

ABDOMİNAL VE İNTERNAL İLİAK ANEVİZMALARLA BAĞLI ÜRETERAL OBSTRÜKSİYON: OLGU SUNUMU VE YAYINLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

URETERAL OBSTRUCTION DUE TO ABDOMINAL AND INTERNAL ILIAC ANEURYSMS: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Nihat ULUOCAK*, Fikret ERDEMİR*, Bekir Süha PARLAKTAŞ*, Erdinç NASARİ**, Altay ELALMIŞ*

* Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, TOKAT

** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, TOKAT

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory abdominal (IAAA) aortic aneurysms are uncommon (2.5% to 18.2%) variants of atherosclerotic aneurysms. Most abdominal aortic aneurysms occur in association with iliac aneurysms. Thickened aneurysm wall, retroperitoneal fibrosis with resulting pain, and adhesions to adjacent structures are common features of IAAA. Ureteral entrapment is a well-recognized complication in the setting of IAAA. Ureteral entrapment and constriction occurs in 15% to 44% of cases and approximately one half of these patients will present with obstructive uropathy. Herein, we report a case of ureteral obstruction due to abdominal aort and internal iliac aneurysm.

Key words: Ureter, Obstruction, Aneurysm

ÖZET

İnflamatuvar abdominal aort anevrizmaları (İAAA) aterosklerotik anevrizmaların sık olmayan şeklidir. Abdominal aortik anevrizmaların çoğunluğu iliak anevrizmalarla beraber görülmektedir. Kalınlaşmış anevrizma duvarı, ağrı ile sonuçlanan retroperitoneal fibrozis ve çevre dokulara yapışıklıklar İAAA'sının yaygın özellikleridir. İAAA varlığında üreteral tutulumun olması iyi tanımlanmış bir istenmeyen yan etkidir. Üreteral tutulum ve darlık bu hastaların %20 ile %44'ünde görülmekte olup bunlarında yaklaşık yarısında obstrüktif üropati gelişmektedir. Biz bu çalışmada abdominal aort ve iliak anevrizmalarına bağlı olarak üreteral obstrüksiyon gelişen olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Üreter, Obstrüksiyon, Anevrizma

GİRİŞ

İnflamatuvar abdominal aort anevrizmaları (İAAA) tüm anevrizmaların %2.5-18.2'ini oluşturmaktadır¹. Bu anevrizmalar perianevrizmatik yapıları etkileyerek nörolojik, gastrointestinal ve üriner sistemde çeşitli derecelerde patolojilere yol açmaktadır². Perianevrizmatik istenmeyen yan etkiler daha sık olarak torakal aort anevrizmalarında görülmekle beraber abdominal aort anevrizmalarındaki istenmeyen yan etkiler genellikle çok ilerlemiş olan şekillerinde olmaktadır^{1,2}. Bunlar arasında üriner sistemle ilgili olarak üreteral obstrüksiyon görülmesi ender olmamasına rağmen üroloji uygulamasında bu konuda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmada abdominal aort ve iliak anevrizmalarına bağlı olarak gelişen üreteral obstrüksiyonlu bir olguyu yayınlar eşliğinde sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

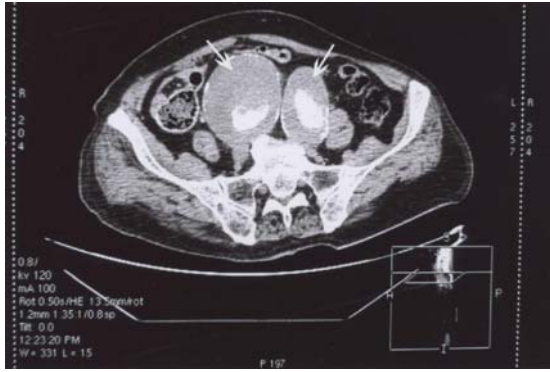
63 yaşında bir erkek hasta sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma, gece 2-3 kez idrara çıkma

