

A RADIOLOGIC STUDY ABOUT INCIDENCE OF ANOMALIES OF NUMBER, FORM AND POSITION OF THE KIDNEY ON 3600 CASES

(Received 19 July, 1994)

E. Gümüşburun, Ph.D.* / H. Erdil, M.Sc.** / M. Arslan, M.D.***
O. Işık, M.D.** / C. Özkürkçügil, M.D.******

* Associate Professor, Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey.

** Associate Professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey.

*** Assistant Professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey.

**** Specialist, Department of Urology, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey.

***** Resident, Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey.

SUMMARY

In this study, a total of 3600 IVP cases were examined to determine anomalies of number, form and position of the kidney. The ages of the patients ranged between 5-85. Out of 3600 cases, 2173 were male while 1427 were female. 6 cases of unilateral renal agenesis (1:600), 4 cases of simple renal ectopia (1:900), 3 cases of crossed renal ectopia (1:1200) and 8 cases of horseshoe kidney (1:450) were identified. While 2 of the simple renal ectopia were pelvic, 1 was iliac and the other was lumbar. The 2 of the crossed renal ectopia were observed to be with fusion, and 1 without fusion.

Key Words : Unilateral renal agenesis, Simple ectopia, Crossed renal ectopia, Horseshoe kidney.

INTRODUCTION

Developmental anomalies of the urinary tract affect 10% of the population, account for one third of all congenital malformations and are responsible for 40% of all renal diseases (1). The anomalies of the urinary system are predisposing factors for trauma, stone and infection (2). Furthermore, any anomalous organ is twenty times more prone to pathologic complications than a normal kidney (3).

In this study; the anomalies of number, form and position of the kidney have been investigated and relevant literature has been reviewed and compared with the data of the previous works.

Embryology

Kidney systems are formed at three different stages in human. **Pronephros**; it is the first kidney that consists of tubular-arranged structures in the cervical region (4-6). This structure rapidly degenerates, but the pronephric duct remains (5). **Mesonephros**; during the middle of the fourth week, the mesonephric tubules begin to form, making contact

with the pronephric duct at the part caudal to the pronephros. When the pronephros degenerates, the duct becomes the mesonephric duct (7). **Metanephros**; it develops from two sources; **a)** the ureteric bud, **b)** metanephric mesoderm. Early in the fifth week, the ureteric bud arises close to the junction of the mesonephric duct with the cloaca (7). Meanwhile, the mesoderm of the lower end of the nephrogenic ridge condenses to form the metanephros. The metanephric mesoderm provides the excretory units, and the ureteric bud gives rise to the collecting system (6,8).

Anomalies of Number

Bilateral (BRA) or unilateral renal agenesis (URA) is caused by a failure of the ureteric bud to develop. The supernumerary kidney is most rarely seen in the anomalies of number. It is a condition which has one or more reno-ureteral units but two normal kidneys (2,9).

Anomalies of Form and Position

Initially the kidneys are located in the pelvis and then migrate cephalad by the sixth week and attain their adult position by the end of ninth week (2,4,9). When the kidney is not located in its normal position, it is called a renal ectopia. The ectopic kidneys can be found in pelvic, iliac, lumbar, abdominal, thoracic and contralateral positions (Cross ectopia) (1,7,9).

The ectopic kidney may be located on the side where it belongs (Simple renal ectopia) or it may be located across the midline and be fused or unfused with its contralateral (Crossed renal ectopia). Cross renal ectopia is classified as follows; 1) Crossed renal ectopia with fusion, 2) Crossed renal ectopia without fusion, 3) Solitary crossed renal ectopia, 4) Bilateral crossed renal ectopia (1,9,10).

Horseshoe kidney occurs between the fourth and sixth weeks of gestation (9). The horseshoe kidney is usually located at the level of the lower lumbar vertebrae, since its ascend is prevented by the root of the inferior mesenteric artery (2,7,8).

MATERIALS AND METHODS

Intravenous pyelography (IVP), retrograde pyelography (RGP), ultrasound (US) and consecutive computerized tomographic (CT) records, obtained from patients who had the complaints of the upper urinary tract at the Hospital of Cumhuriyet University from January 1991 through May 1993 were analyzed.

The total of 3600 IVP were examined, according to the results of IVP, CT and US which were applied to the patients with renal agenesis, renal ectopia, and horseshoe kidney. Also, sistoscopy and RGP were applied to the patients with renal agenesis and renal ectopia.

RESULTS

Out of 3600 cases, 2173 were male while 1427 were female. The age of the patients were between 5-85.

URA was found in a total of 6 cases (4 females, 2 males) (Fig. 1). The incidence of URA was 1:600. BRA could not be seen because most infants with BRA die during birth or a few hours later. The supernumerary kidney was not observed in this series.

The incidence of simple renal ectopia was established as 1:900. Out of 4 simple renal ectopia, 2 were pelvic, 1 iliac, 1 lumbar and all the cases were unilateral (Figs. 2, 3 a - b). The 2 of the crossed renal ectopia were with fusion and 1 without fusion and solitary and bilateral crossed renal ectopia were not found (Table I) (Fig. 4 a - b).

The incidence of horseshoe kidney was 1:450 and the sex ratio was equal (Table I) (Fig. 5 a-b).

DISCUSSION

The incidence of URA was reported to be 1:1000 by some authors (2,4,11), 1:1500 by Sadler (8), 1:747 by Culp (12), 1:5000 by Wilson and Baird (13) and 1:600 by us. According to Ashcraft, the incidence of URA was slightly higher in males and was more common on the left side (1). But Wilson and Baird has declared that the distribution of sex ratio and right-left ectopia were equal (13). It has been determined that the distribution of right-left ectopia is equal but more common in females. Supernumerary kidney is a very rare anomaly of the urinary system and has been reported in only 75 cases until 1992 since it was first described in 1656 and was not identified in this study (9).

