

BÖLÜM 48

Gebelerde Acil Ürolojik İşlemlerde Radyasyon İçeren Girişimler



Fırat AKDENİZ¹

GİRİŞ

Hamilelik boyunca obstetrik nedenler dışındaki sebeplerle, ağrı oluşturan, acil servise başvurulmasına neden olan ve en sık hastaneye yatışa sebep olan durum üriner sistem taş hastalığıdır (ürolitiazis) (1). Bu nedenle, bu bölümde gebelikte görülen fizyolojik hidronefroz ve gebelik dönemindeki taş hastalığının tanısında ve ayırıcı tanısında kullanılan radyolojik tetkiklerden bahsedilecektir.

Hamilelerde uterus ve fetusun ureterler üzerine olan basısı ve artmış progesteron seviyesine bağlı olarak gelişen fizyolojik dilatasyon nedeniyle üriner sistem taşları hamile olmayan kadınlara göre daha farklı klinik bulgularla seyredebilir (2).

Ürolitiazis görülme sıklığı hamilelerde, benzer yaş grubundaki, hamile olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında çok farklılık göstermemektedir. Semptomatik hale gelmiş ürolitiazis vakaları açısından da hamilelerde ve hamile olmayanlarda birbirine yakın oranlar bildirilmektedir (3).

Gebelerde taş hastalığı durumunda en sık ortaya çıkan semptom ağrıdır (4). Ağrıdan sonra en sık

görülen bulgu ise mikroskobik ya da makroskopik hematüridir (5). İdrarda lökosit varlığı gebelerde sık görülür bir durum olduğu için, eğer idrarda lökosit varsa değerlendirmede idrar kültürü kullanılması önerilir. Bunların dışında ürolitiaziste görülebilen bulantı-kusma, gebeliğin özellikle ilk 3 ayında ki hiperemezis gravidarum ile karıştırılmamalıdır. Taşa bağlı görülen bulantı kusmada, beraberinde kolik tarzındaki ağrıda eşlik etmektedir (4).

Kitabın bu bölümünde hamilelik dönemindeki acil ürolojik hastalıklarla ayırımı gerekebilecek diğer klinik durumlar ve yine hamilelikte uygulamamız gerekebilecek ürolojik işlemlerde kullanılacak/önerilebilecek radyolojik tetkikler ve bunların oluşturabileceği risklerden bahsedilmiştir.

ÜROLOJİK İŞLEMLERDE GENEL TANISAL İŞLEMLER

Üriner sistem taş hastalığının tanı ve takibinde sıklıkla kullanılan, direkt üriner sistem grafisi (DÜSG), intravenöz pyelografi (IVP) ve bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntüleme yöntemlerinin kullanımı, içerdikleri radyasyon nedeniyle hamilelikte sınırlıdır.

¹ Op. Dr., Özel Trabzon 7M Hastanesi Üroloji Kliniği, dr.frt5535@gmail.com



nefrozun üriner taş hastalığından ayrılması gerekir. Çünkü birincisinde spontan iyileşme oranları yüksek iken, ikincisinde bir cerrahi işlem gereksinim olasılığı daha fazladır (15).

Gestasyonel hidronefroz dışında bazı hastalıklar da ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır: Hamilelikle birlikte taş hastalığı olduğu ortaya konan hastaların %28'ine yanlış olarak apendisit, divertikülit ve ablasyo plasenta ilk tanılarının konduğu bildirilmiştir (16).

Tedavi

Renal kolik nedeniyle sağlık kurumuna başvuran hamile kadınların neredeyse %90'ı intravenöz hidrasyon, analjezik ve antibiyotik içeren medikal tedavilere iyi yanıt verir (17, 18). Renal kolik sırasında ağrı tedavisi için kullanılan non-steroidal anti inflamatuvar ilaçlar (diklofenak, indometasin, ketoprofen vb.) ve üriner enfeksiyon varlığında kullanılacak kinolon grubu antibiyotikler gebelerde teratojen etkilerinden dolayı kullanılmamalıdır. Ağrı tedavisi için daha çok parasetamol türevi analjezikler, enfeksiyon tedavisi için de penisilin türevi antibiyotikler tercih edilmelidir. Konservatif yöntemlerle taşların büyük kısmı kendiliğinden düşmektedir (5, 17, 19).

Taşların spontan olarak düşmediği, tekrar eden üriner enfeksiyonların görüldüğü, renal kolik ataklarının sıklaştığı ve hidronefrozun arttığı durumlarda minimal invazif tedaviler alternatif olarak düşünülmelidir. Bu durumda üreteral stentler ve perkütan olarak böbreğe yerleştirilen nefrostomi kateteri takılarak böbrek drenajı sağlanmalı ve hidronefroz ortadan kaldırıldıktan sonra definitif tedavinin gebelik sonlandıktan sonra yapılması önerilmektedir (2, 20, 21).

