

Sorularla Taş Tedavisi

Böbrek taşı düşürmek bir insanın hayatta yaşayabileceği en şiddetli ağrıya sebep olabilir. Gerçekten de taş düşüren pek çok kadın bu ağrının doğum sancısından daha şiddetli olduğunu ifade etmektedir. Çok eski zamanlardan beri insanlarda sıkıntıya yol açtığı belgelenen böbrek taşı hastalığı günümüzde de oldukça sık görülmektedir. Hatta son 20-30 yıl içinde idrar yolu taşı görülme sıklığında belirgin bir artış olduğu bildirilmektedir. Bu artışın kesin sebebi bilinmemekle birlikte beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklere ve az sıvı alımına bağlı olduğu düşünülmektedir.

İdrar yolları içindeki taşın ismi sistemde bulunduğu bölgeye göre, kalis taşı, renal pelvis taşı, üreter taşı, mesane taşı olarak isimlendirilmektedir.

1. İdrar yolunda taş nasıl oluşur?

Böbrekler vücudumuzun filtre sistemi olarak çalışırlar. Kan sürekli olarak böbreklerden süzülürken yararlı maddeler emilir, istenmeyen maddeler ise idrarla dışarı atılır. İdrar çok yoğun ise böbrek taşı oluşma riski artar. Yoğun idrar içerisinde atılan tuzlar ve mineraller böbreklerin iç yüzeyinde tübül denilen ünitelerde zamanla taşa dönüşecek kristaller halinde çökelti oluştururlar. Zamanla bu kristaller birleşerek taş haline gelir. Halk arasındaki inanışın tersine yiyecekleri yıkamadan "kumlu" yemekle veya incir ve armut gibi tanecikli meyvaları tüketmekle taş oluşmaz.

Böbrek taşı hastalığı, idrarda yüksek seviyelerde kalsiyum, okzalat, ürik asit maddeleri olduğunda veya kristallerin birbirine yapışmasını engelleyen sitratın az miktarda olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu süreç, istiridye içerisine giren bir parça kum tanesinin zamanla inciye dönüşmesine benzetilebilir. Taşların büyüklüğü ufak bir pirinç tanesinden bir mandalinaya kadar değişebilir.

2. İdrar yolu taşına bağlı yakınmalar nelerdir?

Böbrek taşlarının çoğunluğu bulgu vermez, başka bir sebeple yapılan radyolojik incelemeler sırasında saptanır. Eğer taş büyükse ve böbrek havuzcuğunda tıkanıklığa yol açmışsa ağrı ve enfeksiyona sebep olabilir. Taş hareket edip üreter adı verilen böbrekle mesane arasındaki kanala girerse idrar akışını tamamen engelleyerek kolik denilen çok şiddetli ağrıya yol açabilir. Ağrı bel bölgesinden başlayarak kasığa doğru yayılır ve hastalarda bulantı, kusma, karın şişliği gibi ek yakınmalara yol açabilir. Taşın idrar yollarını zedelemesine bağlı idrarda kanama görülebilir.

3. İdrar yolu taşı tanısı nasıl konulur?

Taşların bir kısmı rastlantısal olarak saptanır. Ultrasonografinin yaygın kullanılması ile günümüzde herhangi bir yakınmaya yol açmadan tanı konulan taş hastalığının sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Diğer yandan bel ağrısı, tekrarlayan idrar yolları iltihabı veya idrarda kanama gibi yakınmalar hastayı hekime getiren unsurlardır. Bu yakınmalarla başvuran hastalarda aşağıdaki incelemeler biri veya birkaçı yapılarak kesin tanı konulmaktadır.

Direk Üreter Sistem Grafisi (DÜSG): X ışını kullanılarak çekilen bu film ile saydam olan (opak) böbrek taşlarının çoğunluğu görülebilir. Opak olmayan taşlar veya küçük üreter taşları bu teknikle görüntülenemez.

Ultrasonografi: Bu yöntemde iç organları izlemek için yüksek frekanstaki ses dalgaları kullanılarak elde edilen veriler bir bilgisayar yardımı ile ekranda görüntü haline getirilir. X ışını kullanılmadığından güvenli bir yöntem gibi gözükmesine rağmen özellikle üreterde yer alan küçük taşları göstermede yetersizdir.

