

9 YAŞINDA HİPERTANDÜ VE ENÜREZİS NOKTURNASI OLAN BİR HASTADA ASEMPATOMATİK HİPOPLAZİK BÖBREK VE ALT ÜRİNER SİSTEM DİNAMİK BOZUKLUĞU

A NINE YEARS OLD PATIENTS WITH HYPERTENSION AND ENURESIS NOCTURNA WHO HAD AN ASEMPATOMATIC HYPOPLASIC KIDNEY AND DYNAMIC DISORDER OF THE LOWER URINARY TRACT

AKALIN, Z., AYDOĞANLI, L., YILDIZ, M., ATAN, A., AFŞAR, H.

Ankara Numune Hastanesi I. Üroloji Kliniği ve Gaziantep Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği

ÖZET

Üriner ve başağrısı şikayetleri olan 9 yaşındaki erkek hastanın tetkikleri yapıldı. Bu tetkikler dikkate alınarak, literatür ışığında değerlendirildi.

SUMMARY

A nine years old male patient with the complaining of urinary and headache were examined closely and the results were presented in comparison with literature.

OLGU TAKDİMİ

9 yaşında olan erkek hasta kliniğimize sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma, damla damla idrar yapma, gece idrar kaçırma ve başağrısı şikayetleriyle yatırıldı.

Fizik muayenede tansiyon arteryel 140/90mm Hg, kardiak nabız 98/dk alındı. İdrar tetkikinde lökositüri ve bakteriüri saptandı. Kültür-antibiogram yapıldı. Antibiogramda stafilokok izole edildi. Uygun antibiotik verildi. Hastaya DÜSG, İVP sistoskopi, USG ve üriner şikayetler için de ürodinamik inceleme yapıldı.

DÜSG de kemik, yumuşak doku ve üriner sisteme uyan alanlarda spina bifida dışında patoloji saptanmadı.

İVP de sağ böbreğin normal konturlarda olduğu, pelvikalisiel sistemin normal, sağ üreterin orta ve alt kısmında hafif dilatasyon olduğu

görüldü. Sol böbreğin çok az fonksiyone, sol üreterin alt kısmında opasifikasyon saptandı (Şekil 1).

Gerek İVP'de gerekse sistografilerde mesanenin ileri derecede genişlediği, eliptik şeklinin bozulduğu ve sagittal çap boyunca genişlediği görüldü(Şekil 2).



Şekil 1: İVP'de sol böbrekte çok az fonksiyon, sol üreterin alt kısmında opasifikasyon

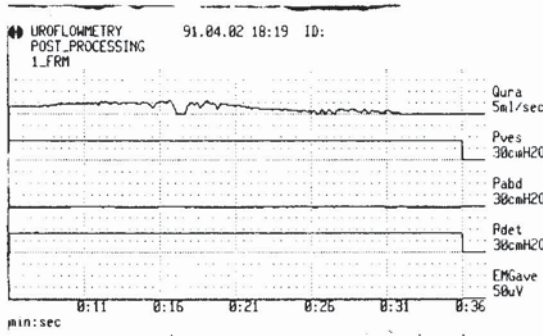
Sistoskopide mesane boynunun tamamen kapalı, kapasitenin ileri derecede artmış olduğu tespit edildi.



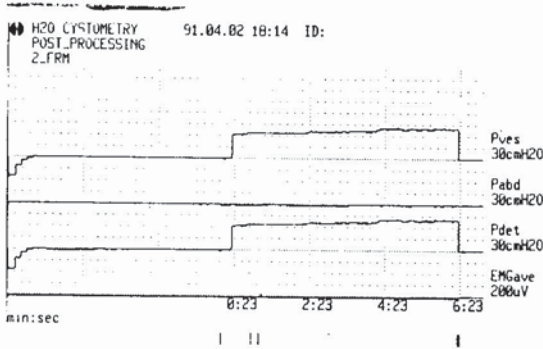
Şekil 2: Sistografide mesane ileri derecede genişlemiş



Şekil 5: Postvoiding sistografide rezidünün görülmesi



Şekil 3: Uroflowmetrik bulgular



Şekil 4: Sistometrik bulgular

Uroflowmetride, idrar gecikme süresi 0.02 saniye, işeme süresi 30 saniye, maksimum akım hızı 6.3ml/sn, ortalama hızın 3ml/sn ve işenen hacmin 96 ml olduğu görüldü (Şekil 3). Sistometride sıvı 20 ml/dk olarak verildi. İlk idrar hissi 15 ml de alındı. Mesane kapasitesi 125 ml olarak ölçüldü. Maksimum detrusor basıncı 80cm H₂O olarak alındı (Şekil 4). Postvoiding sistografide mesanede 29 ml rezidü tespit edildi (Şekil 5). USG de sol hipoplazik böbrek tespit edildi.

Hastanın hipertansiyonununun sol hipoplazik böbreğe bağlı olduğu, diğer üriner yakınmaların ise mesane boynu darlığından kaynaklandığı düşünüldü.

Hastaya önce litotomi pozisyonu verilerek, mesane boynu darlığı için transuretral mesane boynu insizyonu saat 5 ve 7 hizalarında yapıldı. Bunu takiben uygun pozisyon verilerek, subkostal kesiyle girilerek sol nefrektomi uygulandı. Operasyon sonrasında hastanın tansiyon arteryelinin normal sınırlarda seyrettiği gözlemlendi. İdrar yakınmaları özellikle enürezis nokturnası düzeldi. İdrar kültür-antibiogramı tekrarlandı ve herhangi bir bakteri izole edilmedi. Postoperatif 8. günde hasta şifayla taburcu edildi.

