



Üreteropelvik Bileşke Taşına Bağlı Spontan Renal Pelvis Rüptürü

Fazlı Polat, Süleyman Yeşil, Eda Tokat, Ali Atan

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Genitoüriner sistemin tıkanıklığına bağlı gelişen intraluminal basınç artışı bazen toplayıcı sistemin rüptürüyle sonuçlanabilir. Hastalar idrar ekstravazasyonuna bağlı ürinoma ya da akut karın tablosuyla başvurabilir. Üreter veya toplayıcı sistemin spontan rüptürü, oldukça nadir olup travma veya travma dışı nedenlere bağlıdır. Üreter veya toplayıcı sistemin travma dışı rüptürü en sık üriner sistem taşlarına bağlı olabilir (1). Bu olgu sunumu ile renalpelvis taşına bağlı gelişmiş renal pelvis perforasyonu olan 40 yaşında bir erkek hastanın klinik tablosunu tartışmayı amaçlıyoruz.

Olgu Sunumu

Şiddetli sol yan ağrısı ile dış merkezde üroloji kliniğine başvuran hastaya fizik muayene, analjezik tedavisi ve laboratuvar incelemesi yapıldı. Hastanın vital bulgularından kalp hızı 82/dakika, kan basıncı 135/85 mmHg, solunum sayısı 18/dakika, vücut ısı 36.8°C idi. Hastanın tam kan sayımında lökosit sayısı 9200/mm ve %52 nötrofil hakimiyeti izlendi. Tam idrar tetkikinde her bir büyütme sahasında 5-10 beyaz küre, 5-6 kırmızı küre izlendi. Hastanın diğer değerleri normal sınırlarda izlendi. Hastaya kontrast madde enjeksi-

yonunu takiben çekilen abdominal bilgisayarlı tomografi'de (Iopromid 370, Ultravist, Schering, Germany) sol üreteropelvik bileşkede 7 mm taş ve sol iliopsoas adale lokalizasyonuna uzanım gösteren retroperitoneal sıvı dansitesi izlenmiş olup geç kontrastlı incelemede ürinoma ile uyumlu görüntü izlenmiştir (Resim 1). Dış merkezden departmanımıza sevk edilen hastaya bu bulgular ışığında analjezik tedavisi ve antibiyotik tedavisi başlandıktan sonra ultrason kılavuzluğunda perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildi. Nefrostomi kateteri yerleştirildikten 1 hafta sonra hastaya yapılan antegrad piyelografide sol UP bölgesinden opak madde ekstravazasyonu görüldü. (Resim 2). Bu sırada kliniğimizde yatarak tedavi edilen hastanın antegrad piyelografiden sonraki gün taşını spontan olarak düşürdüğü tespit edildi (Resim 3). Genel durumu düzelen hastanın 15. günde çekilen kontrol antegrad piyelografisinde renal pelvisteki rüptür alanının düzeldiği ve opak maddenin distal üretere geçtiği gözlemlendi (Resim 4). Takiben hastanın perkütan nefrostomi kateteri klemlenerek bir gün daha takip edildi. Herhangi bir şikayeti olmayan hastanın perkütan nefrostomi kateteri alınarak hasta taburcu edildi.