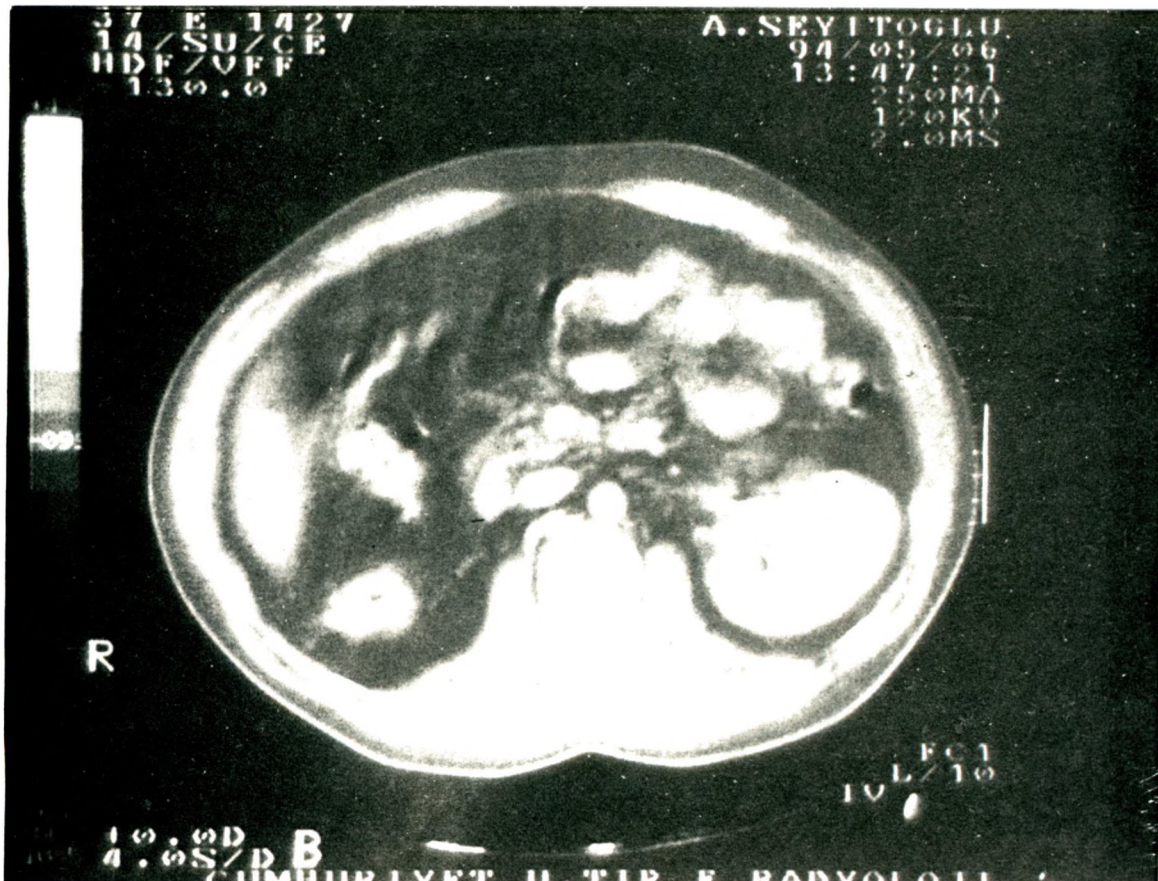


Fig 1. Horizontal CT showing right URA.

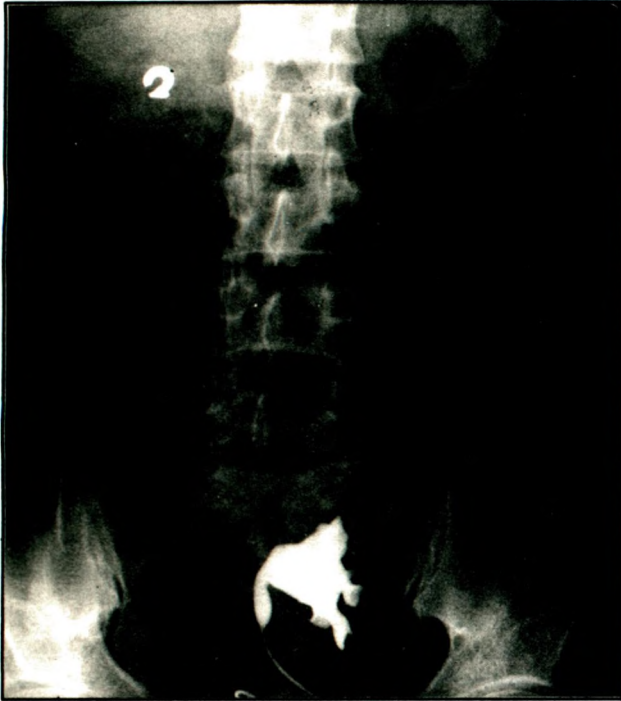
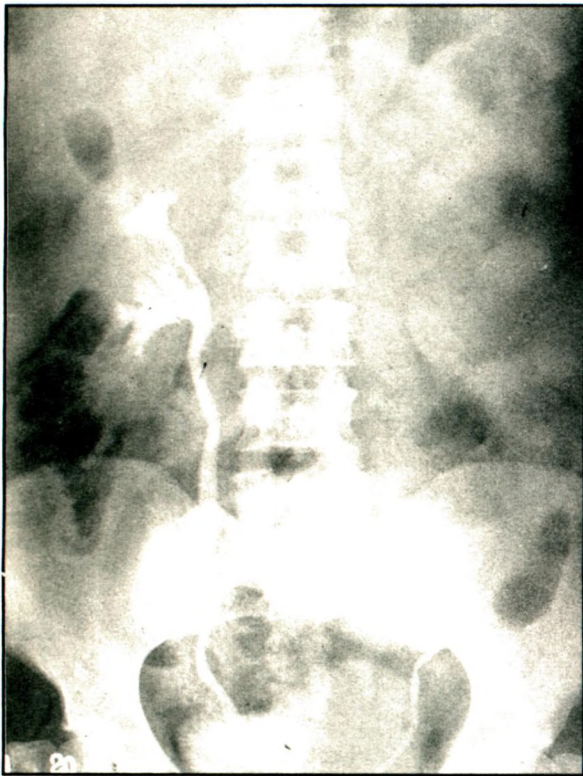


Fig 2. RGP showing left pelvic ectopia.



a



b

Fig 3. a,b - IVP showing left iliac and left lumbal ectopia.