İntravenöz Pyelografi (İVP): Bu yöntemde damar içerisine verilen bir kontrast madde aracılığıyla aynı anda hem böbreklerin anatomisi hem de fonksiyonlarını incelemek mümkün olmaktadır. Bu yöntemle taşların böbrek içerisindeki yerleşimleri ve böbrekte oluşturdukları hasar hakkında detaylı bilgi alınabilmektedir. Kontrast maddeye allerjisi olanlar, hamileler ve böbrek yetmezliği olanlarda bu teknik uygulanmamalıdır.

Spiral Bilgisayarlı Tomografi (BT): Röntgen ışınları kullanılarak yapılan ince kesitli üriner sistem BT günümüzde böbrek taşlarının değerlendirilmesinde altın standarttır. Dakikalar içerisinde yapılabilen bu inceleme ile 1-2 milimetre boyutundaki taşlar bile görülebilir. Ayrıca taşın yoğunluğu ölçülerek taşın kırılabilirlik derecesi saptanabilir.

4. İdrar yolu taşı tanısı konulan hastalarda başka tetkikler yapılmalı mı?

Taş tedavisi olan hastalarda (özellikle tekrarlayan taşı olanlarda) yeniden taş oluşumunu engelleyici önlemler alınmaz ise 5 yıllık bir süre içerisinde yaklaşık %50 oranında yeniden taş oluşur.

Tekrarlayan üriner sistem taşı olanlarda metabolik değerlendirme yapılmalıdır. Bu araştırma için 24 saatlik idrar toplanmakta ve idrarda kalsiyum, ürik asit, sitrat ve okzalat düzeylerine bakılmaktadır. Aynı anda kan örneği de alınarak kanda kalsiyum, inorganik fosfat ve paratiroid hormon düzeyleri belirlenmektedir.

Taş oluşum riskini artıran faktörler

Yetersiz sıvı alımı: Yeterli sıvı alınmazsa, özellikle de su içilmez ise idrar içerisinde taş oluşumuna yol açan minerallerin konsantrasyonu artar. Bu yüzden sıcak iklimde yaşayanlar veya sıcak ortamlarda çalışanların taş oluşturma riski artmaktadır.

Aile öyküsü ve kişisel öykü: Ailesinde taş öyküsü olanların taş oluşturma olasılığı yüksektir. Yine böbreğinde bir kez taş oluşan bir hastanın 5 yıl içinde ikinci bir taş oluşturma riski %50 civarındadır.

Yaş cinsiyet ve ırk: Böbrek taşı hastalığı çoğunlukla 30-50 yaş aralığında görülür. Erkeklerde ve beyaz ırkta taş hastalığına daha sık rastlanır.

Bazı hastalıklar: Renal tübüler asidoz, gut ve sistinüri gibi nadir görülen hastalıklarda taş oluşturma riski artar.

Diet: Yüksek hayvansal protein ve düşük lif içeren dietlerde taş oluşturma riski artar. Ayrıca fazla miktarda tuz tüketimi ile taş oluşumunun ilişkili olduğu saptanmıştır.

Az hareket veya hareketsizlik: Yatalak olan hastalarda ve uzun süre az hareket eden hastalarda kemiklerde erime olabilir ve idrarda kalsiyum oranı yükselerek taş oluşma riski artar.

6.İdrar yolu taşları tedavi edilmeli midir?

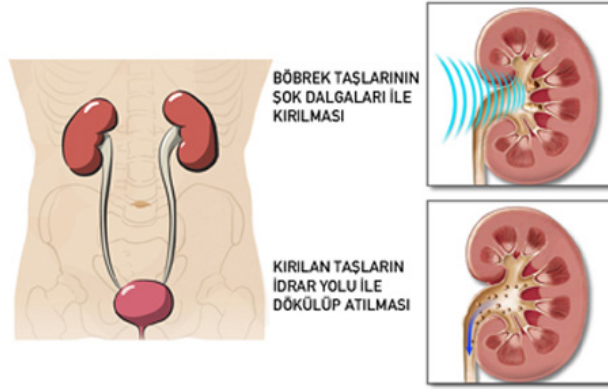
Böbrek havuzcuğunda (pelvis) yerleşik taşlar mutlaka tedavi edilmelidir. Aksi takdirde böbrekte fonksiyon bozukluğuna ve iltihaba yol açabilmektedirler.