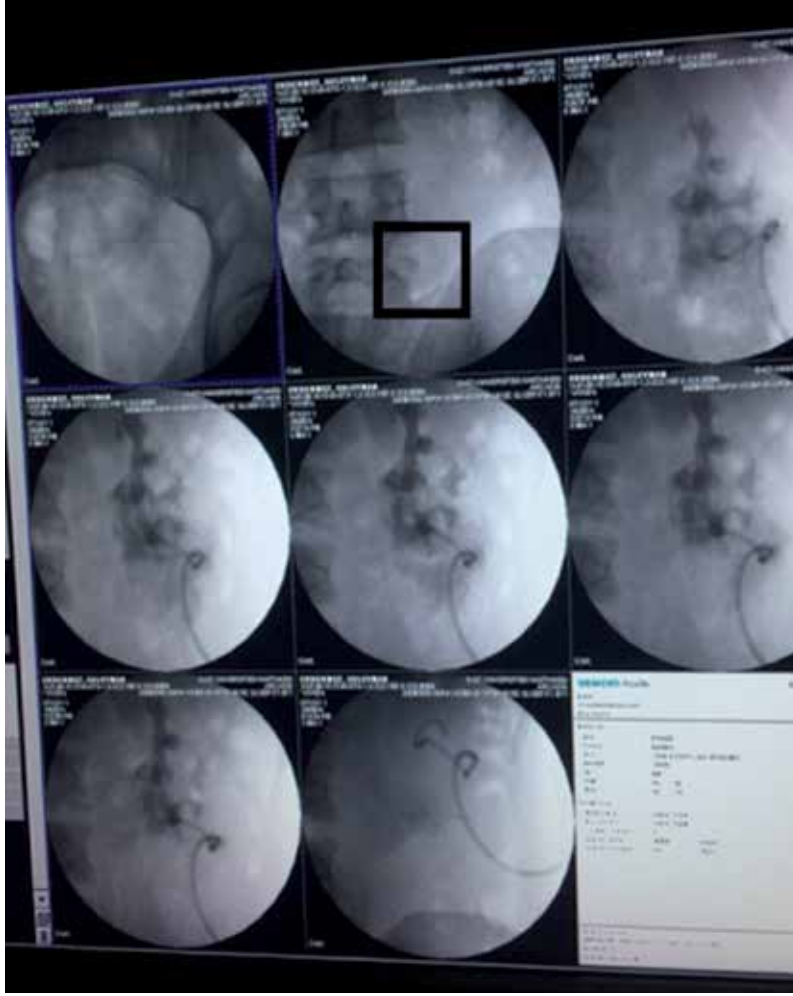
Tartışma

Üreter ve renal pelvis rüptürü nadir ve genellikle travmatiktir ve çok az bir kısmı travma dışı nedenlerden kaynaklanmaktadır. Travmaya sekonder üreter ve renal pelvis rüptürlerinin çoğu endoskopik ürolojik işlemlere ve künt abdominal travmaya bağlıdır. Travma dışı sebepler ise; üreter taşı, cerrahi sütür veya abdominal kitlenin basısı nedeniyle üst üriner sistemde ortaya çıkan basınç artışıdır (1). İlk olgu bildirimi 1856 yılında Diaz ve Buenrosto tarafından yapılmıştır (2). Konjenital anomalilere, retroperitoneal fibrozise, konnektif doku hastalıklarına ve radyoterapi sonrası gelişen darlıklara bağlı olarak gelişmiş nadir renal pelvis perforasyonu olguları da bildirilmiştir (3).

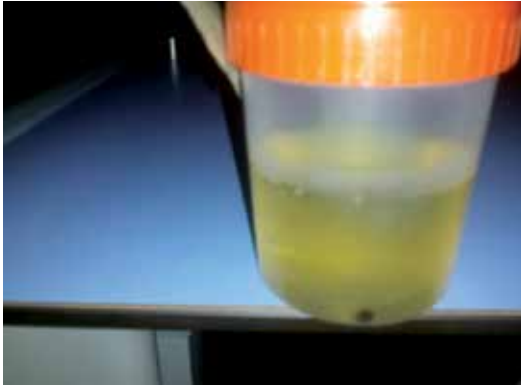
Üriner sistem toplayıcı kanallarının perforasyonunun altında yatan neden lümen içi basıncın artmasıdır. Üreter içi basınç 20-75 mmHg'yı geçtiğinde rüptür ortaya çıkabilir. Buna bağlı olarak idrar ekstravazasyonu ve perirenal ürinoma gelişebilmektedir (3). Çoğu üreter ve renal pelvis rüptürü renal kolik kliniği ile başvururken bazı olgular akut abdomen tablosuyla gelebilir. Bazı olgular ise tanıyı koyduracak bu klinik tablodan yoksun olabilir. Ayrıca tanıda divertikülit,



Resim 1: Yapılan abdominal bilgisayarlı tomografide geç kontrastlı incelemede ürinoma ile uyumlu görüntü izlenmiştir.



