

Olgu Sunumu

Spontan Ürinom: Perkütan ve Endoüreteral Kateterizasyon ile Kombine Tedavi

Burhan YAZICI*, Ali KAYIKÇI**, Beşir ERDOĞMUŞ*, Kamil ÇAM**,
Ramazan BÜYÜKKAYA*

- ✓ Ürinom kronik olarak ekstravaze olan idrarın kapsüllü koleksiyonu olarak adlandırılır. Üreterin taş, cerrahi ligasyon, neoplazmlara bağlı obstrüksiyonu, veya posterior üretral valf gibi mesane çıkış obstrüksiyonu ürinomların en yaygın etiyolojik nedenlerindedir. Renal kolik esnasında spontan ürinom oluşumu nadirdir. Burada, renal kolik esnasında oluşan spontan ürinomlu bir olgu sunulmaktadır. Ayrıca, değişik etiyolojilere bağlı ürinomların tedavi stratejileri günümüz literatür bilgileri eşliğinde tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: spontan ürinom, renal kolik, perkütan ve endoüreteral tedavi

- ✓ **Case Report**
Spontaneous Urinoma: Combined Treatment with Percutaneous and Endoureteral Catheterization

A urinoma is defined as encapsulated collection of chronically extravasated urine. Obstruction of the ureter by calculus, surgical ligature, neoplazms, or obstruction at the bladder outlet, such as by posterior urethral valves, is the most common cause of the urinomas. Spontaneous urinoma during renal colic is rare. Here, we present a case with spontaneous urinoma occurred during an attack of renal colic. In addition, treatment strategies of urinomas caused by different etiologies are discussed with the scope of the current literature.

Key words: spontaneous urinoma, renal colic, percutaneous and endoureteral drainage

GİRİŞ

Ürinom ekstravaze idrarın kapsüllü koleksiyonu olarak tanımlanır. Taş, cerrahi ligasyon, tümör, posterior üretral valf, künt ya da penetran travmalar başta gelen etiyolojik nedenlerindedir. Künt ya da penetran travmalar da toplayıcı sistemde yaralanma yaparak ürinom gelişimine neden olabilirler. Renal ko-

lik esnasında gelişmiş spontan ürinom vakaları nadirdir⁽¹⁻⁴⁾. Bu yazıda renal kolik esnasında gelişmiş spontan perirenal ürinomlu bir olguya uygulanan perkütan ve endoüreteral kateter drenajı sonuçları sunulmakta ve değişik etiyolojilere bağlı gelişen ürinomların tedavi stratejileri literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilmektedir.

OLGU BİLDİRİMİ

Elli sekiz yaşındaki erkek hasta psoas apsisi ön tanısıyla hastanemize sevk edildi. Sev-

* Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, DÜZCE

** Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, DÜZCE

kinden 10 gün önce sol yan ağrısı gelişen hastaya direkt grafi ve ultrasonografi (US) incelemeleri yapıldı. Taş saptanmamasına rağmen klinik olarak taş hastalığı ve üriner sistem enfeksiyonu tanıları konarak tedavi başlandı. Hasta, sol yan ağrısının artarak devam etmesi ve sol bacağa yayılması nedeniyle, psoas apsesi ön tanısıyla hastanemize sevk edildi. Bu dönemde taş düşürmediğini belirten hastanın muayenesinde sol kostavertebral açı hassasiyeti ve sol ayakta çekilme saptandı. Ateşi 37,7 °C idi. Ampirik olarak seftriakson+ampisilinsulbaktam tedavisi başlandı. İdrar ve kan kültürlerinde üreme tespit edilmedi.

Yapılan US incelemede sol böbrek çevresinde konsantrik tarzda sıvı koleksiyonu saptandı. Taş ya da pelvikalisiyel ektazi izlenmedi. US'de toplayıcı sistemde dilatasyon olmaması ve inceleme esnasında spiral bilgisayarlı tomografi (BT) yokluğu nedeniyle, perirenal koleksiyonun yaygınlığını ve natürünü belirleme açısından doğrudan kontrastlı abdominal BT tetkiki yapıldı. BT'de solda perirenal yağ dokusu içerisinde böbrek longitudinal aksı boyunca yaklaşık 17 cm'lik bir alanı tutan, en kalın yerinde 3 cm'ye varan, böbreği konsantrik tarzda saran sıvı koleksiyonu izlendi. Koleksiyon içerisinde yer yer kontrast madde birikiminin izlenmesi üzerine ürinom tanısı konuldu (Resim 1). Psoas kası içerisinde koleksiyon gö-



