



SEKİZ AYLIK HUZURSUZLUK VE İDRARDA KÖTÜ KOKU İLE BAŞVURAN KIZ OLGU

Eren SOYALTIN¹

Sekiz aylık kız hasta huzursuzluk ve idrarda kötü koku şikayeti ile başvurdu. Öyküsünden 39. gebelik haftasında sezaryen ile 3300 gram ağırlığında doğduğu, kronik bir hastalığının bulunmadığı ve hospitalizasyon öyküsü olmadığı öğrenildi.

Başvuru sırasında vücut ağırlığı 8300 gr (50-75 p), boyu 70 cm (50-75 p) idi. Vital bulguları normaldi. Vücut ısı 36.7°C idi. Sistemik muayenesinde patoloji saptanmadı.

Yapılan tetkiklerinde WBC: 10.900 μ L, Hb: 11.2 g/dL, Plt: 310.000 μ L, üre: 12 mg/dL, kreatinin: 0.24 mg/dL, elektrolit değerleri normal sınırlarda idi. CRP 26 mg/dL idi. TİT'te dansite 1008, ph:6.0, lökosit +3, protein ve eritrosit negatif saptandı. Mikroskopide bol lökosit mevcuttu.

USG' de; sağ böbrek uzun aks boyutu 73 mm ölçülmüş olup yerleşimi olağan, parankim ekojenitesi normaldir. Parankim kalınlığı ortalama 5-6 mm ölçülmüştür. Sağ böbrekte pelvikaliksiyel yapılarda, kalikslerde küntleşme oluşturan dilatasyon izlenmiş olup pelvis anteroposterior çapı 18 mm ölçülmüştür. Sağ üreter proksimalden distale kadar dilate ve tortiyoze izlenmiş olup en geniş yerinde 10 mm ölçülmüştür. Sol böbrek uzun aksı 60 mm ölçülmüş olup yerleşim, parankim ekojenitesi ve toplayıcı yapıları olağandır. Parankim kalınlığı 9 mm olarak ölçülmüştür. Sol üreterde dilatasyon izlenmemiştir.

¹ Uzm. Dr., İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, erensoyaltin@hotmail.com



Ultrasonografik bulguların yanısıra; sintigrafide obstrüktif patern varlığında ise spontan rezolusyon şansı azalmaktadır. İzlem esnasında hidronefroz derecesindeki artış, diferansiyel böbrek fonksiyonunun $< \% 40$ olması ve/veya ardışık nükleer fonksiyonel çalışmalarda diferansiyel böbrek fonksiyonunda $\geq \% 5$ 'lik düşüşler olması halinde cerrahi tedavi endikasyonu oluşmaktadır. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, sebat eden böğür ağrısı ya da hematüri varlığı da cerrahi tedavi gereksinimini düşündürmektedir¹⁶.

Kaynaklar

1. Perlmutter AD, Retik AB, Bauer SB. Anomalies of the upper urinary tract. In: Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA, eds. Campbell's Urology. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1986; 1726-1730.
2. Silverman FN, Kuhn JP. Caffey's Pediatric X-Ray Diagnosis: An Integrated Imaging Approach. 9th ed. St. Louise: Mosby, 1993; 1264-1265.
3. Shokeir AA, Nijman RJM. Primary megaureter: current trends in diagnosis and treatment. BJU Int 2000; 86:861-868.
4. Tanagho EA. Intrauterine fetal ureteral obstruction. J Urol 1973;109(2):196-203.
5. Cuchi JA, Chandran H. Congenital ureteric strictures; an uncommon cause of antenatally detected hydronephrosis. Pediatr Surg Int 2005;21(7):566-8.
6. Shukla AR, Cooper J, Patel RP, Carr MC, Canning DA, Zderic SA, et al. Prenatally detected primary megaureter: a role for extended followup. J Urol 2005;173(4):1353-6.
7. Keating MA, Escala J, Snyder HM 3rd, Heyman S, Duckett JW. Changing concepts in management of primary obstructive megaureter. J Urol 1989;142(2 Pt 2):636-40.
8. Baskin LS, Zderic SA, Snyder HM, Duckett JW. Primary dilated megaureter: long term followup. J Urol 1994;152(2 Pt 2):618-21.
9. Farrugia M. Ureterovesical junction anomalies. In: Wilcox D, Godbole C, Cooper C, editors. Pediatric urology book; 2012.
10. Gordon I. Diuretic renography in infants with prenatal unilateral hydronephrosis: an explanation for the controversy about poor drainage. BJU Int 2001;87:551e5.
11. Gordon I, Piepsz A, Sixt R. Guidelines for standard and diuretic renogram in children. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2011;38: 1175e88.
12. McLellan DL, Retik AB, Bauer SB, Diamond DA, Atala A, Mandell J, et al. Rate and predictors of spontaneous resolution of prenatally diagnosed primary nonrefluxing megaureter. J Urol 2002;168(5):2177-80.
13. Cozzi F, Madonna L, Maggi E, Piacenti S, Bonanni M, Roggini M, et al. Management of primary megaureter in infancy. J Pediatr Surg 1993;28(8):1031-3.
14. Matsuno T, Tokunaka S, Koyanagi T. Muscular development in the urinary tract. J Urol 1984;132:148e52.
15. Ranawaka R, Hennayake S. Resolution of primary nonrefluxing megaureter: an observational study. J Pediatr Surg. 2013;48(2):380-383.
16. Farrugia MK, Hitchcock R, Radford A, British Association of Paediatric Urologists, et al. British Association of Paediatric Urologists consensus statement on the management of the primary obstructive megaureter. J Pediatr Urol. 2014;10(1):26-33.