

## GEBELERDE RENAL KOLİKLİ HASTAYA YAKLAŞIM; ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DENEYİMİ

### EVALUATION OF RENAL COLIC IN PREGNANCY; EXPERIENCE OF ANKARA TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Buğra Bilge KESEROĞLU<sup>1</sup>, Berat Cem ÖZGÜR<sup>1</sup>, Cem Nedim YÜCETÜRK<sup>1</sup>, Ali AYYILDIZ<sup>2</sup>, Veli Mert YAZAR<sup>1</sup>, Erim ERSOY<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.) Cilt / Volume: 51 Sayı / Number: 1 Yıl / Year: 2018 ISSN:1304-6187 Sayfa/Page :47-49

#### ÖZET

**AMAÇ:** Gebelerde obstetrik olmayan nedenlerle hastaneye yatışın en sık sebebi renal koliktir. Hastanemize başvuran, gebelerin 121 tanesi renal kolik tanısı almıştır. Bu hastalar uygulanan medikal ve cerrahi tedavilerin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Gebe olup hastanemizin acil, kadın doğum ve üroloji polikliniklerine başvuran, renal kolik tanısı alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastaların; yaşı, gebeliğin hangi üç aylık döneminde olduğu, semptomları, idrar analizi ve ultrasonografi sonuçları ve yaklaşım protokolleri değerlendirildi. Konservatif tedavi ve cerrahi müdahale yapılan hastalar karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların 41(%33.9) tanesi birinci trimester de, 20(%16.5) tanesi ikinci trimesterde geri kalan 60(%49.6) tanesi üçüncü trimesterde idi. Hastaların yaş ortalaması 26.2 bulundu. Hastaların 70(%57.8)'ine konservatif tedavi, 50(%41.3)'sine üreteral stent yerleştirilmesi 1(%0.9)'ine perkütan nefrostomi takıldı. Uygulanan tedaviler gebelik dönemlerine göre değişiklik gösterdi.

**SONUÇ:** Biz, bu çalışmada toplam 121 hastayı değerlendirdik. Hastaların çoğunluğu 70 (%57.8) konservatif tedaviden fayda gördüler. Konservatif tedaviden faydalanamayan ve fayda göremeyeceği düşünülen 50 hastada (%41.3) üreteral stent yerleştirildi. Piyonefroz saptanan bir hastaya perkütan nefrostomi yerleştirildi. Hastaların konservatif tedaviden bu oranda (%57.8) fayda görülmesi literatürle uyumludur. Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde üçüncü trimesterde konservatif tedavinin etkinliğinin gebeliğin ilk dönemlerine göre azaldığı görülmüştür.

#### GİRİŞ

Renal kolik sıklıkla taş hastalığına bağlı olarak gelişen ve genellikle acil servislerde tanı ve tedavisi yapılan ürolojik acil durumdur. Bir kişinin yaşamı boyunca renal kolik atağı geçirme riski %1-10 arasındadır(1). Gebelik durumunda ise taş hastalığı görülme insidansının artmadığı hatta azaldığına inanılmaktadır. Ancak gebelerin obstetrik olmayan nedenlerle hastaneye yatışlarının en sık (1/1500) sebebi

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In pregnancies, the most common reason for hospitalization for non-obstetric causes is renal colic. 121 of the pregnant patients who applied to our hospital had renal colic and it was aimed to compare the medical and surgical treatments applied to these patients in order to give insight to treatment strategies.

**MATERIAL AND METHODS:** We retrospectively evaluated pregnant patients with renal colic those referred to emergency, obstetrics and urology clinics of our hospital. The age, the period of the gestation, symptoms, urinalysis and ultrasound results, and attentional protocols were retrospectively evaluated. Conservative treatment and surgical intervention were also compared.

**RESULTS:** Of 121 patients, 41 (33.9%) were in the first trimester and 20 (16.5%) were in the second trimester and 60 (49.6%) were in the third trimester. The average age of the patients was 26.2 years. Conservative treatment was applied to 70 (57.8%) patients, ureteral stent placement was performed in 50 (41.3%), while percutaneous nephrostomy was performed in 1 (0.9%). The treatments applied varied according to gestational age.