SONUÇ

Üriner sistem taş hastalığı, hamilelik döneminde obstetrik nedenler dışında en sık hospitalizasyona sebep olan durumdur. Gebelikte oluşan fizyolojik gestasyonel hidronefrozun üriner sistem taş hastalığından mutlaka ayrılması gerekir. Ayırıcı tanıda

apendisit, divertikülit ve ablasyo plasenta gibi durumlar dışlanmalıdır. Tanı koymada görüntüleme yöntemi olarak ultrason kullanılması, manyetik rezonans görüntülemenin ise ikinci basamak görüntüleme yöntemi olarak kullanılması, düşük doz bilgisayarlı tomografinin ise iyi bir bilgilendirme ile son seçenek olarak kullanılması uluslararası rehberler tarafından güçlü bir şekilde tavsiye etmiştir.

AKILDA TUTULACAKLAR

- Gebelik hidronefrozunu fizyolojik bir durumdur ancak bu dönemdeki ürolitiazise bağlı hidronefrozla mutlaka ayırt edilmelidir.
- Ürolitiazise bağlı ağrı, gebelerde obstetrik nedenler dışında en çok hospitalizasyona neden olan durumdur.
- Gebede ürolitiazis tanısı koymada birinci seçenek US, ikinci seçenek ise MR'dir.
- Gebelerde BT kullanımı ancak hastanın ciddi faydasınaysa, durumunu değiştirecekse ve iyi bilgilendirilerek uygulanabilir.
- Gebeler, bütün dönemlerinde iyonize radyasyondan uzak durmalıdır.
- Hiperemezis atakları, apendisit, divertikülit ve plasental patolojiler ayırıcı tanıda düşünülmelidir.
- Gebelik ürolitiazisinde tedavide öncelikli hedef hastanın ve üriner sistemin rahatlamasını sağlamak için, üreter stenti veya perkütan nefrostomi gibi üriner sistemi drene edecek yöntemler kullanmak, asıl tedaviyi gebelik sonrası döneme bırakmaktır.

KAYNAKLAR

1. Parulkar BG, Hopkins TB, Wollin MR, Howard PJ Jr, Lal A. Renal colic during pregnancy: a case for conservative treatment. *J Urol.* 1998;159(2):365-8.
2. Dafnis E, Sabatini S. The effect of pregnancy on renal function: physiology and pathophysiology. *Am J Med Sci.* 1992;303:184-205.
3. Semins MJ, Matlaga BR. Management of stone disease in pregnancy. *Curr Opin Urol.* 2010;20:174-7.
4. Butler EL, Cox SM, Eberts EG, Cunningham FG. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000;96:753-6.



5. Swanson SK, Heilman RL, Eversman WG. Urinary tract stones in pregnancy. *Surg Clin North Am.* 1995;75: 123-42.
6. Boridy IC, Maklad N, Sandler CM. Suspected urolithiasis in pregnant women: imaging algorithm and literature review. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;167:869-75.
7. Somani BK, Dellis A, Liatsikos E, Skolarikos A. Review on diagnosis and management of urolithiasis in pregnancy: an ESUT practical guide for urologists. *World J Urol.* 2017. 35: 1637.
8. EAU urology guideline, 2022
9. ACOG Committee Opinion No. 723: Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol.* 2017. 130: e210.
10. Butler EL, Cox SM, Eberts EG, Cunningham FG. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000;96:753-6.
11. Masselli G, Derme M, Bernieri MG, et al. Stone disease in pregnancy: imaging-guided therapy. *Insights Imaging.* 2014; 5(6): 691-6.
12. Roy C, Saussine C, Le Bras Y, et al. Assessment of painful ureterohydronephrosis during pregnancy by MR urography. *European Radiology.* 1996;6(3):334-8.
13. White WM, Johnson EB, Zite NB, et al. Predictive value of current imaging modalities for the detection of urolithiasis during pregnancy: a multi-center, longitudinal study. *The Journal of urology.* 2013;189(3):931-4.
14. Biyani CS, Joyce AD. Urolithiasis in pregnancy. II: management. *BJU Int.* 2002; 89(8):819-23.
15. Andreoiu M, MacMahon R. Renal colic in pregnancy: lithiasis or physiological hydronephrosis? *Urology.* 2009;74(4):757-61.
16. Stothers L, Lee LM. Renal colic in pregnancy. *J Urol.* 1992;148(5):1383-7.
17. Rasmussen PE, Nielsen FR. Hydronephrosis during pregnancy: a literature survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1988;27: 249-59.
18. Asgari MA, Safarinejad MR, Hosseini SY, Dadkhah F. Extracorporeal shock wave lithotripsy of renal calculi during early pregnancy. *BJU Int.* 1999;84: 615-7.
19. Davison, JM, Dunlop, W. Renal hemodynamics and tubular function normal human pregnancy. *Kidney Int.* 1980;18: 152-61.
20. Bury B, Hufton A, Adams J. Radiation and women of child bearing potential. *BMJ.* 1995;310:1022-3.
21. Strem SB. Contemporary clinical practice of shock wave lithotripsy: a reevaluation of contraindications. *J Urol.* 1997;157:1197-203.