

FOLEYBALONU: NADİR GÖRÜLEN ÜRETEROHİDRONEFROZ NEDENİ

FOLEY BALLOON: UNUSUAL CAUSE OF URETEROHYDRONEPHROSIS

ÇİMEN, K., ÖZKÜRKÇÜGİL, C., TÜRKAN S., GÖKALP, A.

ÖZET

Benign prostat hiperplazi (BPH) sebebiyle suprapubik transvezikal prostatektomi yapılan bir hastada postoperatif erken dönemde bilateral üreterohidronefroz gelişti. Hastanın üre ve kreatinin değerlerinde yükselme tespit edildi. Sonda balonun 30ccden 10cc'ye indirilmesinden sonra hastanın kliniği tamamen düzeldi. Olayın sonda balonunun üreter orifislerine bası yapmasından kaynaklandığı düşünüldü.

ABSTRACT

Elevated urea and creatinine after the open prostatectomy in postoperative first day. Bilateral ureterohydronephrosis with elevated urea and creatinine was developed in the patient with benign prostatic hyperplasia followed by a suprapubic transvesical open prostatectomy. After the foley catheters balloon deflated from 30cc to 10cc, the clinic changed to the normal limits. The cause of high urea and creatinine level is thought to be pressure effect of the balloon of the catheter to the ureteral orifices.

ANAHTAR KELİMELER: Açık Prostatektomi, Üreterohidronefroz, foley

KEY WORDS: Open Prostatectomy, Ureterohydronephrosis, Foley.

Dergiye geliş tarihi: 12.2.1999

Yayına kabul tarihi: 12.4.1999

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ

Günümüzde prostatizm semptomları olan erkeklerin %20-30'una cerrahi girişim yapılmaktadır. Olguların %90'ını TUR-P, %10'unu suprapubik transvezikal/ekstravezikal açık prostatektomi oluşturur.^{1,2} TUR-P'de total mortalite %0.2, total morbidite %18 olarak bildirilirken açık prostatektomilerde total mortalite %1'den az olarak bildirilmiştir. Açık prostatektomilerde %15 oranında kan replasman gereği doğarken, total morbidite TUR-P'ye göre daha fazladır.^{3,4}

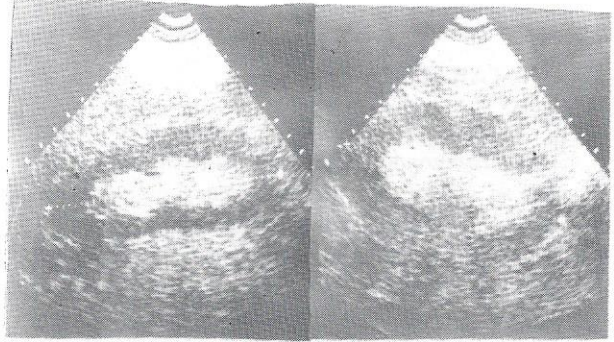
Bu olgu sunumunda, açık prostatektomi sonrası postoperatif erken dönemde, sonda balonuna bağlı olarak gelişen obstrüksiyon olgusunu vurgulamayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Son iki yıldır prostatizm yakınmaları olan 73 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan rektal incelemede grade 2 benign kıvamda prostat tuşe edildi. Glob vezikal tespit edilen hastaya üretral kateter takıldı. 2000cc retansiyon görülmesi üzerine hasta sondalı olarak bırakıldı. Diğer fizik inceleme bulguları normal olarak tespit edildi. Sonda takılmadan önce yapılan laboratuvar tetkiklerinde; üre 77mg/dl, kreatinin 3 mg/dl, total PSA (prostat spesifik antijen), 11.7 ng/ml, serbest PSA 3 ng/ml olarak bulundu. Yapılan radyolojik incelemede BPH bulguları dışında bir patoloji saptanmadı. Transrektal ultrasonografi (TRUS) sırasında yapılan altı kadran biyopsi sonucu BPH geldi. İdrar retansiyonu sebebiyle üretral kateterli bırakılan hastanın, bir ay sonraki laboratuvar incelemesinde üre 39mg/dl, kreatinin 1.4 mg/dl olarak bulundu. Bu bulgular sonucunda, hasta sistoskopi-gerekli girişim için hazırlandı. Preoperatif dönemde yapılan abdominopelvik ultrasonografide (USG) üst üriner sistemde hidroüreteronefroz olmadığı tespit edildi (Resim 1).

Sistoskopik incelemede üreter orifislerinin mesane kollumuna yakın olduğu görülürken, intravezikal tümöral oluşum tespit edilmemesi üzerine suprapubik transvezikal açık prostatektomi yapıldı.

