

OLGU SUNUMU**SEYREK GÖRÜLEN BİR OLGU:
KENDİLİĞİNDEN PERİRENAL İDRAR SIZMASI**

A RARE CASE:
SPONTANEOUS PERIRENAL URINE EXTRAVASATION

Ümit YILDIRIM
Hüseyin TARHAN
Ersin KONYALIOĞLU
Oğuz MERTOĞLU
Ferruh ZORLU

ÖZET

Altmış beş yaşındaki kadın hasta sol yan ağrısı yakınması ile başvurdu. Bilgisayarlı tomografi ile sol böbrekte perirenal idrar sızması gösterildi. Bu durum bir çift J kateter yerleştirilerek tedavi edildi. Çift J kateter 4.ncü haftada yerel anestezi ile çıkarıldı. Görüntüleme yöntemleriyle böbrek morfolojisinin normal olduğu gösterildi.

Anahtar Sözcükler: Çift J Kateter, Spontan perirenal ekstrevasyon, Üriner Taş Hastalığı

SUMMARY

A 65-year old woman visited our hospital with a complaint of left flank pain. Computed tomography scanned of the kidney showed perirenal urine extravasation. The disorder was managed by insertion of a JJ catheter. The JJ catheter was removed on fourth week under local anesthesia. Repeat imaging showed normal renal function and morphology in this case.

Key Words: Double-J catheter Spontaneous perirenal extravasation, Urinary stone disease

Kendiliğinden perirenal idrar sızması seyrek görülen bir durum olup, sıklıkla tıkaçıcı taşlarla birlikte görülür (1,2). Bunun yanında ureteropelvik darlık, ureteral tümörler, sigmoid karsinom invazyonu, over kisti, gebelik gibi dıştan üreter basısı yapan nedenler ve ureterde inflamasyon sonucunda oluşan darlıklar da sayılabilir (3,4). Daha ender olarak kendiliğinden gelişebilir (3). Bazı olgularda ise tıkanmaya yol açacak bir etiyolojik faktör saptanamamıştır (2).

Klinik tablo genellikle özellik taşımaz. Altta yatan üriner patoloji ile ilişkilidir. Böbrek koliği, künt böğür ağrısı, ateş, bulantı, kusma, sistizm tablosu ile karşımıza çıkabilir. Acil girişim gerektiren böbrek parankim rüptüründen farklı bir seyirde ılımlı seyrederek. Bu yazımızda 65 yaşında yan ağrısı ile başvuran bir kadın hasta değerlendirildi.

