

Bölüm 9

HİDRONEFROZA YAKLAŞIM ve YÖNETİM

Mustafa SOYTAŞ¹

GİRİŞ

Hidronefroz tanımı ilk defa 1841 yılında Rayer tarafından literatüre kazandırılmış olup üriner sistemin herhangi bir yerinde var olan bir obstrüksiyona sekonder idrar akışının bozulması ve bunun neticesinde böbrekte ortaya çıkan patolojik süreci tanımlamak için kullanılmıştır. Hidroüreteronefrozdan farklı olarak hidronefrozda dilatasyon sadece böbreğe sınırlıdır. Bu bölümde hidronefroz ve hidroüreteronefroza sebep olan patolojiler anlatılmıştır.

Üriner trakt obstrüksiyonu (ÜTO) akut ya da kronik, parsiyel ya da komplet, unilateral ya da bilateral olabilir. Üriner trakt obstrüksiyonunda klinik, asemptomatik bir durumdan sepsis ya da son dönem böbrek yetmezliğine uzanan bir yelpazede ortaya çıkabilecek bir süreci içerebilir. Bu sebeple hidronefroz tanısı konulur konulmaz üriner sistem uygun şekilde dekompresyone edilmeli, idrar akışı sağlanmalıdır. Bu bölümde erişkin hidronefrozundan bahsedilecektir.

EPİDEMİYOLOJİ

Hidronefroz konusunda net bir epidemiyolojik data ortaya konulmamıştır. Bunun sebebi kendi başına bir hastalık olmayıp klinik bir durumun sonucu olarak ortaya çıkması ve yeterince rapor edilmemesidir. Bunun yanında hasta popülasyonuna göre sıklığı değişmektedir. Çocuklarda yetişkinlere göre daha sık görülürken yetişkinler kendi arasında değerlendirildiğinde erkeklerde kadınlara göre daha çok; erkeklerde de benign prostat hiperplazisine bağlı olarak 50 yaş üstü hasta grubunda daha sık görülmektedir.⁽¹⁾

ETYOLOJİ

Etyolojide Şekil 1'de olduğu üzere renal papilladan eksternal üretral meaya kadar üriner sistemin herhangi bir yerinde tıkanıklığa sebep olabilecek faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Anatomik lokalizasyona göre sınıflanmış etyolojik faktörler Tablo 1'de özetlenmiştir.

¹ Uz.Dr., Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, drmustafasoytas@gmail.com

darlığı, travmaya sekonder üreteral daralma, lenfozele bağlı eksternal bası, üreter taşı ve mesane disfonksiyonudur.⁽⁶⁾ Transplante böbreklerde toplayıcı sistem dilatasyonu obstrüksiyon olmaksızın da gözlenebilir. Hidronefrozun gerçek bir hidronefroz mu yoksa sekel bir ektazi mi olduğunun anlaşılması için hasta boş mesane ile değerlendirilmelidir. Buna kreatinin takibi de eklenmelidir. Gerçek bir hidronefrozun varlığında ise mümkünse retrograd kateterizasyon aksi halde perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilmelidir.

TEDAVİ

Üriner trakt obstrüksiyonu tespit edildikten sonra sebebe yönelik tedavi stratejisi geliştirilmelidir. Hidronefroz, üreter taşından kaynaklanıyorsa hastanın idrar, serum analizi ve akut faz reaktanları değerlendirilmeli buna göre medikal ekspulsif tedavi, ekstrakorporeal şok dalga terapi (ESWL) ya da endoskopik girişime karar verilmelidir. Bu noktada perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilebileceği de akılda bulundurulmalıdır. Eş zamanlı olarak varsa kültüre göre yoksa profilaktik antibiyoterapi başlanmalıdır.

Hidronefroz, infraüreteral bir sebepten kaynaklanıyorsa (BPH, nörojen mesane, infravezikal sebepler vb.) transüretral kateterizasyonla mesane boşaltılmalı gerekirse suprapubik sistostomi kateteri takılmamalıdır. Bu sayede idrar çıkışında takip edilebilir. Obstrüksiyon giderildikten sonra küratif-palyatif tedavi planlanabilir.

SONUÇ

Üriner trakt obstrüksiyonu üriner sistemin herhangi bir yerinden kaynaklanabilen böbrek hasarının geri dönüşümlü bir sebebi olup bu dönüşüm tanı ve tedavi sürecine bağlıdır. Aksi halde üriner enfeksiyon, kronik böbrek hasarı, sepsis ve ölüme varan sonuçları olabilir. Klinik prezentasyonu obstrüksiyonun tarafına, derecesine (kısmı ya da tam obstrüksiyon) ve süresine bağlıdır. En sık semptom ve bulgular ağrı, idrar çıkışında azalma, hematüri, hipertansiyon ve kreatinin yükseklidir. Mesane çıkım obstrüksiyonu varsa muayenede distandü ve ele gelen bir mesane saptanabilir. Görüntüleme yöntemleri tanının temeli oluşturup en sık ve ilk yapılması gereken tetkik USG'dir. İlk değerlendirmede taş hastalığı şüphesi varsa ya da üreterlerin görüntülenmesi isteniyorsa BT kullanılabilir. Komplet ya da uzamış kısmi ÜTO müdahale edilmezse tübüler atrofi ve sonunda geridönüşsüz böbrek hasarına sebep olmaktadır. Burada prognozu belirleyen faktör obstrüksiyonun süresi ve derecesidir.

Anahtar Kelimeler: Hidronefroz, hidroüreteronefroz, üriner obstrüksiyon

KAYNAKÇA

1. Gottlieb RH, Weinberg EP, Rubens DJ, et al. Renal sonography: can it be used more selectively in the setting of an elevated serum creatinine level? Am J Kidney Dis. 1997;29(3):362-7.
2. Maletz R, Berman D, Peelle K, et al. Reflex anuria and uremia from unilateral ureteral obstruction. Am J Kidney Dis. 1993;22(6):870.
3. Gołębiewska J, Dębska-Slizien A, Komarnicka J, et al. Urinary tract infections in renal transplant recipients. Transplant Proc. 2011 Oct;43(8):2985-90.
4. Karet FE. Mechanisms in hyperkalemic renal tubular acidosis. J Am Soc Nephrol. 2009; 20:251.
5. Ellenbogen PH, Scheible FW, Talner LB, et al. Sensitivity of gray scale ultrasound in detecting urinary tract obstruction. AJR Am J Roentgenol. 1978;130(4):731.
6. Ghasemian SM, Guleria AS, Khawand NY, et al. Diagnosis and management of the urologic complications of renal transplantation. Clin Transplant. 1996;10(2):218.