Eğer böbreğin içindeki kaliks adı verilen ceplerin içinde bir taş var ise ve belirgin bir yakınmaya sebep olmuyor ise, belirli aralıklarla izlem yeterli olabilir. Fakat kaliks taşları buldukları yerde zamanla büyürse veya hareket edip üreter kanalına girer ise ağrı, kanama, iltihap gibi ciddi sorunlar ortaya çıkabilir. Bu tür kaliks taşları tedavi edilmelidir.

7. Taşlar nasıl tedavi edilir?

Medikal Tedavi: 5 mm.ye kadar olan taşların büyük çoğunluğu verilen ağrı kesici, antispazmodik ilaç tedavisi ve bol sıvı alımı ile düşürülebilir. Taşın boyutu büyüdükçe müdahalesiz düşürme olasılığı azalır.

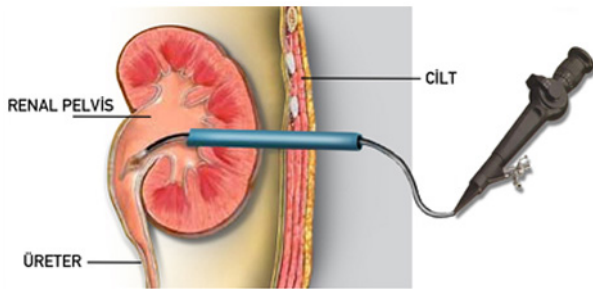
ESWL (Vücut dışından şok dalgaları ile taş kırma):



Böbrek taşlarının tedavisinde en sık kullanılan yöntemdir. Vücut dışında oluşturulan şok dalgaları taş üzerine odaklanarak tedavi sırasında taş küçük parçalara bölünür. Daha sonra bu parçaların idrarla atılması beklenir. İşlem sırasında duyulan ağrıyı azaltmak için çoğunlukla sakinleştirici ilaç kullanılması veya hafif bir anestezi verilmesi gerekebilir.

ESWL sonrası taş parçacıklarının dökülmesi günler hatta bazen haftalar sürebilir. Bu süreçte hastalar ağrı hissedebilir ve idrar yolu iltihabı gelişebilir. Çok ender de olsa üreter kanalında kumlar birikerek dökülmesinde gecikme olabilir (kum yolu, taş yolu) ve bu durum ek tedavi gerektirebilir.

Perkütan Nefrolitotripsi (PNL)



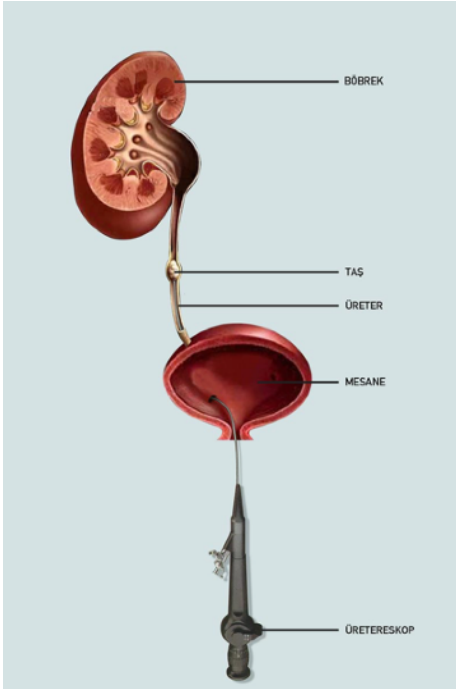
Böbrek içindeki taş 2 cm.den büyük olduğunda veya ESWL ile kırılmadığında uygulanan güncel bir yöntemdir.