Resim 2: Antegrad piyelografide sol UP bölgesinden opak madde ekstravazasyonu ve taş görüldü.



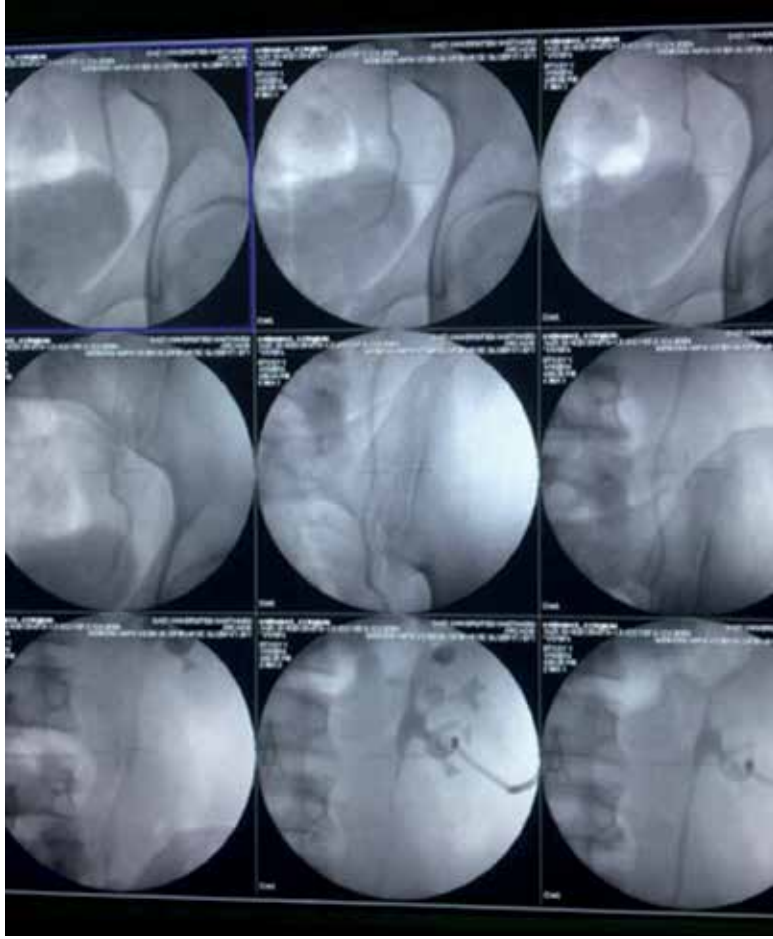
Resim 3: Hastanın idrar yaparken düşürdüğü taş.

kolesistit, appendisit veya diğer akut karın nedenleri düşünülmelidir (1,3). Bizim hastamızda doktora başvuru nedeni aniden ortaya çıkan sol yan ağrısı idi. Ultrasonografi ilk tercih edilecek tanı aracı olup hidronefroz, renal pelvis içi taş, perinefrik ürinoma görüntülenebilir (1,3). Bizim olgumuzda ultrasonografi yapılmadan doğrudan abdominal tomografi yapılarak perirenal ürinoma görülmesiyle tanı konulmuştur. Abdominal tomografide perirenal ürinoma ek olarak sol üreteropelvik bileşkede 7 mm'lik taş varlığı da saptan-