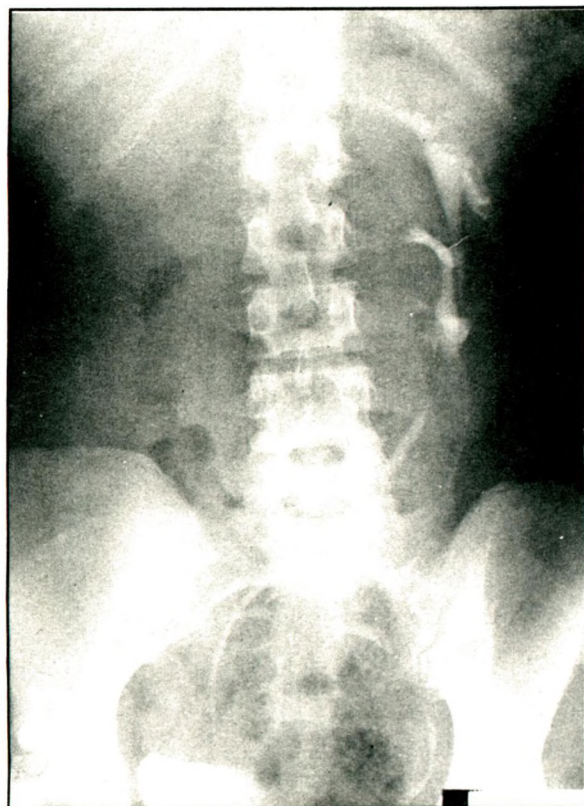
Table I- Distributions of form and position anomalies of kidney.

	Male		Female		Total	
	R	L	R	L	No	%
A. SIMPLE RENAL ECTOPIA	0	2	1	1	4	0.11
B. CROSSED RENAL ECTOPIA						
1. Crossed renal ectopia with fusion	0	0	1	1	2	0.05
2. Crossed renal ectopia without fusion	0	1	0	0	1	0.02
3. Solitary crossed renal ectopia	0	0	0	0	0	0
4. Bilateral crossed renal ectopia	0	0	0	0	0	0
C: HORSESHOE KIDNEY	4		4		8	0.22

R: Right, L: Left, No: Number



a

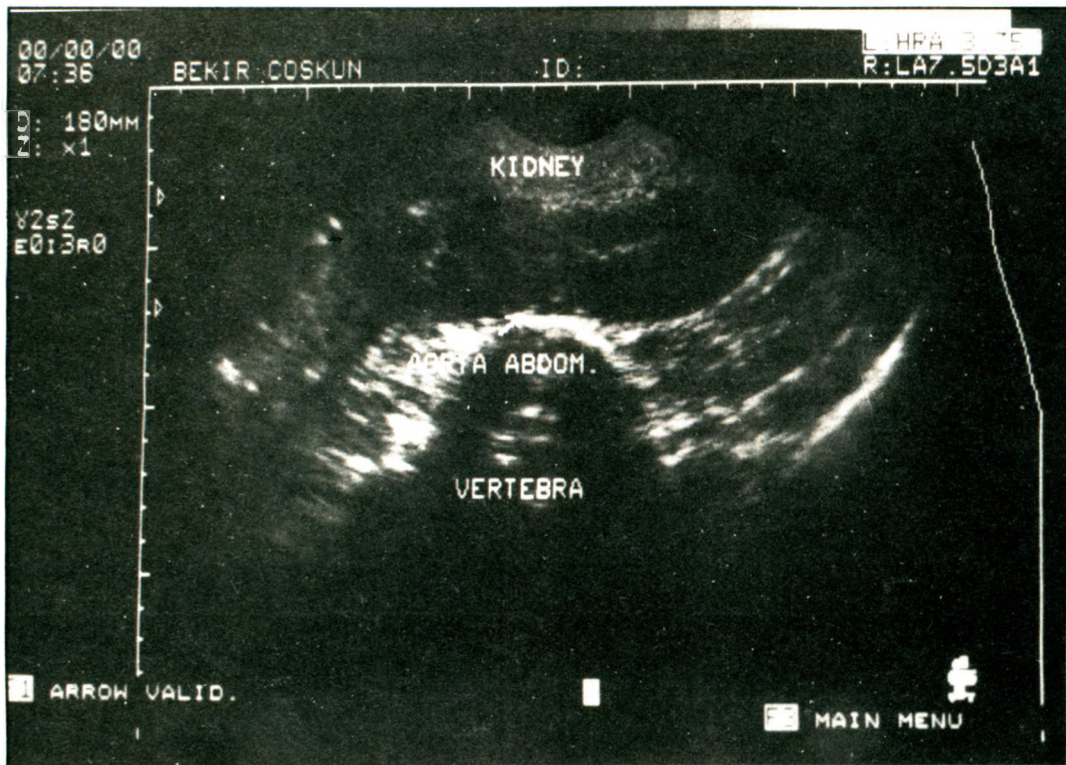


b

Fig 4. a,b - IVP showing right crossed renal ectopia with fusion and left crossed renal ectopia without fusion.



a



b

Fig 5. a - b : Horseshoe kidney; the views of CT and US belong to the same case.

Pelikan



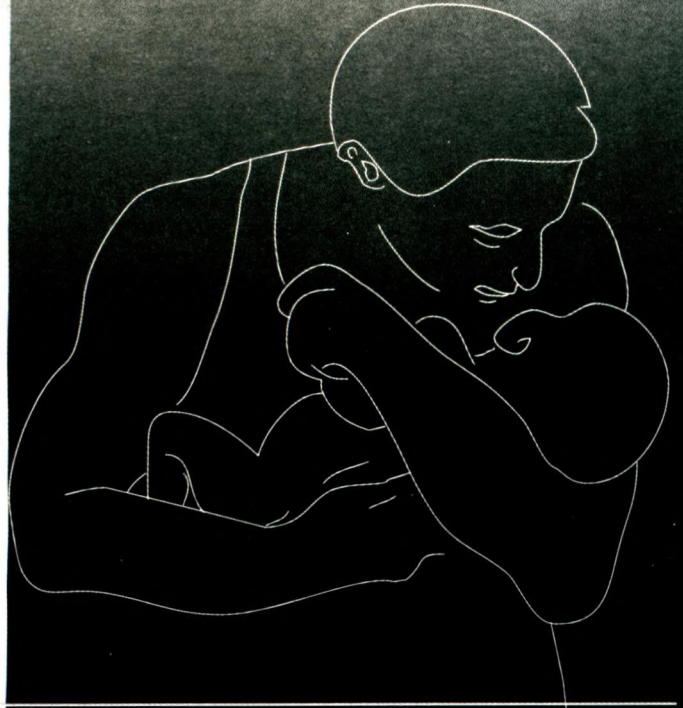
Yazınıza teşhis
konuldu...
Tedavi için Pelikan
Dolmakalem
kullanmalısınız!