**CONCLUSION:** The majority of patients (57.8%) benefited from conservative treatment. In fifty patients (41.3%) ureteral stents were placed. In only one patient percutaneous nephrostomy was placed with pyelonephrosis. The success of the conservative treatment of the patients (57.8%) is compatible with the literature. It was seen that the effectiveness of conservative treatment decreased in the third trimester compared to the first and second trimester of pregnancy.

renal koliktir(2). Gebelikteki asıl sorun intraabdominal yapıların yer değiştirmesine bağlı olarak renal kolik taklit ederek anne ve fetusun zarar görmesine yol açabilecek yanlış tanı konulmasıdır(3). Çalışmamızda gebelikte gerek tanısı gerekse tedavisinde sorun yaşanabilecek bir sağlık problemi olan renal kolige tersiyer merkez olan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi deneyimi özetlenerek öngörü sağlanması amaçlanmıştır.

#### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Buğra Bilge KESEROĞLU

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Tel: +90 549 356 66 66 e-posta: bugrakes@gmail.com

**MATERYAL-METOD**

Bu çalışma yaklaşık beş yıl (Ocak 2014-Haziran 2018) içinde gebe olup hastanemizin acil, üroloji, gebe takip polikliniklerine renal kolik şikayetiyle başvuran hastaların retrospektif taranmasıyla yapılmıştır. Toplam 121 hasta çalışmaya katılmıştır. Bu hastaların; yaşı, gebeliğin hangi üç aylık döneminde olduğu, semptomları, idrar analizi ve ultrasonografi sonuçları ve yaklaşım protokolleri değerlendirildi.

Hidronefroz tespit edilen hastalarda taş, mikroskopik hematüri (5 eritrosit/HBB(her büyük büyütme alanı) veya piyüri (5 lökosit/HBB) olmadığı gözlemlenirken sonra fizyolojik olduğu söylendi.

**BULGULAR**

Hastanemize gebe olup renal kolik tanısı alan 121 hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastaların 412'si (%33.9) birinci trimesterde, 20'si (%16.5) ikinci trimesterde geri kalan 60'ı (%49.6) üçüncü trimesterde idi. Hastaların yaş ortalaması 26.2 bulundu. Poliklinik başvurularında 98' i (%81) sağ, 23' ü (%19) sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Poliklinik başvurusunda 65'i (%53.7) dizüri, 15'i (12.4) ateş, 15'i (%12.4) makroskopik hematüri semptomları ile başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde 70'inde (%57.8) mikroskopik hematüri, 15'inde (%12.4) ise piyüri tespit edildi.(**Tablo 1**)

**Tablo:1 Renal kolikli gebelerde klinik**

	Gebe sayısı (%)
Trimester	
1.Trimester	41 (%33.9)
2.Trimester	20 (%16.5)
3.Trimester	60 (%49.6)
Eşlik eden semptom ve bulgular	
Dizüri	65 (%53.7)
Ateş	15 (%12.4)
Mikroskopik hematüri	70 (%57.8)
Makroskopik hematüri	15 (%12.4)
Piyüri	38 (%31.4)
Lateralite	
Sağ	98 (%81)
Sol	23 (%19)

Gebelikle birlikte renal kolik tanısı alan hastalara temel olarak konservatif tedavi yada cerrahi müdahale yapıldı. Konservatif tedavide hidrasyon ve/veya analjezik, bakteriyel enfeksiyon varlığında antibiyoterapi uygulandı. Cerrahi müdahalede, double-J stent yerleştirildi veya piyonefroz varlığında perkütan nefrostomi konuldu.