ve sol yan ağrısı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Hastanın alınan ayrıntılı öyküsünde özellikle sol yan ağrısı yakınmasının son bir haftada daha da artmasının yanı sıra daha önce bu yakınmaları nedeni ile başka bir merkeze başvurduğu ve burada yapılan radyolojik tetkikleri sonucu ileri tedavi ve değerlendirme için kliniğimize gönderildiği anlaşıldı. Fizik muayenede sol kostovertebral açı hassasiyetinin olduğu anlaşıldı. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlar içerisinde olan hastanın eritrosit sedimentasyon hızı ise 60 mm/saat (0-6) olarak saptandı. Direkt üriner sistem grafisinde belirgin bir özellik görülmedi. Üriner sistem ultrasonografisi ve intravenöz piyelografi değerlendirmesinde sol böbrekte grade 2-3 hidroüreteronefroz saptandığı ve yaklaşık distal 1/3'lük üreter kısmının izlenmediği belirtildi. Hastanın kliniğimize gelmeden önce yaptırmış olduğu bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde ise ultrasonografide olduğu gibi sol böbrekte grade 2 hidroüreteronefroz doğrulanırken aynı zamanda tüm batını dol-

Dergiye Geliş Tarihi: 08.11.2005

Yayına Kabul Tarihi: 05.08.2006 (Düzeltilmiş hali ile)

duran ve sol üretere uzanan homojen yapıda, hipodens ve düzgün sınırlı yaklaşık 16x11 cm boyutlarında oluşum görüldü (Resim 1). Radyolojik değerlendirmede bu yapının abdominal aorta ve her iki ana iliak arterde tortüozite ve fuziform anevrizmatik genişlemeler olduğu belirtildi. Daha sonra kalp damar cerrahisi tarafından görülen hastaya torakal, abdominal ve pelvik aortografi ile her iki taraflı alt ekstremité anjiyografisi ileri tetkik ve tedavi planlaması için yapıldı. Burada da anevrizmatik genişlemeler tespit edildi. Bu bulgularla hastaya ameliyathane şartlarında sedasyon ile sol böbreğe çift J kateteri takıldı. Kateterizasyondan 2 gün sonra hastanın yakınmalarının azaldığı gözlemlendi. Bir hafta sonra yapılan üriner ultrasonografik değerlendirmede hidroütretronefrozun gerilediği anlaşıldı. Hasta anevrizmaları nedeni ile kalp damar cerrahisinin ameliyat önerisini, mortalite ve morbidite riskleri nedeni ile kabul etmedi. Bu nedenle 3 ay sonra kontrole gelmek üzere kliniğimizde takibe alındı.



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide yaklaşık 16x11 cm boyutlarında, hipodens, düzgün sınırlı abdominal ve iliak anevrizmalar (beyaz oklar) görülmektedir

TARTIŞMA

Üriner sistemde obstrüksiyonlar, böbrek, üreter, mesane ve üretra gibi çeşitli seviyelerde dışarıdan bası ya da lümen içerisinden kaynaklanan doğumsal ve edinsel nedenlerden ileri gelebilirler³. Bu nedenler arasında üreteropelvik bileşke darlığı, taşlar, pıhtılar, konnektif doku artıkları, üriner sistemden kaynaklanan tümörler ve valvler lümen içinde darlığa neden olurken retroperitoneal fibrozis, geniş lenf nodu basıları, retroperitoneal bölgedeki dıştan bası yapan tümörler ve abdominal aort anevrizması gibi patolojiler dışarıdan bası yaparak üriner sistemde hidroütretronefroza neden olabilir-

mektedirler^{3,4}. Abdominal aort anevrizmasına bağlı gelişen üreter basısına ikincil hidroütretronefroz ender olarak görülmektedir ve üriner sistem kökenli yan ağrılarında ayırıcı tanıda genellikle ilk planda düşünülmemektedir^{1,2,4}.

İlk olarak 1935 yılında James tarafından tanımlanarak Walker tarafından isimlendirilen inflamatuvar aort anevrizmalarının en sık görüldüğü yerleşimler torakal, femoral ve popliteal yerler olmasına rağmen en sık tıkayıcı hastalığa yol açtığı yerleşimler koroner, femoropopliteal, karotid, böbrek arteri ve hastamızda olduğu gibi aortoiliak bölgelerdir^{1,2,4-6}. Bu patolojinin kesin nedeni bilinmemekle birlikte retroperitoneal bölgede anevrizmanın basısından ileri gelen subklinik kan ekstrasvasyonu ile fibrozisin sorumlu olduğu bildirilmektedir⁷. Günümüzde pek çok araştırmacı kalın anevrizma duvarında bulunan bir antijenin de bu süreci başlattığına inanmaktadır^{1,8}. Schwartz ve Mitchell ise vasküler duvardaki ateroskleroz plağında bulunan lipidlerin damar dışına çıkmasının otoimmün süreci başlatıp fibrozis ve üreter obstrüksiyonuna neden olduğunu ileri sürmektedirler⁹. Bazı yazarlar İAAA'larının sistemik inflamatuvar bulgulara sahip olması nedeni ile bu patolojinin sistemik vaskülit olduğunu ileri sürmektedirler^{8,10}. Bu hastalarda üreteral tutulum oranının %15-44 arasında olmasına karşın olguların ancak yarısının obstrüktif üropatiye ikincil gelişen yakınmalarla kliniğe başvurdukları anlaşılmaktadır^{1,2,7,8}. Bir çalışmada abdominal aort anevrizması olan 110 hasta içinde üreteral tutulum oranı %20.90 olarak bildirilmiştir¹¹. İliak anevrizma varsa bu oran %40'lara kadar çıkabilmektedir. Genellikle abdominal aort anevrizmaları çalışmamızdaki olguda olduğu gibi iliak anevrizmalarla beraberdir^{8,9}.