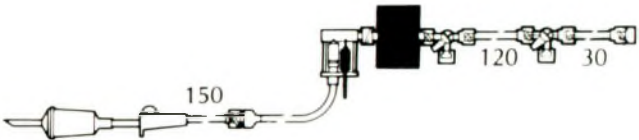
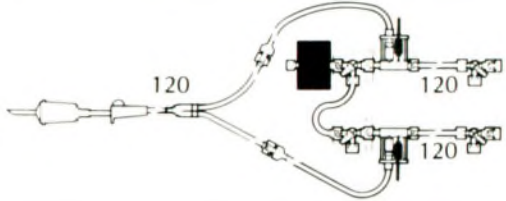
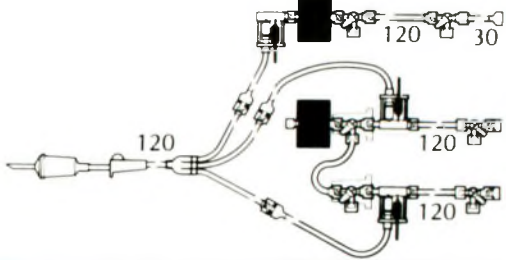
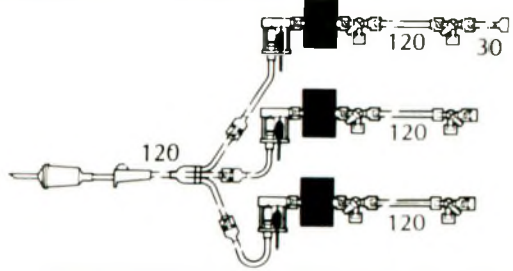
Kadın ve erkek
infertilitesinde

Metrodin®
(Urofollitropin)

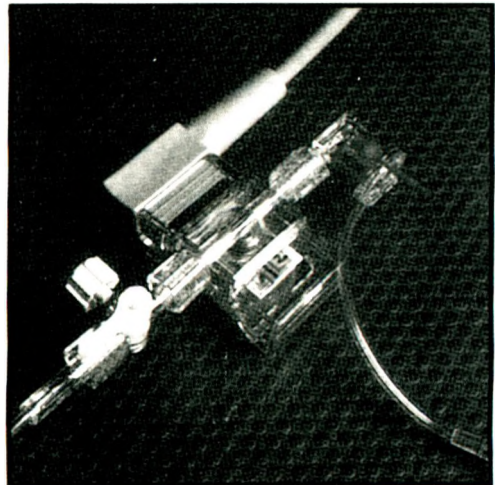
Profasi®
(Korionik gonadotropin)



TRANSPAC II *Disposable Transducer Kitleri*

Liste no	Basınç tüpü cm	Transpac sayısı	
E 543	150	1	
E 685	120 120	1	
F 670	150 120 120	2	
F 682	150 120 120	3	

- ✓ *Hazırlama Kolaylığı*
- ✓ *Mükemmel Dinamik Cevap*
- ✓ *Kullanım Kolaylığı*
- ✓ *Kit Çeşitliliği*
- ✓ *Kablo Temininde Kolaylık*



ABBOTT
YOĞUN
BAKIM
SİSTEMLERİ

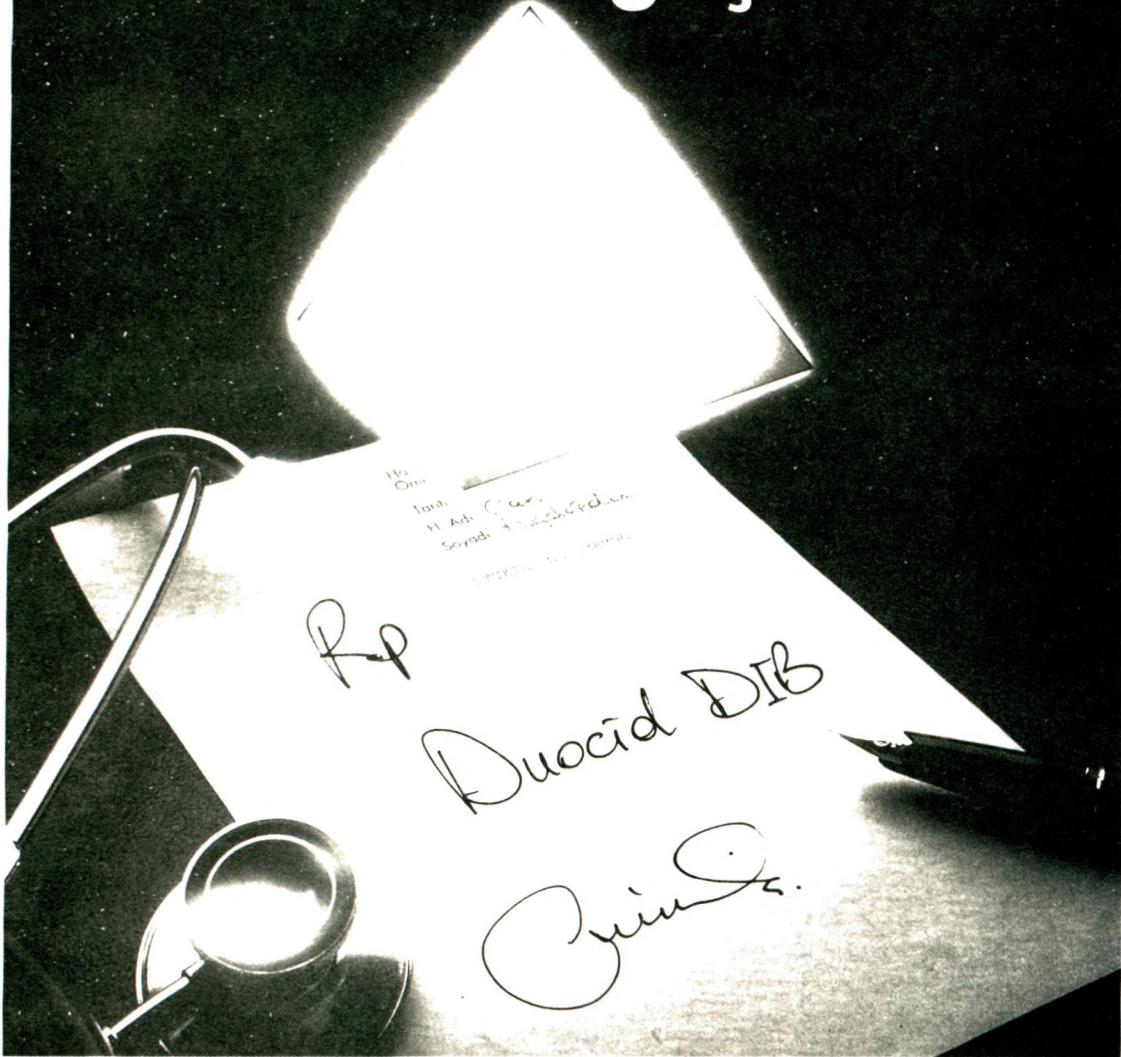


ABBOTT

ABBOTT LABORATUVARLARI A.Ş.