Hastaların 70'ine (%57.8) konservatif tedavi, 50'sine (%41.3) üreteral stent yerleştirilmesi 1 tanesine (%0.9) perkütan nefrostomi takıldı. Uygulanı tedaviler gebelik dönemlerine göre değişiklik gösterdi. Birinci trimesterde başvuran toplam 46 hastanın; 36'sına (%87.8) konservatif tedavi, 4'üne (%9.7) üreteral stent yerleştirilmesi ve 1 tanesine (%0.9) perkütan nefrostomi yerleştirildi. İkinci

trimesterde başvuran 20 hastanın 11'ine (%55) konservatif tedavi, 9'una (%45) üreteral stent yerleştirildi. En fazla başvuru 60 hastayla son trimesterde olmuştur. Bu hastaların 23'üne (%38.3) konservatif tedavi, 37'sine (%61.7) üreteral stent yerleştirilmiştir. Yaklaşım şekilleri tablo 2'de özetlenmiştir. (**Tablo 2**)

**Tablo:2 Gebelik Trimesterlerine göre renal kolik tedavisi**

Trimester	Gebe sayısı (%)
Birinci Trimester	n:41
Konservatif Tedavi	36 (%87.8)
Üreteral Stent Yerleştirilmesi	4 (%9.7)
Perkütan Nefrostomi	1 (%2.5)
İkinci Trimester	n:20
Konservatif Tedavi	11 (%55)
Üreteral Stent Yerleştirilmesi	9 (%45)
Üçüncü Trimester	n:60
Konservatif Tedavi	23 (%38.3)
Üreteral Stent Yerleştirilmesi	37 (%61.7)
Her Üç Trimester	n:121
Konservatif Tedavi	70 (%57.8)
Üreteral Stent Yerleştirilmesi	50 (%41.3)
Perkütan Nefrostomi	1 (%0.9)

**TARTIŞMA**

Renal kolik ağrısı tipik olarak kosto-vertebral açıda, künt, sürekli ve kıvrandırıcı bir ağrı şeklinde hissedilir. Sıklıkla kot altından göbeğe veya karın alt kadranlarına doğru yayılabilir. Şiddetli yan ağrısına ilave olarak; bulantı ve kusma, psikomotor ajitasyon, kosto-vertebral açı hassasiyeti ve enfeksiyon durumunda ateş eşlik edebilir. Renal kolik sebebi üreter alt uç taşı olduğu durumlarda ise ek olarak pollaküri, ani sıkışma hissi ve ağrının labialara ve skrotuma kadar yayıldığı gözlemlenir.

Patofizyolojisi gereği üreter obstrüksiyonu sonucu oluşan intraluminal basınç artışı, mukozada sonlanan sinir uçlarını gererek uyarır ve böylece kolik ağrıya sebep olur. Eğer bu üreterde bir taşa bağlı oluşmuş ise üreter düz kas lifleri kontrakte olarak üreter lümenine oturan taşı distale doğru itmeye çalışır. Uzamış izotonik kontraksiyonlar sonucu artan laktik asit, yavaş-tip A ve hızlı-tip C sinir liflerini uyarır. Bu uyarı T11-L1 spinal kord seviyesine kadar iletilip, santral sinir sisteminin üst seviyelerine kadar yayılır.

Gebe hastalarda görülen renal kolikte ilk basamak tedavi ; hidrasyon, analjezik ve antibiyotik içeren konservatif tedavidir. Cerrahi müdahale konservatif tedavinin yetersiz olduğu, obstruktif üropati, akut renal yetmezlik yada soliter böbrek varlığında düşünülmelidir( 4). Üreteral stent yerleştirmenin dezavantajları enfeksiyon varlığı, hematüri yada rahatsızlık hissi gibi tolere edememesidir(5,6). Double-J stentler enfeksiyondan korunmak amaçlı her dört haftada bir değiştirilmelidir.Bu da gebe kadınlar için aslında hayat kalitesini etkileyebilen bir durumdur(7). Perkütan nefrostominin dezava-

tajları ise vücut dışında bulunan drenaj sistemi yerinden çıkma ihtimalinde aynı işlemin tekrar edilmesi gerkliliğidir. Perkütan nefrostomi işleminde başlıca sepsis ve transfüzyon gerektiren hematüri oranı %2-4 oranında bildirilmiştir(8,9). Yapılan bir meta analizde gebelerde yapılan üreteroskopinin komplikasyonlarının gebe olmayan hastalara yakın olduğu gösterilmiştir(10).Ancak işlemin genel anestezi gerektirmesi ve erken doğumu indükeyebilmesi en önemli dezavantajlarıdır.

