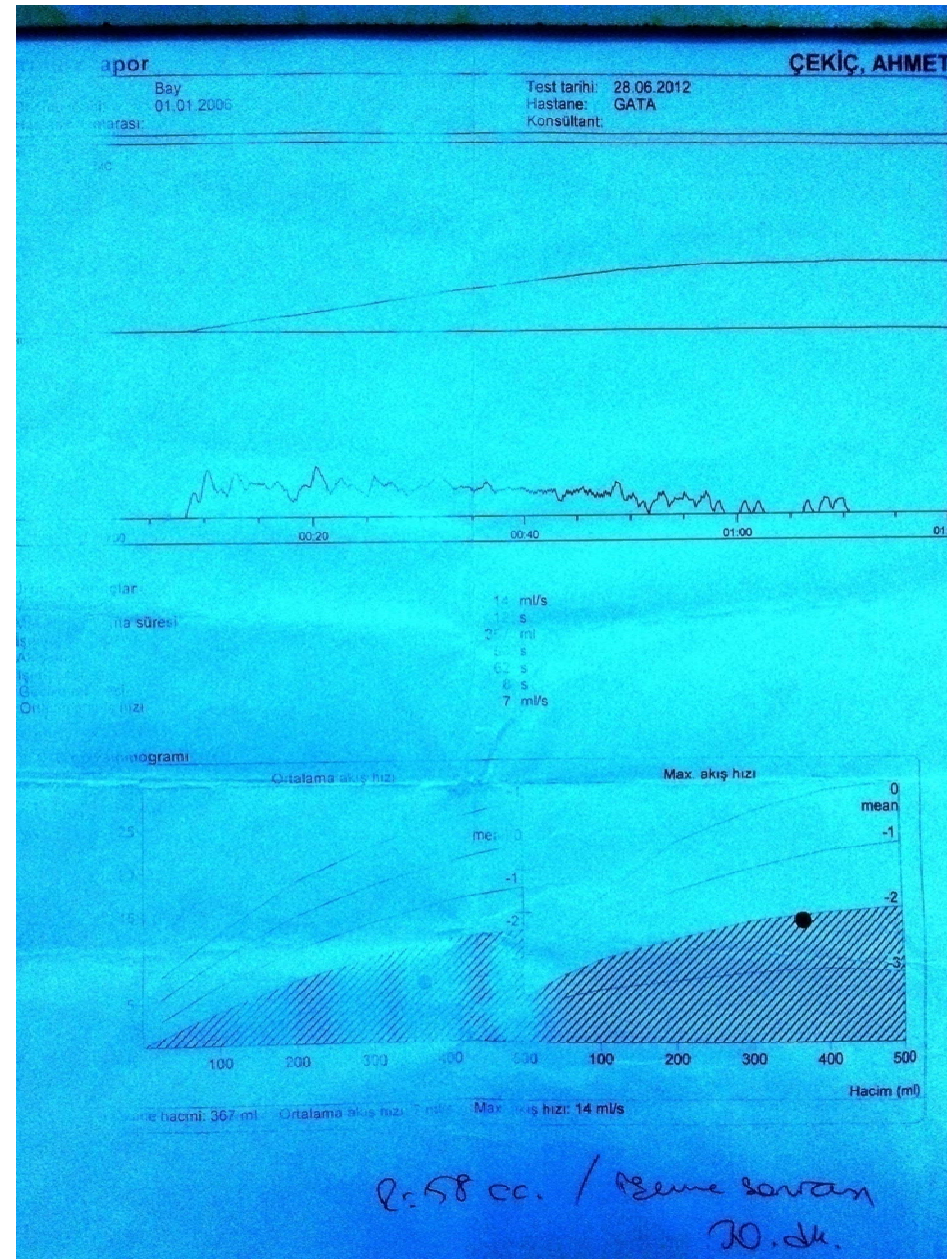


A.Ç.



- VUR tedavisi?
 - Enjeksiyon?
 - Reimplant?
- Nefrektomi?
- Başka tetkik?

A.Ç.



A.Ç.

- Endoskopi: fossa naviculariste darlık, dış sfinkterde spazm, mesane boynu hafif yüksek, mesanede hafif-orta trabekülasyon
- Darlık dilatasyonu + Evde dilatasyon + Üroterapi
- 4. yıl takibi
- Supresif ant yok
- Ağrı / İYE yok
- ÜF: Çan eğrisi, PVR: 24 ml
- **Kan basıncı** normal

A.Ç.

- VUR ne oldu? İSÜG çekelim mi?
- VUR tedavisi?
- Nefrektomi?
- Hangi durumda girişim?

6 aylık