Dr. F. Kerim Gökyay Caddesi No : 31/2
81190 Altunizade - Üsküdar - İstanbul
Tel : 0 (216) 325 53 10 - Fax : 0 (216) 325 47 70

Rutin enfeksiyonların tedavisinde güç sizde!



Prospektüs Özeti:

Endikasyonlar: Tablet ve süspansiyon formu üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, den ve yumuşak doku enfeksiyonları ve gonore, enjektabl formun oral formları endikasyonlarına ilave olarak intraabdominal enfeksiyonlar, bakteriyel sepsis, kemik enfeksiyonlarında kullanılır. **Dozaj:** Oral formların, erişkin dozu günde iki defa 375-750 mg'dir. 30 kg'dan hafif çocuklardaki enfeksiyonların çoğuluğunda enfeksiyonun ciddiyetine ve doktorun takdine bağlı olarak dozaj iki doza bölmek suretiyle 25-50 mg/kg/gün sultamiasilindir. 30 kg'ın üstündeki çocuklara erişkin dozu verilmelidir. Erişkinlerde enjektabl formları hafif ve orta şiddetli enfeksiyonlarda günde iki kere 0.5-1 g DUOCID® IM/IV, şiddetli enfeksiyonlarda 6-8 saatte bir 1-2 g DUOCID® IM/IV olarak uygulanır. **Özellikler:** Her antibiyotik preparatında olduğu gibi, mantarlar dahil duyarlı olmayan organizmaların ağır üreme belirtileri için devamlı gözlem gerektirir. Süperenfeksiyon olduğunda, ilaç kesilmesi ve/veya uygun tedavi uygulanmalıdır. Uzun süreli tedavilerde, renal, hepatic ve hematopoetik sistemler dahil olmak üzere, organ sistem disfonksiyonu yönünden periyodik kontroller tavsiye edilir. **Yan Etkiler:** Genellikle sultamiasilin iyi tolere edilir. Gözlenen yan etkilerin çoğu, hafif ve orta şiddette olup, tedavi süresince normal olarak tahammül edilirler. Gastro-intestinal: Diğer ampisilin sınıfı antibiyotiklerde olduğu gibi, en sık gözlenen yan etki diyare/yumuşak gaitadır. Bulantı, karn ağrıları/krampları nadiren gözlenmiştir. Epigastrik rahatsızlıklar ve kusma ise enderdir. Deri/Deri Yapıları: Deri döküntüsü ve kaşıntı seyrek olarak gözlenmiştir. Muhtelif: Sersemlik/sedasyon, yorgunluk/halsizlik ve baş ağrısı seyrek olarak gözlenmiştir. Ampisilinin kullanımına bağlı yan etkilerin ara sıra gözlenmesi bekenebilir. **Takdim Şekilleri ve Fiyatı:** 375 mg 10 tablet 747.000 TL, 70 ml'lik süspansiyon 767.000 TL, 40 ml'lik pediatrik süspansiyon 403.000 TL, 0.25 g IM/IV ve IM Lidokainli 86.000 TL, 0.5 g IM/IV ve IM Lidokainli 196.500 TL, 1 g IM/IV ve IM Lidokainli 361.000 TL. (Aralık 1994 tarihindeki perakende satış fiyatları esas alınmıştır)

Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurun

Pfizer İlaçları A.Ş. 80840 Ortaköy/İSTANBUL, Tel: 212 - 260 22 10 (10 hat)

Rutin Enfeksiyonların Antibiyotığı

DUOCID®

(Sulbaktam / Ampisilin-Sultamiasilin)

YENİ JENERASYON MAKROLİD

RULİD®

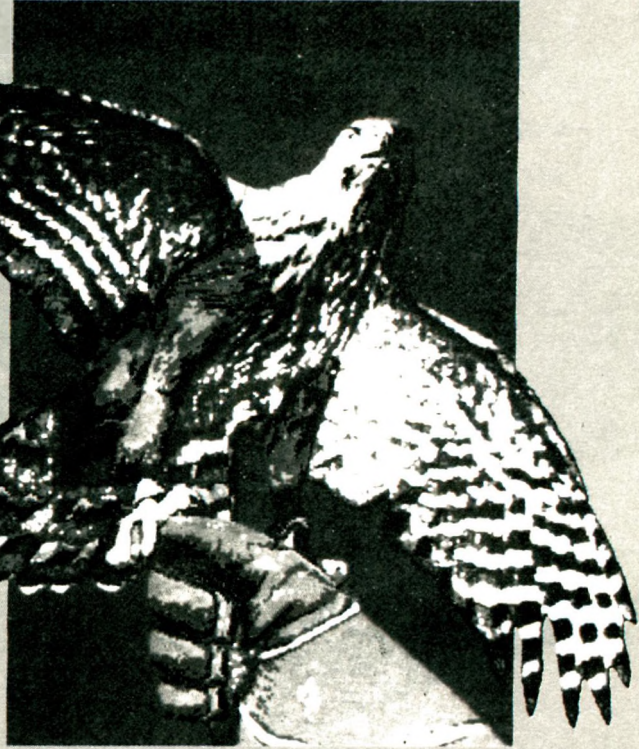
**150
mg**

roxithromycin

- BENZERSİZ MOLEKÜL YAPISI
- MÜKEMMEL FARMAKOKİNETİK ÖZELLİKLER
- SIKLIKLA RASTLANAN MİKROORGANİZMALAR, İNTRASELÜLER VE ATİPİK PATOJENLERİ İÇEREN YARARLI SPEKTRUM
- BELİRGİN POST-ANTİBİYOTİK ETKİ
- İMMÜNMODÜLATÖR AKTİVİTE
- MÜKEMMEL TOLERANS
- KOLAY POZOLOJİ

Sabah 1 tablet
Akşam 1 tablet

- KULAK, BURUN, BOĞAZ ENFEKSİYONLARI
- SOLUNUM SİSTEMİ ENFEKSİYONLARI
- DERİ VE YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONLARI
- NON-GONOKOKSİK GENİTAL ENFEKSİYONLAR
- DENTAL ENFEKSİYONLAR