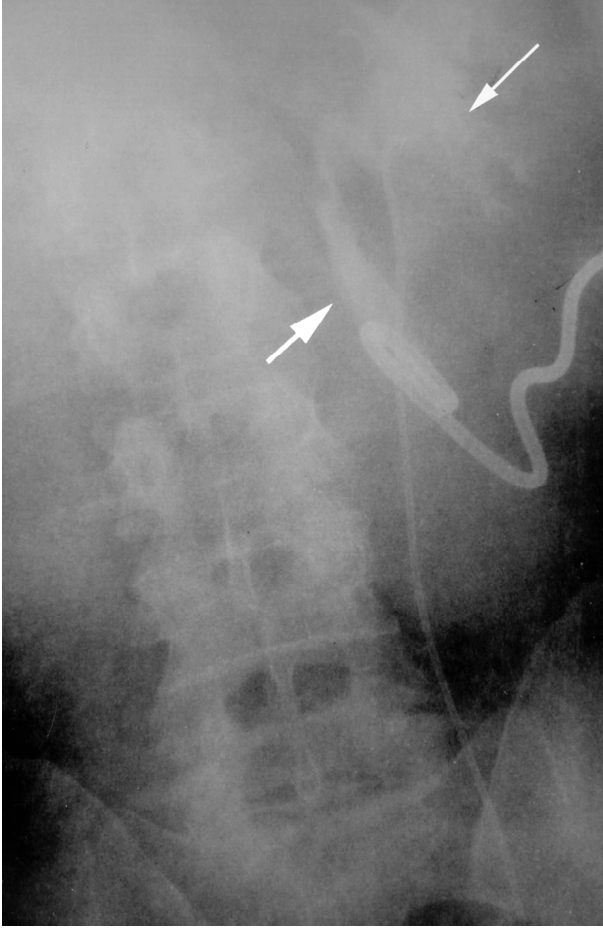
Resim 1. BT'de solda perirenal yağ dokusu içerisinde konsantrik tarzda sıvı koleksiyonu (beyaz ok) ve koleksiyon içerisinde kontrast madde göllenmesi (siyah ok) görülmektedir.

rülmedi. Üreterlerin kalibrasyon ve kontrast ekskresiyonu normaldi. Obstrüksiyon düşünülmendiğinden, hastanın semptomlarını gidermek ve ileride oluşabilecek muhtemel komplikasyonları engellemek için koleksiyonun drenajına karar verildi. BT eşliğinde koleksiyon içerisine perkütan yolla 12 F apse drenaj kateteri yerleştirildi. Kolay drene olabilmesi için drenaj yeri olarak koleksiyon bölgesinin en kaudal kısmı seçildi. Kateterden idrar vasfında sıvı drenajı oldu. Sıvının biyokimya sonuçları idrar ile uyumluydu. Mikrobiyolojik incelemede üreme olmadı.

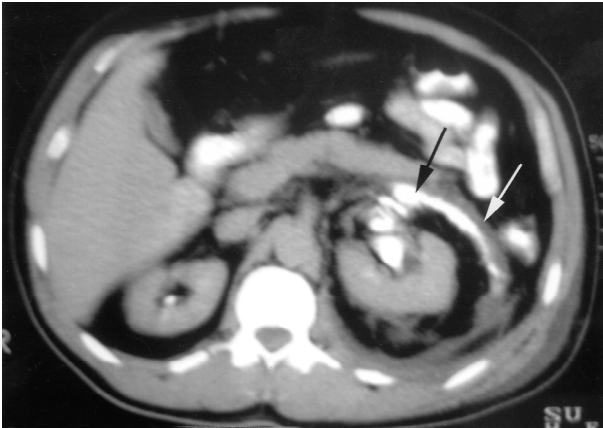
Perkütan drenaj sonrası drenaj kateterinden günlük 1500 ml'ye yakın idrar gelişi oldu. Gelen idrar miktarında azalma olmaması nedeniyle 5. günde retrograd pyelografi (RGP) tetkiki yapıldı. RGP'de perirenal bölgeye belirgin kontrast madde ekstravazasyonu gözlemlendi. Toplayıcı sistemdeki defektin geniş olabileceği ve bu nedenle perkütan drenajın toplayıcı sistemi yeterince drene etmediği düşünülerek sol üretere double J stent (DJS) yerleştirildi (Resim 2). DJS sonrası 15. günde drenajın tamamen kesilmesi nedeniyle perkütan drenaj kateteri çekildi. Kontrol intravenöz pyelografide (İVP) ekstravazasyonun kaybolduğu, kontrol BT'de perirenal alandaki koleksiyonun tama yakın drene olduğu gözlemlendi (Resim 3). Drenaj sonrası 25. günde DJS çekildi. Drenaj öncesi yapılan direkt grafi ve US'de taş tespit edilememesi, kontrastlı BT öncesi kontrastsız BT incelemesi yapılmamış olmakla beraber, kontrastlı BT'de obstrüksiyona işaret eden bulgu saptanmaması nedeniyle ürinomun akut atak sırasında düşürülmüş olabilen taşın yaptığı obstrüksiyona bağlı renal pelvis, kaliks ya da forniks rüptürü sonucu gelişmiş olabileceği düşünüldü.