Gebelikle birlikte taş hastalığı olan hastalarda perkutan nefrolitotripsi tavsiye edilmez. Literatürde iki vakada erken gebelik döneminde raporlanmıştır(11,12). ESWL (extracorporeal shockwave lithotripsy) gebelikte kullanında abortus sebebi olması sebebiyle kontrendikedir(13).

Biz, bu çalışmada toplam 121 hastayı değerlendirdik. Hastaların çoğunluğu 70 (%57.8) konservatif tedaviden fayda gördüler. Konservatif tedaviden faydalanamayan ve fayda göremeyeceği düşünülen 50 hastada (%41.3) ureteral stent yerleştirildi. Piyonefroz saptanan bir hastaya ise perkütan nefrostomi konuldu. Hastaların konservatif tedaviden bu oranda (%57.8) fayda görülmesi literatürle uyumludur. Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde üçüncü trimesterde konservatif tedavinin etkinliğinin gebeliğin ilk dönemlerine göre azaldığı görülmüştür. Hastaya yaklaşımda gebelik periyodunun önemi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Ankara'da önemli bir hasta yoğunluğuna cevap veren merkezimizde uygulanan mevcut tedaviler ile çok düşük komplikasyon oranları saptanmıştır.Gebelerde renal kolik büyük oranda konservatif tedavilerle çözülebilen bir problemdir. Bu yöntemlerle sonuç alınamayan olgularda double J stent konularak semptomların tama yakın gerilediği görülmüştür.Her ne kadar konuy-

la ilgili prospektif, hidronefroz derecesini dikkate alan çalışmalar gerekli görülse de daha invazif girişimlerin oldukça kısıtlı hasta grubunda gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

- 1- Shokeir AA. Renal colic: pathophysiology, diagnosis and treatment.Eur Urol 2001;39:241-249.
- 2- Drago JR, Rohner TJ, Chez RA. Management of urinary calculi in pregnancy. Urology. 1982;20:578-581.
- 3- Horowitz E,Schmidt JD. Renal calculi in pregnancy. Clinical obstetric and gynecology. 1995;324-337.
- 4-fallon BDD. Urologic issues during pregnancy. Hosp Physician 2007;14:1-12
- 5-Damiano R, Oliva A, Esosito C, De Sio M, Autorino R, D'Armiento M. Early and late complications of double pigtail ureteral stent. Urol Int.2002;69(2):136-40
- 6-Ringel A, Richter S, Shaley M, Nissenkorn I. Late complications of ureteral stents. Eur Urol. 2000;1:41-44.
- 7-Denstedt JD, Razvi H. Management of urinary calculi during pregnancy. J Urol. 1992;9:1072-1074
- 8- Khoo L, Anson K, Patel U. Success and short-term complication rates of percutaneous nephrostomy during pregnancy. J Vasc Interv Radiol 2004;12:1469-1476.
- 9- Hausegger KA, Portugaller HR. Percutaneous nephrostomy and antegrade ureteral stenting: technique-indications-complications. Eur Radiol. 2006;16:2016-2030
- 10- Semins MJ, Trock BJ, Matlaga BR. The safety of ureteroscopy during pregnancy a systematic review and meta-analysis. J Urol. 2009;181:139-143.
- 11- Shah A, Chandak P, Tiptaft R, Glass J, Dasgupta P. Percutaneous nephrolithotomy in early pregnancy. Int J Clin Pract. 2004;58:809-810
- 12- Toth C, Toth G, Varga A, Flasko T, Salah MA. Percutaneous nephrolithotomy in early pregnancy. Int Urol Nephrol. 2005;37:1-3
- 13- Streem SB. Contemporary clinical practice of shock wave lithotripsy: a reevaluation of contraindications. J Urol. 1997;157:1197-1203