Bileşimi Rulid, bir film tabletinde etkili madde olarak 150 mg roxithromycin içerir. Endikasyonları Rulid, roxithromycin'e duyarlı olan bakterilerin neden olduğu aşağıdaki enfeksiyonların tedavisinde kullanılır: KBB enfeksiyonları, Non-gonokoksik genital enfeksiyonlar, Solunum yollarının enfeksiyonları, Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, Dental enfeksiyonlar. Kontrendikasyonları Rulid, makrolidlere aşırı duyarlı olan hastalarda kullanılmamalıdır. Çaydar mahmuzu'ndan türetilen vazokonstriktör alkaloidlerle özellikle ergotamin ve dihidroergotamin ile beraber kullanımı kontrendikedir. İlaç etkileşimleri Bromokriptin ve siklosporin ile birlikte uygulandığında adı geçen ilaçların plazma seviyelerinde artış görülebilir. Dozaj ve uygulama Rulid, erişkin hastalarda günde iki kez 150 mg (sabah 1 tablet, akşam 1 tablet) dozunda uygulanır. Rulid yemeklerden önce alınmalıdır. Ağır karaciğer yetmezliği olan hastalarda Rulid, günde tek doz 150 mg (1 film tablet) uygulanmalıdır. Hayvan deneylerinde roxithromycin'in herhangi bir teratojen etkisine rastlanmamıştır. Yan etkiler Rulid genel olarak mükemmel tolere edilir. Nadiren; gastrointestinal sisteme, deriye, merkezi sinir sistemine ait yan etkilere rastlanabilir. Ticari şekli Rulid 150 mg 10 film tablet Bliстер ambalaj Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz. Türk-Hoechst San. ve Tic. A.Ş. Davutpaşa Cad. No. 145 34020 Topkapı-Istanbul.

ROUSSEL

Hoechst

TÜRK HOECHST San. ve Tic. A.Ş. Topkapı-Istanbul

ÖNCE Bactrim®

kotrimoksazol

Her yaş ve her enfeksiyon için
uygun prezentasyon

- Geniş spektrum
- Bakterisid etki
- Doku ve sıvılara hızlı difüzyon
- Uygulama kolaylığı
- Ekonomi



Bileşimi: Kotrimoksazol. 1/5 oranında trimetoprim, sülfametoksazol bileşimi içerir. Forte tab.160/800 mg, tablet 80/400 mg, süspansiyon (5 ml) 40/200 mg, ampul (3 ml) 160/800 mg. **Özellikleri:** Bactrim ikili potansiyalizasyon sonucu geniş spektrum, bakterisid etki, doku ve sıvılara hızlı difüzyon sağlar. **Endikasyonları:** Duyarlı olduğu mikroorganizmaların neden olduğu üst solunum yolları enfeksiyonları, üro-genital sistem enfeksiyonları, sindirim yolu, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları ve diğer bakteriyel enfeksiyonlar ile pre ve post operatif enfeksiyon profilaksisinde. **Doz ve Uygulama:** Standart doz, forte tab: sabah, akşam bir tablet. Tab: sabah, akşam iki tablet. Çocuklarda günde, vücut ağırlığının kg'ı başına 36 mg. kotrimoksazol verilir. Yemeklerden sonra alınır. Gonore tedavisi: Sabah, akşam 2 1/2 fortr tablet. **Kontrendikasyonlar:** Karaciğer parankima harabiyeti, kan tablosu bozukluğu, şiddetli renal yetmezlik. Stevens-Johnson, Lyell sendromu, G6PD yetersizliği, fulminan karaciğer nekrozunda kullanılmamalıdır. **Uyarılar:** Gebelik şüphesi olan vakalarda, sülfamid alerjisi olanlarda, prematüre ve yeni doğanlarda kullanılmamalıdır. **İstenmeyen etkiler:** Gastrointestinal yan etkiler ve ilaca bağlı deridöküntüleri, Bactrim protrombin zamanını uzatabilir. ©: Tescilli Marka. Reçete ile satılır.

Ticari şekli: Forte tablet, tablet, süspansiyon, ampul

Temmuz 1994 / KDV Dahil Per. Sat. Fi.: Tablet 202.500 TL..Forte tablet 280.500 TL., Süspansiyon 112.000 TL., Ampul 72.000 TL. Daha detaylı bilgi firmamızdan temin edilebilir.

Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. P.K. 16-80622 Levent/İstanbul

KADINDA ANDROGENİZASYON BELİRTİLERİNİN NEDENE YÖNELİK TEDAVİSİ İÇİN

DIANE® 35 / ANDROCUR®



Semptomların şiddetine
uygun esnek tedavi
imkanı...



DIANE-35

Bileşimi: 1 Drajé Diane-35, 2 mg Cyproteronacetat ve 0,035 mg Etililestradiol içerir. **Özellikleri:** Diane-35 Drajé içeriğindeki cyproteronacetat, kadın organizmasında da oluşan androjenlerin etkisini önler. Bu nedenle, kadında, ya aşırı derecede androjen yapan ya da normal düzeydeki androjenlere karşı aşırı duyarlılık nedeniyle oluşan androjenizasyon belirtilerinin tedavisi mümkündür. Diane-35 uygulamasında, akne ve sebore oluşumunda önemli rol oynayan talg bezelerinin aşırı fonksiyonu engellenir. Bu durum şikâyetle 3-4 aylık bir tedaviden sonra, mevcut akne odaklarının şifasına götürür ve yeni odaklar oluşmaz. Deri ve saçın yağlanma sorunları genellikle daha çabuk kaybolur. Sebore ile birlikte ekleme giden saç dökülmesi de önlenir. Diane-35 tedavisinde ovulasyon engellenir. Ayrıca rahim kancası, erkek tohum hücrelerinin geçişini engelleyecek şekilde değişir. Endometrium döllenmiş olan yumurtanın yerleşmesi için uygun değildir. Böylece, Diane-35 çeşitli yönlerden de bir gebeliğe engel olur. **Endikasyonları:** Kadında androjenlere bağlı hastalıklarda, örneğin: bariz akne formlarında, özellikle sebore, iltihap veya nedbe oluşumuyla birlikte seyreden olgularda (Acne papulopustuloza, Acne nodulocystica); androjenetik alopesi; hafif hirsutismus olguları. **Akneli:** ağır seboreli, hirsutismus ve androjenetik alopesili kadınlarda oral kontraseptif olarak da uygulanır. **Dozaj ve Uygulama:** • Drajé alımına başlama: Bir sonraki adet kanamasına kadar beklenir. Drajé alımına siklusun 1. günü başlanır (kanamanın 1. günü = siklusun 1. günü). İlk siklus biraz kısa olabilir, takip eden sikluslar dört hafta sürer. • Takvimli ambalajın uygulanması: Takvimli ambalajın o güne uygun gözündeki (örn. Pils = Pazartesi) drajé çıkarılarak çiğnenmeden yutulur. Drajé alımının günün hangi saatinde olacağı önemli değildir. Ancak drajé alımına hangi saatte başlanırsa ise bundan sonraki drajelerin de günün o saatinde alınması önerilir, örneğin: kahvaltıda ya da akşam yemeğinden sonra. • 21 gün boyunca günde 1 drajé uygulama: Drajé alımına 21 gün boyunca, kesintisiz ok istikametinde giderek tüm drajeler bitinceye kadar devam edilir. Takvimli ambalaj, drajé alımının unutulup, unutulmadığının kontrolü konusunda size yardımcı olur. • 7 gün ara verme: Tüm drajelerin alımından sonra 7 gün ara verilir ve adet kanamasına benzer bir kanama olur. • Tedavinin sürdürülmesi: 7 günlük aradan sonra, kanamanın durmuş olmasına veya devam etmesine bakılmaksızın yeni ambalaja başlanır. Böylece 3 hafta tedavi, 1 hafta ara prensibine göre her ambalaja haftanın hep aynı gününde başlayarak tedavi sürdürülür. **Yan etkiler:** Çok seyrek olarak, baş ağrıları, mide şikâyetleri, bulantı, göğüslerde gerginlik hissi, vücut ağırlığının ve cinsel dürtünün etkilenmesi ya da depresif durumlar ortaya çıkabilir. **Ticari Şekli:** 21 Drajelik blister ambalaj.