TARTIŞMA

Ürinom absorbe edilebilenden daha fazla miktardaki idrarın perirenal veya periüretal alana sızması sonucu oluşur. Ürinomlar yerleşim yerlerine göre sınıflandırılırlar. En sık Gerotafasyası içinde yerleşim gösterirler. Bunun dı-



Resim 2. Retrograd pyelografi ve üretere DJS yerleştirilmesi sonrası elde olunan radyogramda perirenal alana ekstravaze olan kontrast madde görülmektedir (beyaz ok).



Resim 1. DJS yerleştirilmesinden sonra 15. günde yapılan kontrol BT'de Gerota fasyasında kalınlaşma ve perirenal koleksiyonun drene olduğu görülmektedir.

şında retroperitoneal alanda perirenal alan dışında herhangi bir yerde, peritoneal kavitede, plevral boşlukta ve mediastinumda da yerleşimli olabilir. Basınç altındaki ürinom lenfatikler yoluyla plevral veya mediastinal boşluğa ilerleyebilir^(5,6). Gerota fasyası dışındaki ürinomlar genellikle üreter ya da mesanenin iyatrojenik veya penetran yaralanmalarına bağlı gelişir^(7,8).

Ürinom direkt grafide yumuşak doku kitleşi şeklinde görülebilir. İVP'de kontrast madde ekstravazasyonu, böbrek ve üreterde deplasman görülebilir. Böbrek fonksiyonlarının iyi olduğu durumlarda ürinomda opasifikasyon ve ekstravazasyonun yeri gösterilebilir. Böbreğin nonfonksiyone olduğu durumlarda retrograd ya da antegrad pyelogram gerekli olabilir⁽⁹⁾. Sintigrafik olarak ürinomlar, geç imajlarda üriner trakt dışına giderek artan aktivite artışı şeklinde bulgu verirler⁽¹⁰⁾.

BT ürinomun lokalizasyonu, böbrek, üreter, fasial plan ve kompartmanlarla ilişkisi hakkında daha kesin bilgiler verir. Günümüzde özellikle daha eski BT cihazlarının yerini alan hızlı spiral ya da çok dedektörlü BT cihazlarıyla yapılan abdominal incelemeler intravenöz kontrast madde verilmesini takiben 1-2 dakikada sonlanabilmektedir. Bu da özellikle geç görüntüler alınmazsa, kontrast madde kaçığını göstermede ve dolayısıyla bir kolleksiyonun ürinom olarak tanımlanmasında BT'nin duyarlılığını azaltabilir. Ürinom kuşkusu olan olgularda bu durum göz önünde bulundurularak geç görüntülerin alınması önerilmektedir⁽⁷⁾.

BT'nin kontrast madde içeren minimal bir idrar ekstravazasyonunu bile göstererek pelvis, üreter, veya kalisiyel fornikslerdeki yırtıkları gösterebileceği bildirilmekle beraber olgumuzda defekt bölgesi gösterilemedi⁽⁹⁾. Bunun belirgin peripelvik kontrast madde ekstravazasyonunun defekt bölgesini maskeleyiş olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Ürinomun ayırıcı tanısında hematoma ve apse düşünülmelidir. Genellikle duvar kontrastlanması göstermeleri ve duvarlarının daha kalın ve düzensiz olmasıyla ürinomdan ayırt edilebilirler⁽⁹⁾.

Ürinomun etiyojisine göre tedavi şekli belirlenir. US ve BT gibi görüntüleme yöntemleri kılavuzluğunda yapılan perkütan drenaj, cerrahi drenajın yerini almıştır. Küçük ürinomlar genellikle kendiliğinden absorbe olurlar, çoğunlukla drenaj gerekmez. Büyük ürinomlarda drenaj iyileşmeyi hızlandırır. Kateterin yerleştirileceği lokalizasyonun daha net olarak belirleyebilmesi nedeniyle drenaj işlemi en iyi BT eşliğinde gerçekleştirilir^(11,12).

