

OBSTRÜKTİF ÜROPATİLER

Kadir Ömür GÜNSEREN¹

Mehmet Çağatay ÇİÇEK²

Başak ERDEMLİ GÜRSEL³

Giriş

Onkoloji hastalarında böbreklerden süzülen idrarın vücut dışına transportunu sekteye uğratan çeşitli obstrüktif patolojiler, bu hastaların morbidite ve mortalitelerinde önemli rol oynayabilir. Üriner sistem obstriksiyonuna bağlı postrenal akut böbrek yetmezliği (ABY), saatler ve günler içinde böbrek fonksiyonlarının bozulması ve sıvı, elektrolit, asit-baz dengesindeki değişiklikler ile karakterize acil tedavi edilmesi gereken ürolojik bir sorundur. Bu klinik tablo, bir ürolog konsultanlığında onkolog ve dahiliye uzmanları tarafından multidisipliner yaklaşım ile yönetilmesi gereken bir durumdur (1). İdrar yollarındaki bu obstriksiyonlar lokalizasyona göre üst ve alt üriner sistem obstrüksiyonları şeklinde iki sınıfa ayrılabilir.

Üst Üriner Sistem Obstrüksiyonları

İdrar akışında üreter seviyesinde meydana gelen obstrüksiyonlar bu grup içinde değerlendirilir. Üreteral tıkanıklıklar üretere dışarıdan bası ya da üreter lümeni içindeki lezyonlardan kaynaklanabilir. Direkt tümöral invazyon veya

¹ Dr. Öğretim Üyesi Kadir Ömür GÜNSEREN, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, kadiromurgunseren@gmail.com

² Dr Öğretim Üyesi Mehmet Çağatay ÇİÇEK, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, cgtycicek@gmail.com

³ Dr Öğretim Üyesi Başak ERDEMLİ GÜRSEL, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, basakerdemligursel@gmail.com

D) Nefrektomi

E) Ototransplantasyon

3. 65 yaşında erkek hasta evre T1 yüksek grade mesane tümörü, benign prostat hiperplazisi ve üretra darlığı tanıları olan hasta. Öncesinde 6 hafta intravezikal BCG tedavisi verilmiş. Son iki haftadır damla damla idrar yapabildiğini ve 24 saattir miksiyonunun olmadığını bir sağlık merkezinde foley kateter takılmaya çalışıldığını fakat kateterin takılamadığını ifade ediyor. Fizik muayenesinde globe vezikalis pozitif olduğu ayrıca muhtemelen başarısız kateterizasyon denemesi sırasında oluşan üretra rüptürüne hafif üretrorajisinin olduğu görülüyor. Hastanın kan biyokimyasında kreatininin 3,5 mg/dl olduğu görülüyor. Kontrol üriner usg sinde mesane sağ yan duvarda 1 cm boyutunda mesane lümenine protrude mesane tümörü şüpheli lezyonu mevcut. Hastaya üriner dekompresyon amaçlı acil sistoüretroskopi planlanıyor fakat üretra rüptürüne bağlı gelişen üretral false route nedeni ile mesaneye ulaşamıyor. Bu aşamadan sonra üriner dekompresyon için uygulanması gereken en uygun yöntem hangisidir?

A) Suprapubik perkütan sistostomi kateteri takılması

B) Bilateral antegrad Dj stent takılması

C) Nelaton kateterle üretral kateterizasyon denemesi

D) Bilateral peruktan nefrostomi kateteri takılması

E) Açık operasyon ile sistostomi kateteri yerleştirilmesi

Kaynaklar

1. Russo P. Urologic emergencies in the cancer patient: *Semin Oncol.* 2000;27(3),284-98.
2. Cokmert S, Yılmaz U. Kansere Hastalarında Ürolojik Aciller. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(33),67-71
3. Misra S, Coker C, Richtenberg J. Percutaneous nephrostomy for ureteric obstruction due to advanced pelvic malignancy: have we got the balance right? *Int Urol Nephrol.* 2013;45(3):627-32. doi:10.1007/s11255-013-0458-3.
4. Deng F, Liu X, Li Y et al. Ureteral obstruction by prostate cancer leads to spontaneous ureteric rupture: a case report. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(9):16842-16844.
5. Fiuk J, Bao Y, Callear JG et al. The use of internal stents in chronic ureteral obstruction. *J Urol.* 2015;193(4):1092-100. doi:10.1016/j.juro.2014.10.123.
6. Wong LM, Cleeve LK, Milner AD et al. Malignant ureteral obstruction: outcomes after intervention. Have things changed? *J Urol* 2007;178(1):178-183 doi:10.1016/j.juro.2007.03.026.
7. Ishioka J, Kageyama Y, Inoue M et al. Prognostic model for predicting survival after palliative urinary diversion for ureteral obstruction: analysis of 140 cases. *J Urol* 2008;180(2):618-621. doi:10.1016/j.juro.2008.04.011.

8. Shekarriz B, Shekarriz H, Upadhyay J et al. Outcome of palliative urinary diversion in the treatment of advanced malignancies. *Cancer*. 1999;85(4):998–1003. doi:10.1002/(sici)1097-0142(19990215)85:4<998::aid-cnrcr30>3.0.co;2-f.
9. Watkinson AF, A'Hern RP, Jones A et al. The role of percutaneous nephrostomy in malignant urinary tract obstruction. *Clin Radiol*. 1993;47(1):32–35. doi:10.1016/s0009-9260(05)81210-3.
10. Ganatra AM, Loughlin KR. The management of malignant ureteral obstruction treated with ureteral stents. *J.Urol*. 2005;174(6):2125–8. doi:10.1097/01.ju.0000181807.56114.b7.
11. Chitale SV, Scott-Barrett S, Ho ET et al. The management of ureteric obstruction secondary to malignant pelvic disease. *Clin Radiol*. 2002;57(12):1118–1121. doi:10.1053/crad.2002.1114.
12. Ku JH, Lee SW, Jeon HG et al. Percutaneous nephrostomy versus indwelling ureteral stents in the management of extrinsic ureteral obstruction in advanced malignancies: are there differences? *Urology*. 2004;(5):895–899. doi:10.1016/j.urology.2004.06.029.
13. Allen DJ, Longhorn SE, Philp T et al. Percutaneous urinary drainage and ureteric stenting in malignant disease. *Clin Oncol. (R Coll Radiol)* 2010;22(9):733–739. doi:10.1016/j.clon.2010.07.004.
14. R R Ghose, J L Birks. Secondary hypertension accompanying high pressure chronic retention. *Postgrad Med J*. 1985;61(712):167–169. doi:10.1136/pgmj.61.712.167.