

SPONTAN İDRAR EKSTRAVAZASYONU: OLGU SUNUMU SPONTANEOUS URINARY EXTRAVASATION: A CASE REPORT

COŞKUNER E.R.*, EGE G.**, YILDIZ S.*, AKMAN H.**

* *International Hospital Üroloji Departmanı, İSTANBUL*

** *International Hospital Radyoloji Departmanı, İSTANBUL*

ÖZET

İdrar ekstrevaazyonu çoğunlukla lomber bölgeye travma sonrası gelişen bir tablodur. Travma harici gelişmiş olan vakaların literatürde sayısı az gözlenmiş olup tanımı, tedavisi, ve prognozu konusundaki değerlendirmeler net değildir.

Yazımızda üriner obstrüksiyona bağlı gelişen spontan idrar ekstrevaazyonu olgusunun tanı ve tedavisi anlatılmış, bu tip hastalara yaklaşım tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler:

ABSTRACT

Urinary extravasation is commonly seen following trauma to the lumbar region. The majority of reports have been of few or single cases which has led to confusion in definition, management and prognosis of the non-traumatic spontaneous urine extravasation.

In our report, we described the diagnosis and management of a patient with spontaneous extravasation of urine secondary to ureteric obstruction and discussed the evaluation of these kinds of patients.

Key Words:

OLGU SUNUMU

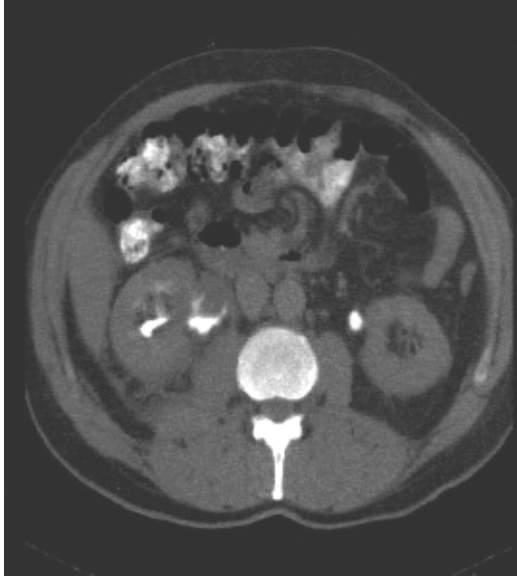
Spontan idrar ekstrevaazyonu; yakın zamanda endoskopik veya açık cerrahi yöntemle üriner sisteme ait girişim geçirmemiş, travma tanımlamayan, taş veya lezyon nedeniyle üriner sistemde nekroz ihtimali olmayan bir hastada idrarın sistem dışına çıkması olarak ifade edilir¹. İdrarın ekstrevaazyonu sistemin en zayıf noktasından meydana gelir. Daha önce sağlıklı olduğu bilinen bir böbrekte en sık rastlanan bölge kaliks forniksleridir ve burada mikroskopik yırtıklar şeklinde oluşur. İntravenöz piyelografide (IVP) bu durum forniks geri kaçıışı olarak gözlenir ve daha çok taşa bağlı üreter obstrüksiyonunda ortaya çıkar. Diğer bir şekil ise nadir görülen pelvis renalis rüptürüdür ve sıklıkla kronik olarak zarar görmüş böbrekte (kronik hidronefroz, tümör veya enfeksiyon) oluşur^{2,3}.

Makalemizde üreter taşına sekonder gelişen spontan idrar ekstrevaazyonlu hastanın tanısı, tedavisi ve sekel kalmadan uygulanan tedavisi sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Elli yedi yaşında erkek hasta şiddetli sağ yan ağrısı ile acil polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede batın sağ yan hassas fa-

kat defans veya rebound tespit edilmedi. Sağ kostovertebral açı hassasiyeti ise belirgindi. İdrar sedimentinde 7-8 eritrosit ve 3-5 lökosit gözlenen hastanın ultrasonografisinde sağ böbrek pelvikalisel sistemde genişleme tespit edildi. Takiben yapılan tüm batın kontrastsız tomografisinde sağ üreter orta bölüme uyan alanda lokalize yaklaşık 3-4mm boyutunda kalkül mevcuttu. Aynı incelemede sağ böbrek çevre dokularındaki düzensizlik de dikkati çekti. Bu nedenle hastaya verilen kontrast maddeyi takiben alınan kesitlerde pelvisden geliştiği düşünülen belirgin bir ekstrevaazyon gözlemlendi (Resim 1). Aynı anda alınan ürografik kesitlerde bu doğrulandı (Resim 2). Değerlendirmeler doğrultusunda hastaya acil girişim önerildi. Yapılan üreterorenoskopide sağ üreter taşı net tespit edilerek basket katater ile ekstrakte edildi. Takiben üreter üst bölüm ve hasta pelvis renalise ulaşarak yapılan incelemede belirgin bir defekt bulunamadı. Hastaya 4.8F double-j katater takılarak işleme son verildi. Post-op dönemi komplikasyonsuz geçen hasta 24 saatlik gözlemi takiben taburcu edildi. Altı hafta sonra katateri alınan hastanın çekilen kontrol filmlelerinde sağ böbrek pelvisinin tamamen normal yapıda olduğu ve ekstrevaazyona ait bir iz taşımadığı gözlemlendi.