İAAA olan hastalar yan ağrısı, karın ağrısı, anüri, anemi, artmış eritrosit sedimentasyon hızı, vertebra kırığı, üreteral fistüle bağlı çeşitli derecelerde hematurî, yüksek ateş ve ender de olsa idrar ekstrasvasyonuna ikincil gelişen yakınmalar ile kliniğe başvurabilirler^{1,4,8,9,11-13}. Bizim hastamız da yan ağrısı ile başvurdu ve yapılan hematolojik tetkiklerinde sadece eritrosit sedimentasyon hızının yüksek olduğu tespit edildi. Yayınlarda İAAA bağlı gelişen işlevsel olmayan böbrek nedeni ile nefrektomi yapıldığı da bildirilmiştir¹⁴. Tujimoto ve ark. ise 36 hastalık derleme şeklindeki serilerinde 8 hastada iliak anevrizmaların dizüri ve inkontinansa

*ABDOMİNAL VE İNTERNAL İLİAK ANEVİRİZMALARINA BAĞLI ÜRETERAL OBSTRÜKSİYON
(Ureteral Obstruction Due to Abdominal and Internal Iliac Aneurysms)*

yol açtıklarını belirtmektedirler¹⁵. Tanıda genellikle BT ve MR kullanılması yeterli olmaktadır. MR, USG, BT ve anjiyografiye göre perianevrizmatik patolojiyi göstermesi açısından önemlidir^{8,9,13}.

Anevrizma ameliyatı sırasında üreter obstrüksiyonu nedeni ile üreterolizis yapılması diseksiyonun zor, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması nedeni ile tartışmalıdır^{1,11,14}. Başlangıçta bu durumlarda anevrizma duvarının eksizyonu ile birlikte üreteroliz yapılmaktaysa da son zamanlarda üreteral stent ve gerekirse perkütan nefrostominin yeterli olduğu görülmektedir^{1,10,12}. Çalışmalarda anevrizmanın neden olduğu inflamatuvar sürecin, anevrizma çıkarılması ile birlikte kaybolduğu ve hastaların büyük kısmında üreter obstrüksiyonunun kısmi ya da tam olarak ortadan kalktığı gösterilmiştir^{10,12,16}. Bunun özellikle üretere olan basının kalkmasından kaynaklanan kendiliğinden bir lizis olduğu ileri sürülmektedir. Nevelsteen 35 obstrüksiyonlu ünitenin 21'ine üreterolizis yaptığı halde 14'üne stent takmış ve stent takılan grupta nüks oranını diğer gruba göre daha az saptamıştır (%14 ve %9)¹¹. Üreterolizis ancak ameliyat sonrası uzun süreli üreteral kateterizasyon ve perkütan drenaja karşı geçmeyen üreteral obstrüksiyonlarda önerilmektedir^{10,11,17}. Çalışmamızda da hastamıza pigtail kateter takıldı ve ameliyatı reddettiği için kontrollere çağrılarak takiplere alındı. Tedavide bazı çalışmalarda kateter yerleştirilmesi ile birlikte steroid verildiği de görülmektedir. Nevelsteen ve ark. bilateral üreteral obstrüksiyonlu olguyu başlangıçta perkütan nefrostomi sonrasında da üreteral kateterler ile tedavi ettiklerini bildirmektedir¹⁰. Bu hastada kateterlerin alınmasına karşı devam eden obstrüksiyon için steroid verildiği ve sonrasında düzelme olduğu da belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda ise prednizolon ve tamoksifen beraber verilmiştir^{2,18,19}.