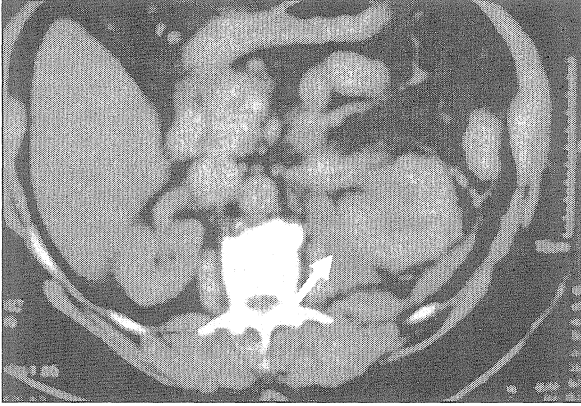
OLGU

Altmış beş yaşında kadın hasta (N.A) sol yan ağrısı nedeniyle (10317570 protokol no) polikliniğimize başvurdu. 15 gün önce ağrısının başladığını, bulantı, kusma, yan ağrısı ile birkaç kez acile başvurduğunu, tıbbi tedavi ile rahatladığını ve evine gönderildiğini bildirdi. Bir gün önce ise şiddetli bir kolik ağrı sonrası taş düşürdüğünü bildirdi. Hastada travma öyküsü yoktu. Fizik bakıda ateş 39°C, kan basıncı 110/90 mmHg ve nabız 96/dakika ölçüldü. Sol kostovertebral açı duyarlılığı ve sol üreter boyunca duyarlılık vardı. Abdominal direnç ve duyarlılık saptanmadı. Diğer sistem bakıları normaldi. Tam idrar tahlilinde bol eritrosit ve 3-4 lökosit saptandı. Serum biyokimyasal parametreleri normal sınırlardaydı. Direk üriner sistem grafisinde herhangi bir radyoopasite saptanmadı. Ultrasonografide sol böbrekte üreter üst kesimini içine alan 1-2. dereceden hidronefroz saptandı. Sol böbrek arka dış yüzünde perirenal yerleşimli 86x69x32mm boyutlarında sıvı birikimi saptandı. Sağ böbrek normaldi. Kontrastsız bilgisayarlı tomografide (BT) radyoopasite saptanmadı. Sol böbrekte pelvikaliketazi, sol üst üreter boyunca genişleme vardı. Sol perirenal alanda 87x35 mm sıvı birikimi saptandı. Sağ böbrek normaldi (Resim 1). Hastaya yerel anestezi altında çekilen retrograd pyelografide ureterde ve renal pelviste sızıntı (kaçak) gözlenmedi. Hasta perirenal idrar sızıntısı öntanısıyla yatırılarak deneyimsel antibiyotik tedavisi ve analjezi başlandı. Hastanın ateşleri hafif yüksek seyretti ve ağrılarında azalma oldu. Üç gün sonra tekrar çekilen ultrasonografide

aynı patolojinin devam ettiği ve sıvı birikiminde boyutsal gerileme olmadığı görüldü. Olguya semptomların devam etmesi nedeniyle floroskopi eşliğinde 5 Fr çift J kateter takıldı. Girişim sonrası komplikasyon gözlenmedi. İşlem sonrası 3 gün izlenen olgunun ateş ve ağrısının tamamen kaybolması sonucu evine gönderildi. Çift J kateter 4 hafta sonra çekildi. Kontrol BT'de böbrekler normal, perirenal aralık normal olarak izlendi (Resim 2).

TARTIŞMA

Böbrek pelvisin veya toplayıcı sistem yırtılması parankim yırtılmasının eşlik etmediği, retroperitoneal alana idrarın sızdığı ve genellikle üriner patolojiler sonucu ortaya çıkan ılımlı seyreden bir klinik tablodur (5). Üriner sızıntı sıklıkla pelvikalisiel düzeyde gerçekleşmektedir, ancak ender olarak kendiliğinden ureteral yırtılmaya eşlik edebilir. (6) Kendiliğinden perirenal idrar sızmasına neden sıklıkla üreter taşıdır. (2,3) Taş nedeniyle üriner sistemin herhangi bir yerinde tıkanma sonucunda artan lümen basıncı böbrek pelvisine yansır. İntrapelvik basınçtaki ani artış sonucunda basıncın en fazla olduğu yüzey alanından toplayıcı sistemden yırtılma olur ve idrar retroperitoneal alana sızar. (3) Bu durum intrapelvik basınçtaki ani artışla ortaya çıkan fizyolojik idrar sızması ile karıştırılmamalıdır. Ani üriner tıkanmalarda %5-17 oranında idrar sızması olabilir. (7) Bu sızan idrar geri emilir ve ürinoma oluşmaz. (5) Gerçek pelvis rüptürlerinde ani basınç artışında bu mekanizma yeterince çalışmaz ve retroperitoneal alana idrar sızarak ürinomaya neden olur. Paajanen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 8 idrar sızıntılı olgunun 3'ünde herhangi bir etiyolojik faktör saptanamamıştır. (2) Akpınar ve arkadaşlarının çalışmasında kendiliğinden ureteral yırtılması saptanan hastaların ikisinde üreter taşı, birinde de prostat kanserine bağlı mesane çıkım tıkanması vardı. (8) Soyupek ve arkadaşlarının olgusunda invaziv ve noninvaziv girişimlerle ureterde tıkanma yapan herhangi bir neden bulunamamıştır. (3) Olgumuzda da idrar sızıntısına yol açan ureteral patoloji saptayamadık. Ancak Soyupek ve arkadaşlarının olgusundaki gibi kendiliğinden idrar sızıntı, renal kolik sırasında artan intrapelvik basınca bağlı gelişen kaliks ve fornikslerin yırtılması sonucunda meydana gelmiştir. Hastada taş düşükten sonra oluşan ağrı ve yüksek ateş perirenal alana sızan ve biriken idrardan kaynaklanmaktaydı.



Resim 1. Hastanın JJ stent uygulaması öncesi pelvis çevresinde oluşan ürinom formasyonu (ok işareti).