TARTIŞMA

Renal hipoplazi, böbreğin volüm anomalilerinden biridir. Görülme sıklığı 1/800'dir(1). Sağlam böbrek normalden daha büyüktür (1,2,3). Hipoplazik böbreğin patolojik incelemede displastik olduğu saptanmıştır (1,7). Gelişim hatası sonucu böbreğin glomeruler, tubuler sistemi, kaliksleri pelvis renalis ve ureteri rudimantardır (1,4). Renal arter de ince ve sklerotiktir (1,2,3,4).

1979'da Qazi ve arkadaşları fetal alkol sendromundan muzdarip olan çocuklarda tek veya çift taraflı renal hipoplazi gözlemlemişler(5).

1972'de Cha, Kandzari, ve Khoury hipoplazik böbrekte renal arter dallarının küçük ve hipertansiyonla beraber olduğunu kaliks sayısının 5'ten az olduğunu göstermişlerdir(6).

Akkiz atrofiyle renal hipoplaziyi birbirinden ayırtmak oldukça zordur (7). Atrofik pyelonefrit genellikle tipik kalıtsal distorsiyonlar gösterir(8). Çocuklardaki veziko urelateral reflüleri, infeksiyon olmaksızın böbreğin küçülmesine neden olabilirler(4,6). Renal arter stenozisinde böbreğin büzülmesine neden olur(8).

Mali olanaklarımız yeterli olmadığından selektif venografiyi yapamadık. Yapabilseydik, kongenital renal agenezi, hipoplazik böbrek ve non-vizualize böbrekte ayırıcı tanıda yardımcı olacaktı.

MBD, mesane boyununun bir halka şeklinde daralmasıdır. Konjenital veya akkiz olup konjenital olanlarda mesane boynu hipertofik ve bir halka şeklindedir. Akkiz olanlar prostatik uretra ve boyun civarının kronik enfeksiyonları sonucudur.

Hastanın çocuk olması başağrısı şikayetini sık sık gündeme getirmiş, anne-baba, başağrısı şikayetini bilmelerine rağmen çocuğu doktora idrar kaçırdığı için götürmüşler.

Biz, fizik muayenede tansiyon arteriyeli 140/90mm Hg bulduk. Hipertansiyonun nedenini saptamak için yaptığımız tetkiklerde hipoplazik böbreği saptadık(1)).

Literatür olgularında hipoplazik böbreğin ya çok az ya da hiç fonksiyone olmadığı şeklinde

dir. Bizim olgumuzda da hipoplazik sol böbrekte çok az fonksiyon vardı. Nefrektomiyle, hipertansiyon ve buna bağlı olarak oluşan baş ağrısının ortadan kalkacağı görüşü, bizim olgumuzla da doğrulanmış oldu (4). Nefrektomiden sonra ne hipertansiyon ve ne de başağrısı hiç görülmedi.

Kadınlarda normal idrar akım hızı 25-30ml/sn, erkeklerde ise 2'-25ml/sn'dir (9). Ve eğer idrar akım hızı 15ml/sn olursa şüpheli bir mesane boynu obstruksiyonu, 10ml/sn'nin altında olursa kesin bir obstruksiyon vardır (9,10,11).

Bizim hastamızda maksimum idrar akım hızı 6.3ml/sn'dir. Detrusorda unhibe kontraksiyonların yokluğu üst motor nöron ve serebro vasküler lezyonları ekarte etmektedir (9,10,11).

Maksimum detrusor basıncının 80cm. H₂O olması, detrusorun mesane boynunda yenemediği bir obstruksiyonu gösterir. Çünkü detrusor artan volüme artan basınçla yanıt verir (12,13,14).

Olgumuzda dikkati çeken, mesane kapasitesinin grafilerde büyük olmasına karşın sistometride kapasitenin 125ml olmasıdır. Sistografiyi yaparken çocuğa hakim olmamıza karşın, sistometride bunu başaramadık ve mevcut sonucu elde ettik.

Olgumuzla hipertansiyon -hipoplazik böbrek, alt üriner sistem dinamik bozukluğu- mesane

KAYNAKLAR

- 1- McAninch, J.W., Disorders of the kidneys, General Urology, 12th edition, 493-494 Appleton and Lange, California.
- 2- Dean, R.H., Foster, J.H.: Criteria for the diagnosis of renovascular hypertension. Surgery, 74:926, 1973.
- 3- Franklin, S.S., Maxwell, M.H.: Clinical working for renovascular hypertension. Urol Clin North Am 1975; 2:301.
- 4- Hunt, J.C., Stroung, C.G.: Renovascular hypertension mechanisms, natural history and treatment, Am J Cardiol, 32:56, 1973.
- 5- Qazi, Q. and others: Renal anomalies in fetal alcohol syndrome. Pediatrics, 7:550, 1979.
- 6- Cha, E.M., Kandzari, S., Khoury, G.H.: Congenital renal hypoplasia: Angiographic study Am J Roentgenol, 114:710, 1976.
- 7- Azimi, F., Kodroff, M.B.: Congenital renal displasia: Osathanondh-Potter type 2 polycystic kidneys, Urology, 7:550, 1976.