Genel anestezi altında bel bölgesinde 1 cm lik kesiden oluşturulan bir yoldan böbreğin içerisine girilerek taşlar bir bütün halinde veya kırılarak aynı yoldan dışarı çıkartılır.

Endoskopik yani kapalı bir ameliyat yöntemi olan perkütan nefrolitotripsi ameliyatında görüntüler endokamera ile bir televizyon ekranına büyütülmüş olarak taşınır.

Taşlar genelde pnömatik, ultrasonik veya lazer taş kırıcılar ile parçalanırlar. Ameliyat bitiminde böbrekte 2-5 gün süreyle idrarın geçici bir süre için dışarı alınmasını sağlayan bir tüp (nefrostomi tüpü) konulur.

Retrograd İntrarenal Cerrahi (Fleksibl Üreteroskopi)



Üreter kanalı içerisindeki taşlar düşmezse veya ESWL ile kırılmazsa idrar yolundan üreteroskop denilen aletler yardımıyla girilerek tedavi edilebilirler.

Üreteroskoplar 2.5-3 mm çapında, uzunlukları boyunca bir çalışma kanalı ve görüntüyü sağlayan bir mercek bulunan cihazlardır.

Rijid yani sert üreteroskoplar ile dış idrar yolu ve mesane geçilip üreter içine girilerek taşlar Holmium lazer veya pnömatik taş kırıcı ile kırılarak tedavi edilir. Bu üreteroskoplar ile alt ve orta üreterdeki taşlar tedavi edilebilirler.

Fleksibl yani kıvrılabilen üreteroskoplar ise uçları çeşitli yönlerde ve açılarda döndürülebildiğinden hem üst üreterdeki, hem de böbrek içinde havuzcuk ve kalıs adı verilen ceplerdeki taşların tedavisinde kullanılırlar.

Üreteroskopik taş tedavisi sonrası hastalar aynı gün veya bir gün sonra evlerine taburcu edilirler.

8. Böbrek taşının oluşumu önenebilir mi?

Yaşam ve beslenme tarzında birkaç değişiklik yaparak yeni taş oluşma riski azaltılabilir. Daha önceden uygulanan, katı kısıtlamalar içeren diyetlerin çok gerçekçi olmadığı ve hastaların büyük kısmının bu kısıtlamalara uymakta güçlük çektikleri gösterilmiştir.

- Hastaların yüksek miktarda sıvı almaları desteklenmelidir. Erişkin bir insanın 24 saatlik idrar hacmi 2 litrenin üzerinde olmalıdır. Sıvı alınması 24 saat içerisinde eşit olarak dağıtılmalı ve terleme gibi aşırı sıvı kaybı varsa miktar artırılmalıdır.
- Hastalarda aşırıya kaçmamak koşuluyla bütün besin gruplarını içeren karma ve dengeli bir beslenmeye ihtiyaç vardır. Lif içeren besinlerin ve faydalı etkileri nedeniyle sebze, meyve tüketimi desteklenmelidir. Ancak oksalat bakımından zengin olan besinlerin (ıspanak, roka, tere, kakao, çay yaprakları, ceviz, buğday kepeği) aşırı tüketiminden kaçınmak gerekir. Bu önlem özellikle idrarında yüksek miktarda oksalat bulunan hastalarda önemlidir.
- Hayvansal proteinler aşırı miktarda tüketilmemelidir. Hergün tüketilen hayvansal protein miktarının 150 gr/gün olarak sınırlandırılması önerilmektedir. Alınan kalsiyum miktarı, bu yönde önerilerde bulunmak için güçlü bir neden olmadıkça sınırlanmalıdır. Yemeklerle birlikte ek kalsiyum alınmasını gerektiren enterik hiperoksalüri dışında kalsiyum desteği önerilmemektedir.
- Hiperürikozürik kalsiyum oksalat taşı hastalığında, ayrıca ürik asit taşı hastalığı olanlarda urat bakımından özellikle zengin olan besinlerin (karaciğer, böbrek, kümes hayvanlarının derisi, sardalya, hamsi) tüketilmesini sınırlamak gerekir.