Resim 1. Kontrastlı tomografide sağ böbrekte gözlenen ekstretravazasyon.



Resim 2. Ekstretravazasyonun ürografide tesbiti

TARTIŞMA

Üriner sistemin akut obstrüksiyonunda intraluminal basıncın artması ve kontrast maddenin diüretik etkisinin buna eşlik etmesiyle sistem en

zayıf noktasından rüptür olabilir⁴. Sağlıklı böbrekte bu nokta genellikle kalisyel fornikslerdir. Acil çekilen IVP'lerin yaklaşık %8'inde gözlenen bu tablo aslında oldukça sık oluşmaktadır çünkü yapılan çalışmalar üreter obstrüksiyonun aynı zamanda torasik lenf kanallarında da akım artışına neden olduğunu göstermektedir^{1,5}. Bu tip idrar ekstretravazasyonu geçici ve önemsiz olup aslında pelvikalisyel sistemin doğal bir dekompresyon yolu olduğundan fizyolojik olarak dahi kabul edilebilir. Fakat bu tip olgularda ekstretravaze olan idrarın retroperitoneal fibrozis, üreteropelvik obstrüksiyon ve eğer idrar enfekte ise perinefrik abse nedeni olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında kollektör sistemdeki yırtıktan meydana gelen ekstretravazasyon daha çok kronik obstrüksiyon, taşla bağlı erozyon veya tümör gibi bir zeminde gelişmekte olup, klinik önemi mevcuttur ve acil müdahale gerektirir.

İlk planda ekstretravazyondan şüphelenip, tablonun fornikslerden geri kaçış mı yoksa renal pelvis veya üreter yırtılması mı olduğu ayırımına iyi varmak gerekir. Direkt üriner sistem grafisi psoas gölgesindeki düzensizlik, meteorizm ve taş varlığı ile bize bir takım spesifik olmayan işaretler verebilir. Fornikslerden geri kaçışa çok azda olsa peripelvik ekstretravazasyon eşlik edebilir. Karakteristik olarak erken alınan filmlerde forniksler çevresinde kontrast madde gözlenir. Böbrek ve üreter sınırları belirgin ve yer değiştirme söz konusu değildir. Rüptür durumunda ise daha çok geç alınan filmlerde gözlenen, eğer kronik bir hastalık varsa fonksiyon gecikmesi yada kontrast maddenin peripelvik idrarla dilüe olan görüntüsü tanı koydurucudur. Böbrek ve üreter sınırları netliğini kaybedebilir, yer değiştirmeleri gözlenebilir^{6,7}. Aynı anda alınan bilgisayarlı tomografi kesitleri tanıyı netleştirir.

Tedavi tanı kesinleştiği andan itibaren başlamalıdır. Antibiyotik tedavisi profilaktik amaçlı yada gelişmekte olan ürosepsise yönelik olarak planlanmalıdır. Yapılacak girişim hastanın genel durumu, idrar ekstretravazasyonunun nedeni ve beraberinde gelişmiş olan komplikasyonlara göre planlanmalıdır. Fonksiyonu ileri derecede azalmış böbrek veya malign bir zemin üzerinde gelişmiş rüptürlerde nefrektomiye kadar giden açık cerrahi girişimler gerekebilir. Vakamızda da olduğu gibi benin karakterdeki obstrüksiyonlarda

nedeni ortadan kaldırmaya yönelik girişimler ya da en azından drenajı sağlayıcı yöntemlerin uygulanması ve post operatif dönemde hastanın sıkı takibi prognozu iyi yönde etkileyecektir.

KAYNAKLAR

- 1- **Swartz A, Caine M, Herman G and Bitterman W:** Spontaneous renal extravasation during intravenous urography. Am. J. of Roent., 98: 27-39, 1966.
- 2- **Shaw RE:** Spontaneous rupture of the kidney. Brit. J. Surg., 45: 68, 1957.
- 3- **Joachim GR and Beckwer EL:** Spontaneous rupture of the kidney. Arch. Intern. Med., 115: 176, 1965.
- 4- **Kiil F:** The function of the ureter and pelvis. Philadelphia and London: WB Saunders&Co., 1957.
- 5- **Chiholm GD, Rivery OR and Calnan JS:** Permeability of renal pelvis during ureteric obstruction. Brit. J. Surg., 54: 1023-1026, 1967.
- 6- **Khan AU, Matek RS:** Spontaneous urinary extravasation. J. Urol., 116: 161-165, 1976.
- 7- **Kettlewell M, Walker M, Dudley N, De Souza B:** Spontaneous extravasation of urine secondary to ureteric obstruction. Br.J.Urol., 45: 8-14, 1973.