mıştır. Tedavi tipinin seçimi hasta tercihine ve rüptürün büyüklüğüne bağlıdır. Bu amaçla açık cerrahi yöntem kullanılarak rüptür alanının tamiri ve taşın alınması mümkün olabileceği gibi; endoskopik girişimlerle de tedavi yapılabilir. Endoskopik olarak bir D-J kateterin veya bizim olgumuzda yaptığımız gibi nefrostomi kateterinin yerleştirilmesi yeterli olabilir. Fakat cerrahi tam tedaviyi sağlasa da; üreter ve ureteropelvik bileşke darlığı ya da; üreter çevresi fibrozis nedeniyle son dönemlerde radyolojik girişimler ön plana çıkmıştır (1,3). Literatürde genel yaklaşım nefrostomi kateteri ile beraber double J kateter yerleştirilmesidir. Böylece hem ürinom rezorbsiyonu; hem de normal idrar pasajı sağlanır (3). Bizim olgumuzda sadece nefrostomi kateteri yerleştirilmesinin nedeni ilk antegrad pyelografide üreter kaçığının minimal olmasından dolayı double j kateter yerleştirilmesine ihtiyaç duyulmamasıdır.

Taş ve arkadaşları 52 yaşındaki kadın hastada distal üreter taşına bağlı tedavisi sürerken ortaya çıkan spontan renal pelvis perforasyonu olgusunda endoskopik litotripsiyi takiben hem double j kateter hem de; perinefritik alana dren yerleştirerek hastayı tedavi etmişlerdir (5).

Bizim olgumuzda minimal invazif radyolojik girişim olarak perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildikten 7 gün sonra çekilen antegrad piyelografide renal pelvisten aşağı hiç geçişin olmadığı ve renal pelvisten ekstravazasyonun



Resim 4: Antegrad piyelografide sol UP bölgesinden opak madde ekstrevasyonu ve taş görüldü.

devam ettiği görülmüştür. Bu işlemden sonraki gün hasta taşını spontan olarak düşürmüştür. 15. günde çekilen kontrol antegrad piyelografisinde kaçığın düzeldiği ve distale rahatlıkla opak maddenin geçtiği görülmüştür. Hastamızın nefrostomi kateteri klemplenerek ağrı ve ciltten idrar kaçağı açısından 24 saat süreyle izlenmiştir. Ağrı ve idrar kaçağı olmaması üzerine nefrostomi kateteri alınarak hasta evine gönderilmiştir.

Üreter ve toplayıcı sistemin spontan perforasyonlarında altta yatan sebebi de düşünerek açık cerrahi tedaviden çok minimal invazif ürolojik veya radyolojik girişimler akılda tutulmalıdır. Bu yüzden açık cerrahi uygulanmadan önce hastanın durumuna göre double j kateter, perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilmesi veya bu işlemlerin kombinasyonu ilk planda yapılması gereken tedavi seçeneğidir.

Kaynaklar

1. Choi SK, Lee S, Kim S, Kim TG, Yoo KH, Min GE, Lee HL. A rare case of upper ureter rupture: ureteral perforation caused by urinary retention. *Korean J Urol* 2012;53:131-3.
2. Diaz ES, Buenrostro FG. Renal pelvis spontaneous rupture secondary ureteral lithiasis. Case report and bibliographic review. *Arch Esp Urol* 2011; 64:640-642.
3. Pampana E, Altobelli S, Morini M, Ricci A, D'Onofrio S, Simonetti G. Spontaneous ureteral rupture diagnosis and treatment. *Case Rep Radiol* 2013;2013:851859.
4. Moak JH, Lyons MS, Lindsell CJ. Bedside renal ultrasound in the evaluation of suspected ureterolithiasis. *Am J Emerg Med* 2012; 30:218-221.
5. Tas T, Cakiroglu B, Aksoy SH. Spontaneous renal pelvis rupture: unexpected complication of urolithiasis expected to passage with observation therapy. *Case Rep Urol* 2013;2013:932529 doi: 10.1155/2013/932529. Epub 2013 Oct 1.

Yazışma Adresi:

Fazlı Polat,

1425 Cadde., Hayat Sebla Evleri, C blok 32/49,

Çukurambar, Ankara

Tel: +90 312 202 62 98

e-mail: dr.fpolat@mynet.com