Spontan ürinomun tedavisi için genellikle perkütan kateter drenajının yeterli olduğu rapor edilmiştir^(10,11). Olgumuzda da ürinomun spontan gelişmişti. Ancak, perkütan drenaj sonrası kateterinden gelen idrar miktarında azalma olmaması nedeniyle, toplayıcı sistemdeki defektin geniş olabileceği ve bu nedenle perkütan drenajın toplayıcı sistemi yeterince drene etmediği düşünüldü. İdrarın mesaneye geçişini kolaylaştıracağı düşünülerek üreteral kateter yerleştirildi.

Enfeksiyon kliniği olan obstrüksiyona sekonder gelişen ürinomlarda, obstrüksiyonun kaldırılması için yapılacak cerrahi tedaviden önce, cerrahi girişime bağlı komplikasyonları azaltma açısından tedavinin ilk basamağını perkütan yolla ürinomun drenajının oluşturması gerektiği bildirilmiştir⁽⁹⁻¹¹⁾.

Ürinomun, üreter rüptürüne bağlı idrar ekstravazasyonu sonucunda geliştiği durumlarda farklı tedavi yaklaşımları gerekir. Bu durumda böbrekten mesaneye idrar geçişini sağlamak için üreter içerisine laserasyon bölgesini kat eden bir stentin yerleştirilmesi gerekir. Bu kateter defekt bölgesinin üreterle örtülmesini de stimüle eder. Lasere üreterden antegrad ya da retrograd olarak drenaj kateterinin geçişini kolaylaştırmak için, üreter çevresinde, üretere bası yapan büyük bir ürinom varlığında, bunun üreter kateterizasyonundan önce drene edilmesi zorunludur. Ürinomun büyük oranda drenajından sonra parsiyel olarak rüptüre olmuş üreterde rüptüre uçların yan yana geleceği, floppy tip bir guide wire ile parsiyel ayrılma bölgesinin kolaylıkla geçilebileceği bildirilmiştir^(7,8).

Ürinomun multiloküle natürde olduğu durumlarda kateter drenajının yeterli olmayacağını belirten görüşler olmasına karşın, abdomendeki multiloküle apselerde de yüksek oranda basit kateter drenajı uygulanması nedeniyle, multiloküle ürinomlarda da kateter drenaj tedavisinin denenmesinin faydalı olacağı belirtilmiştir⁽¹¹⁾.

Sonuç olarak, renal kolikle gelen ve perirenal koleksiyonu olan bir olguda ürinomun düşünülmesi ve perkütan tedavi sonucu drenaj kateterinden gelen sıvıda beklenen azalma gözlenmemesi durumunda DJS yerleştirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Geliş Tarihi : 06.06.2005

Yayına kabul tarihi : 19.12.2005

Yazışma adresi :

Burhan YAZICI
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Düzce Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı
81620 Konuralp / DÜZCE
Tel. : 0362 312 19 19 / 2282
Faks : 0362 457 60 41
e-posta: dryazici@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Noura Y, Ben Younes A, Rekik H, et al. Spontaneous perirenal urinoma during nephritic colic. *Ann Urol* 2000; 34: 156-157.
2. Leuthardt R, Bernhardt E, Gasser T, et al. Spontaneous perforation of the ureter: a rare complication of urolithiasis. *Eur J Pediatr Surg* 1994; 4: 205-206.
3. Kazoulis S, Tzanakis I, Christoulakis I, et al. Spontaneous renal rupture due to ureteric calculi in a paraplegic male. *Nephron* 2002; 91: 766-767.
4. Puri A, Bajpai M, Gupta AK. Bilateral spontaneous perinephric urinomas: case report and review of the literature. *Urology* 2004; 64: 590-591.
5. Baron RL, Stark DD, McClennan BL, et al. Intrathoracic extension of retroperitoneal urine collections. *AJR Am J Roentgenol* 1981; 137: 37-41.
6. Belis JA, Milam DF. Pleural effusion secondary to ureteral obstruction. *Urology* 1979; 14: 27-29.
7. Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. Urinomas caused by ureteral injuries: CT appearance. *Abdom Imaging* 2002; 27: 88-92.

8. Kotkin L, Brock JW 3rd. Isolated ureteral injury caused by blunt trauma. *Urology* 1996; 47: 111-113.
9. Tilton RL, Gervais DA, Hahn PF, et al. Urine leaks and urinomas: diagnosis and imaging-guided intervention. *Radiographics* 2003; 23: 1133-1147.
10. Lang EK, Glorioso L. Management of urinoma by percutaneous drainage procedures. *Radiol Clin North Am* 1986; 24: 551-559.
11. Morano JU, Burkhalter JL. Percutaneous catheter drainage of post-traumatic urinoma. *J Urol* 1985; 319-321.
12. Tulchinsky M, Malpani AR, Egli DF. Diagnosis of urinoma by MAG3 scintigraphy in a renal transplant patient. *Clin Nucl Med* 1995; 20: 80-81.