Sonuç olarak inflamatuvar abdominal ve aortiliak anevrizmaları hidroüreteronefrozun etiyolojisinde ender olarak görülmelerinden dolayı tanıda göz önünde bulundurulmalıdırlar. Bundan başka İAAA'na bağlı gelişen üreteral obstrüksiyonun ameliyat sonrası çoğunlukla kendiliğinden gerilediği görüldüğünden başlangıçta üreteral kateter takılarak hastaların izlenmesi uygun görülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Kashyap VS, Fang R, Fitzpatrick CM, Hagino RT: Caval and ureteral obstruction secondary to an inflamma-

- tory abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg 38: 1416-1421, 2003.
- 2- Jetty P, Barber GG: Aortitis and bilateral ureteral obstruction after endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg 39: 1344-1347, 2004.
- 3- Küpeli S, Küpeli B: Üriner obstrüksiyonlar. Temel Üroloji. 271-315, 1998.
- 4- Mineta K, Nomura M, Fujimoto N, Takahashi K, Matsumoto T: Ureteral obstruction due to retroperitoneal fibrosis secondary to a solitary internal iliac aneurysm. Int J Urol 11: 1024-1027, 2004.
- 5- James TGI: Uremia due to aneurysm of the abdominal aorta. BJU 7: 157-161, 1935.
- 6- Walker DI, Bloor K, Williams G, Gillie I: Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta. Br J Surg 59: 609-614, 1972.
- 7- Rehrling TF, Brewster DC, Kaufman JA, Fan CM, Geller SC: Regression of perianeurysmal fibrosis and ureteral dilation following endovascular repair of inflammatory abdominal aortic aneurysm. Ann Vasc Surg 15: 591-593, 2001.
- 8- Simons PC, van Overhagen H, Bruijninx CM, Kropman RF, Kuipers KC: Periaortitis with ureteral obstruction after endovascular repair of an abdominal aortic aneurysm. AJR Am J Roentgenol 179: 118-120, 2002.
- 9- Schwartz CJ, Mitchell JRA: Cellular infiltration of the human arterial adventitia associated with atheromatous plaques. Circulation 26: 73-78, 1962.
- 10- Nevelsteen A, Lacroix H, Stockx L, Baert L, Depuydt P: Inflammatory abdominal aortic aneurysm and bilateral complete ureteral obstruction: treatment by endovascular graft and bilateral ureteric stenting. Ann Vasc Surg 13: 222-224, 1999.
- 11- Lacquet JP, Lacroix H, Nevelsteen A, Suy R: Inflammatory abdominal aortic aneurysms. A retrospective study of 110 cases. Acta Chir Belg 97: 286-292, 1997.
- 12- Akiyama K, Hirota J, Taniyasu N, Asano S: Unusual complications in an inflammatory abdominal aortic aneurysm. Jpn Circ J 63: 914-916, 1999.
- 13- Mori KI, Koga S, Noguchi M, Kanetake H, Suda H, Yamashita S: Spontaneous peripelvic extravasation of urine due to an inflammatory aneurysm of the abdominal aorta. Int J Urol 11: 419-420, 2004.
- 14- Bonnet P, Vandenberg C, Limet R: Treatment of urological complications related to aorto-iliac pathology and surgery. Eur J Vasc Endovasc Surg 26: 657-664, 2003.
- 15- Tujimoto M, Yokoyama M, Yamamoto M, Mizaki T, Yamamoto K: A solitary internal iliac aneurysm: A case report and review of the literature in Japan. Gekashinryo 35: 1303-307, 1993.
- 16- Boyle JR, Thompson MM, Nasim A: Endovascular repair of an inflammatory aortic aneurysm. Eur J Vasc Endovasc Surg 13: 328-329, 1997.
- 17- Lindblad B, Almgren B, Bergqvist D, Eriksson I, Forsberg O, Glimaker H: Abdominal aortic aneurysm with perianeurysmal fibrosis: Experience from 11 Swedish vascular centers. J Vasc Surg 13: 231-239, 1991.
- 18- Clark CP, Vanderpool D, Preskitt JT: The response of retroperitoneal fibrosis to tamoxifen. Surgery 109: 502-506, 1991.
- 19- Plate G, Forsby N, Stigsson L: Management of inflammatory abdominal aortic aneurysm. Acta Chir Scand 154: 19-24, 1988.