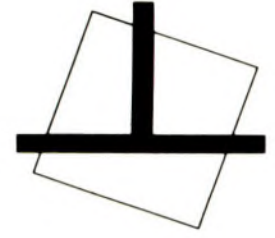
ANDROCUR-ORAL

Bileşimi: 1 Tablet Androcur, 50 mg Cyproteronacetat içerir. **Kadında Endikasyon ve Dozaj:** Hastalık derecesinde yüz ve vücutta kıllanma (ağır hirsutismus), androjenetik alopesi, ağır akne ve sebore ile birlikte, Cinsel olgunluk çağındaki kadınlarda tedaviye siklusun 1. günü (kanamanın 1. günü = siklusun 1. günü) başlanır. Sadece amenoreli veya ileri derecede siklus düzensizlikleri olan kadınlarda, hekimin tavsiyesi ettiği tedaviye hemen başlanır ve tedaviye başlanan gün siklusun 1. günü gibi kabul edilerek aşağıdaki belirtilen şekilde uygulamaya devam edilir. Siklusun 1-10 günlerinde (10 gün), günde 2 Tablet Androcur, yemekten sonra bir miktar mayı ile yutulur. Buna ek olarak siklusu stabilize etmek ve konsepsiyondan korunmak amacıyla ile siklusun 1-21 günlerinde (21 gün) günde 1 Drajé Diane-35 alınır. **Yan Etkiler:** Kadında Androcur-Oral Diane-35 kombinasyon tedavisi altında ovulasyon önlenir, bir gebelik engellenir. Göğüslerde gerginlik hissi oluşabilir. Tedavi altında, yorgunluk, iç gücünde azalma, bazen huzursuzluk veya depresif durumlar görülebilir. Vücut ağırlığında değişiklikler mümkündür. **Ticari Şekli:** 50 mg'lık 50 tablet içeren cam şişe.

Schering Alman İlaç ve Ecza
Ticaret Limited Şirketi
Buyükdere Cad. Beytem Han
Kat:8 80220 Şişli-İstanbul
Tel: 140 71 00-131 61 41

Ayrıntılı bilgi firmamızdan temin edilebilir.

LIVIAL®



tibolon 2,5 mg. tablet

postmenopozal tedavide en iyi seçim

günde tek tablet ile

- ☺ vazomotor yakınmaları giderir
- ☺ libido ve ruhsal durumu düzeltir
- ☺ osteoporozu önler
- ☺ kanamasız tedavi sağlar



daha güzel bir yaşam için hep en iyiyi sunmak...



LIVIAL TABLET: 1 Tablet 2,5 mg. tibolon içerir.

Farmakolojik Özellikler: Tibolon sentetik bir steroiddir. Tibolon klimakterikte over fonksiyonlarının kaybolmasından sonra hipotalamik-hipofizer sistemi stabilize eder. Bu santral etki, tibolon'un hormonal özelliklerinin aşağıdaki etkilerle gösterilen, estrojenik, progestagenik ve zayıf androjenik etkilerinden kaynaklanmaktadır. Tibolon günde 2,5 mg. dozda postmenopozal kadınlarda gonadotropin düzeylerini baskılar ve fertil kadınlarda ovulasyonu inhibe eder. Yine aynı dozda, Tibolon postmenopozal kadınlarda endometriumda uyarıya neden olmaz. Aynı zamanda vajinal mukozada üzerinde uyarıcı etki de görülmüştür. Tibolon'un aynı dozda postmenopozal kemik kaybını inhibe ettiği; menopozal şikayetler, özellikle ateş basması ve terleme gibi vazomotor şikayetleri giderdiği, Libido ve ruh halini olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. **Endikasyonları:** Doğal ve cerrahi menopoz sonrası oluşan şikayetler. **Kontrendikasyonları:** Gebelik veya laktasyon, hormonlara bağlı tümör varlığı veya şüphesi, kardiovasküler veya serebrovasküler bozukluklar, veya özgeçmişte bunların tanınmaması, etiolojisi bilinmeyen vajinal kanama, ağır karaciğer bozuklukları. **Uyarılar/Önlemler:** Tibolon kontraseptif amaçla kullanılmaz, önerilenden yüksek dozlar vajinal kanamaya neden olabilir. Tibolon son adet kanamasının üzerinden bir yıl (12 ay) geçmeden alınmamalıdır. Bu süre geçmeden alınırsa düzensiz menstrüel kanama oluşabilir. HRT için başka bir preparattan Tibolon'a geçiliyorsa, endometrium evvelce uyarılmış olabileceğinden, bir progestagen yardımıyla çekilme kanaması induksiyonu önerilir. **Yan etkiler/ advers etkiler:** Tibolon'a tahammül iyidir ve tedavi esnasındaki yan etki insidansı düşüktür. Seyrek olarak şu yan etkiler gözlenmiştir: Vücut ağırlığında değişim, saç dökmesi seboreik dermatoz, vajinal kanama, baş ağrısı, gastrointestinal rahatsızlık, pretibial ödem. **İlaç etkileşimleri:** Fenitoin, karbamazepin ve rifampisin gibi enzim induksiyonu yapan ilaçlar Tibolon metabolizmasını hızlandırabilir ve sonuçta aktivitesini düşürebilir. **Kullanım şekli ve dozu:** Tabletler tercihan günün aynı saatinde çiğnenmeden, bir miktar sıvı ile yutulmalıdır. Doz günde 1 tablettir ve kesintisiz uzun süre kullanılabilir. Bir kaç hafta içinde semptomlarda düzelme görülür, ama optimal sonuçlar tedaviye en az 3 ay devam edildikten sonra alınır.