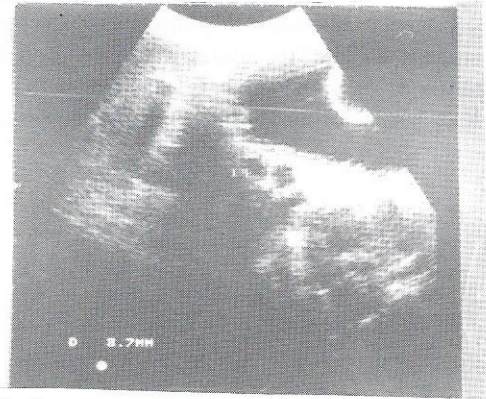
Foley Balonu nadir görülen üretero hidronefroz nedeni



Resim-1: Preoperatif dönemde üst üriner sistemin USG görüntüsü.

Diversiyon olarak, 14 F malekot sistostomi, 22 F iki yollu foley sonda transüretral olarak takıldı ve balonu mesane içinde 30cc şişirildi. Postoperatif erken dönemde yapılan biokimyasal incelemede, üre 73.7 mg/dl, kreatinin 2.22mg/dl, sodyum 141.8 mEq/L, potasyum 5.44mEq/L olarak tesbit edildi. Yeterli hidrasyona rağmen idrar çıkışında azalma olması üzerine yapılan USG'de bilateral grade1-2 üreterohidronefroz tespit edildi (Resim 2).

Foley Balonu nadir görülen üreterohidronefroz nedeni



Resim-2: Postoperatif dönemde dilate distal üreter ve mesanenin USG'deki görünümü.

Üretral foleyin balonunun 10cc'ye indirilmesinden kısa süre sonra hastanın idrar çıkışında progresif olarak artış meydana geldi. Postoperatif 1. gün total 3100cc idrar çıkışı oldu. Postoperatif 2. günde üre 57mg/dl, kreatinin 1.4 mg/dl, potasyum 4.4mEq/L olarak tespit edilirken, tekrarla-

nan USG'de bilateral üreterohidronefrozun kaybolduğu görüldü.

TARTIŞMA

Üreteral obstrüksiyon nadir rastlanan bir komplikasyondur. Eğer hemostaz sütürleri koyulurken orifisler iyi gözlenmezse, üreter orifislerinden ya da intravezikal üreterlerden sütür geçebilir. Olay sıklıkla tek taraflı, nadiren çift taraflı olabilir. Özellikle tek taraflı vakalarda sebebi açıklanamayan ateş ve yan ağrısı durumlarında üreter obstrüksiyonundan şüphelenmek gerekir. Çift taraflı vakalarda obstrüksiyonun şiddetine bağlı olarak, üre ve kreatinin'de yükselme, elektrolitlerde bozulmalar, oligüri-anüri olabilir. Tek taraflı obstrüksiyon şüphelenilen olgularda İVP diagnostiktir. Obstrüksiyon çift taraflı ise USG'de bilateral üreterohidronefroz tespit edilebilir. Obstrüksiyon tespit edildiğinde üreteral stent ya da perkütan nefrostomi denenebilir. Nadiren koyulan sütür materyalinin rezorbe olmasıyla obstrüksiyon çözülür.

Bizim olgumuzda postoperatif dönemde yeterli hidrasyona rağmen, idrar çıkışının az olması ve böbrek fonksiyonlarının bozulması ilk planda operasyon sırasında orifislerden sütür geçmiş olabileceği ihtimalini düşündürdü. Bu sebeple, yapılan acil USG'de bilateral üreterohidronefroz görülmesi bu düşüncemizi destekledi. Fakat hemostaz sütürleri koyulurken orifislerin görülmüş

olması ve sonda balonunun 30cc olması, düşük ihtimalde olsa operasyondan sonra mesane boyuna yaklaşmış olan orifislere, sonda balonunun bası yapabileceği ihtimalini akla getirdi. Sonda balonu 10cc'ye indirildi. Balonun indirilmesinden sonra hastanın durumunun süratle düzelmesi, bu tür olgularda sonda balonuna bağlı gelişen obstrüksiyon olasılığının da ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini gösterdi.

KAYNAKLAR

- 1- Perinchery, N.: Neoplasm of the Prostat Gland. General Urology (Tanagho, E. A., McAninch, J. W.) Thirteenth edition. 391-392, 1992.
- 2- Glynn, R. J., Compion, E. W., Bouchard, G. R.: The devolpment of benign prostatic hyperplasia in normative Aging Study. Am J. Epidemiol, 121: 78, 1985.
- 3- Mebust, W. K., Holtgrewe, H. L., Cockett, A. T. K., et al: Transurethral prostatectomy: Immediate and postoperative complication. A cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3885 patients. j. Urol, 141: 243, 1989.
- 4- McConell, J. D., Barry, M. J., Bruskewiz, R. C., et al: Benign prostatic hyperplasia: Diagnosis and Treatment. Clinical Practice Guidelne No: 8 AH-CAR publication No: 94-982. Rakville MD. Agency for Health care policy and research public Health service. US Department of Health and Human services. 1994.
- 5- Water, W. B.: Suprapubic and Retropubic prostatectomy for Benign prostatic hyperplasia. Urologic surgery (Fowler JE). 376, 1992.