Resim 2. Hastanın JJ stent çekildikten sonraki kontrastlı tomografide ürinom formasyonunun kaybolduğu görülüyor (ok işareti)

Üriner sistem yırtılması tanısını koymada ultrasonografik inceleme, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme gibi ileri tetkikler yardımcı olabilmektedir. BT daha çok kullanılan bir yöntem olarak yalnızca yırtılma tanısını koymaz, yırtılmanın yerleşim ve büyüklüğünü de ortaya koyabilir. Olgumuzda ultrasonografik ve klinik bulgular bize idrar sızıntısını düşündürmüştü ve çekilen BT'de saptanan perirenal birikim, sol pelvikaliektazi ve üst üreter genişlemesi bu düşüncemizi pekiştirmiştir. Hastada saptanan mikroskobik hematüri bulgusu, yırtılma olan toplayıcı sistemden veya renal kolige neden olup idrarla atılan taşın yaptığı mukozal irritasyondan kaynaklanabilir

İLETİŞİM

Op. Dr. Ümit YILDIRIM
Adres: 1853 sokak No: 14/5 Karşıyaka/ İZMİR
Cep tel: (505) 804 80 66
e-posta: drumityildirim@gmail.com

Başvuru : 20.01.2010
Kabul : 10.08.2010

Bu hastalarda altta yatan etiyolojik faktörleri göz önünde bulundurarak ilk yapılacak işlem idrar drenajı sağlamaktır. Bu amaçla çift J kateter takılması ve perkütan nefrostomi ilk düşünülecek idrarın dışa drenajla boşaltılması yöntemleridir. Küçük çaplı sızıntılar drenaj bile gerektirmeden kendiliğinden kaybolabilmektedir. Yırtılmanın derecesi ve etiyoloji göz önünde tutularak bazen açık cerrahi gerekebilir. (3) Bugün için kendiliğinden renal pelvis yırtılmasının üreteral stent ile tedavisi başarıyla uygulanmaktadır. (9) Olgumuzda drenaj amacıyla çift J kateter yerleştirerek başarılı sonuç aldık. (2,3) Kendiliğinden (travmaya bağlı olmayan) idrar sızıntıları üreterde tıkkayıcı bir nedenden kaynaklanabilir. Ancak olguların bir bölümünde de hiçbir etiyolojik neden bulunamamıştır. Perirenal alana geçen idrarın yaptığı irritasyon sebebiyle klinik tablo akut karını taklit edebilir. (3) Bu nedenle bu tablo akılda tutulmalı ve ayrıca tanıda değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Köktener A, Ünal D, Dilmen G, Koç A. Spontaneous rupture of the renal pelvis caused by calculus: a case report. J Emerg. 2007 33(2): 127-9.
2. Paaanen H, Kettunen J, Tainio H, Jauhainen K. Spontaneous peripelvic extravasation of urine as a cause of acute abdomen. Scand J Urol. Nephrol., 1993 27: 333.
3. Ashebu SD, Elshebiny YH, Dahniy MH. Spontaneous rupture of the renal pelvis. Australas Radiol, 2000 24: 125-127.
4. Claashen VD, Grinten HL, Monnens LA, de Grier RP. Perinatal rupture of the uropoietic system. Clin Nephrol, 2002 57: 432-438.
5. Kıracı M, Akyüz S, Üre İ, Batur AF, Çelik M, Tunç L. Üreter taşına bağlı böbrek pelvis rüptürü. Türk Üroloji Dergisi, 2007 33: 369-371.
6. Etügrül A, Yücel S, İlker Y, Akdaş A. Use of double-j stent in case of spontaneous ureteral extravasation of urine. Arch Esp Urol, 2000 53: 491.
7. Chen MY, Zagoria RJ, Dyer RB. Radiologic findings in acute urinary tract obstruction. J Emerg Med, 1997 15: 339-343.
8. Akpınar H, Kural AR, Tüfek İ. Spontaneous ureteral rupture: immediate surgical intervention always necessary? Presentation of four cases and review of literature. J Endourol, 2002 16: 179.
9. Kaplan M, Aktoz T, Atakan Hİ. Akut yan ağrısının nadir görülen bir nedeni: spontan renal pelvis rüptürü. Türk Üroloji Dergisi, 2009 35: 256-259.