Takdim şekli ve fiyatı: 28 tabletlük strip içeren kutularda % 15 KDV'li P.S.F. 861.000.- TL. (1/7/1994)

Ruhsat ta. ve no: 22/3/1994-168/41 (Reçete ile satılır.) Ayrıntılı bilgi için: ORGANON İLAÇLARI A.Ş. PK. 432, 34434 Sirkeci - İstanbul

In various studies, the incidence of simple renal ectopia has been reported to be 1:500-1000 (2), 1:249 (12), 1:900 (9), 1:1004 (14). Fifty percent of the ectopies were pelvic, 24 percent were abdominal, 7 percent were iliac (1). Yıldırım and et al, have expressed the bilateral iliac kidney on a 65 year-old female human cadaver (15). The right and left ectopia of pelvic kidney occurred with equal frequency and the male to female ratio was 3 to 2 and its average weight was 63 gr less than normal (14). Out of 4 simple renal ectopia, 2 were pelvic, 1 iliac, 1 lumbar and its incidence was 1:900 in this series. We have not observed thoracic kidney which was found once in every 13000 to 15000 cases (7).

The incidence of crossed renal ectopia has been reported once in every 1000 clinical cases, once in every 5000 IVP (1,16). The anomaly occurs more commonly in males and left to right ectopia is seen two or three times more frequently than right to left (7,9). Crossed renal ectopia with fusion is about eight-ten times more common than crossed renal ectopia without fusion (1,7). Solitary crossed renal ectopia is estimated to occur once in every 22000 cases (1). Bilateral crossed renal ectopia has been reported in five patients up to 1992 (9). In this study, there were two crossed renal ectopia with fusion and one without fusion but solitary and bilateral crossed renal ectopia were not observed.

Horseshoe kidney occurs in approximately 0.25 % of the general population (9,17). It is probably the commonest fusion abnormality of the kidney. The incidence of the horseshoe kidney has been reported to be 1:400-1800 by Mut (2), 1:747 by Culp (12), 1:600 by Sadler (8) and Moore (4), 1:400 by Walsh (9). In 90-95 % of the patients, the kidneys are joined at the lower pole (7,9,17). The rate of incidence is higher in male (7,9). We determined that the incidence of horseshoe kidney was 1:450, sex ratio was equal and all of the cases were joined at the lower pole.

It has been reported that 25 % of patients with horseshoe kidney had to undergo some surgical procedure (17). The ectopic kidney may be asymptomatic, however a pathologic lesion involves the ectopic kidney producing symptoms. The clinical picture can be confused with acute appendicitis, cholecystitis, pelvic inflammatory disease, benign or malignant abdominal / pelvic mass, aortic aneurysm, bowel obstruction or peritonitis (10). The vascular

supply both arterial and venous, is predictable only by the fact that it is anomalous and dependent on the ultimate resting place of the kidney (9). There may be one or two main renal arteries arising from the aorta abdominalis, with one or more aberrant arteries coming off the common or external or internal iliac artery or the inferior mesenteric artery in renal ectopia, thus dissection must be carefully made (9,18). In percutaneous surgery, there is the risk of colonic perforation and vessel injury due to the position of the kidney and malrotation of the collecting system. Finally, the congenital anomalies of the kidney is important with respect to surgical procedures.

REFERENCES

1. Aschcraft KW. *Pediatric urology*. Philadelphia: WB Saunders Co, 1990:77-86.
2. Mut Ş. *Üroloji*. Ankara: Güneş Kitabevi, 1990:405-422.
3. Girsh LS, Karpinski FE. *Urinary tract malformations*. *J Med* 1956;254:854-856.
4. Moore KL. *The developing human*. Philadelphia: WB Saunders Co. 1988:246-256.
5. Lindner HH. *Clinical anatomy*. New Jersey: Appleton and Lange, 1989:441-442.
6. Snell R. *Clinical embryology for medical students*. Boston: Little, Brown and Com, 1983:197-205.
7. Kelalis PP. *Clinical pediatric urology*. Philadelphia: WB Saunders Co, 1985:643-669.
8. Sadler TW. *Langman's medical embryology*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990:262-268.
9. Walsh PC, Retz AB, Stamey AT, Vaughan ED. *Chamberlain's urology*. Philadelphia: WB Saunders Co, 1992:1357-1381.
10. Jolles PR, Yassa NA, Shah H, Purnell GL. *Crossed renal ectopia*. *Clin Nucl Med* 1992;17:306-307.
11. Arnold JH. *A clinico-histologic consideration of renal malformations*. *J Urol* 1960;84:510-516.
12. Culp OS, Major MC, Heibert PE. *Army US. Clinical significance of congenital anomalies of the kidney and ureter*. *J Urol* 1944;51:397-403.
13. Wilson RD, Baird PA. *Renal agenesis in British Columbia*. *Am J Med Genet* 1985;21:153-165.
14. Dretler SP, Olsson C, Pfister RC. *The anatomic, radiologic and clinical characteristics of the pelvic kidney: An Analysis of 86 Cases*. *J Urol* 1971;105:623-627.
15. Yıldırım M, Kahraman G, Yıldız Z, Taşçı H, Tuna Y. *Bilateral iliac Böbrek*. *Morfoloji Dergisi* 1993;1:15-22.
16. Rao PG, Mitra SK, Pathak IC. *Crossed renal ectopia in childhood*. *Int Surg* 1982;67:509-510.
17. Salas M, Gelet A, Martin X, Sanseverino R, Viguier JL, Dubernard JM. *Horseshoe kidney: The impact of percutaneous surgery*. *Eur Urol* 1992;21:134-137.
18. Anderson EE, Harrison JH. *Surgical Importance of the solitary kidney*. *New Eng J Med* 1965;273:683-687.