

Çocukta İntraabdominal Kitleye Neden Olan Üreteropelvik Bileşke Darlığı

Ureteropelvic Junction Obstruction Mimicking an Intraabdominal Mass in a Child

ÖZ

Dev hidronefroz, bir litreden fazla idrarın üriner toplayıcı sistemde birikmesi olarak tanımlanır. Nadir görülen bir durum olup batında yer kaplayan kitle lezyonu olarak karşımıza çıkabilir. Antenatal ultrasonografilerin ve radyolojik görüntüleme tekniklerinin ilerlemesi ile, hidronefroz vakaları daha sık ve erken tanı almakla birlikte, rastlantısal olarak saptanmaması ve bulgu vermemesi durumunda erişkinliğe kadar uzanan bir süreçte tanı gecikebilmektedir. Bu olgu sunumunda hazımsızlık ve hafif karın ağrısı gibi gastrointestinal şikayetler ile acil polikliniğine başvuran, fizik muayenede sol alt kadranda batın içi kitle palpe edilen ve sonuçta üreteropelvik bileşke darlığına sekonder dev hidronefroz saptanan 11 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Dev hidronefroz, Üreteropelvik bileşke darlığı, İntraabdominal kitle

ABSTRACT

Giant hydronephrosis is a rare entity that may mimic benign and progressive intraabdominal cystic masses. It is defined as the presence of more than 1 liter of fluid in the collecting system of the kidney. Despite the increase in the use of antenatal ultrasound, giant hydronephrosis may still be seen in the pediatric population. Here, we report a case of giant hydronephrosis due to ureteropelvic junction obstruction mimicking an intraabdominal mass in an 11-year-old male who presented with abdominal pain and other gastrointestinal symptoms.

KEY WORDS: Giant hydronephrosis, Ureteropelvic junction obstruction, Intraabdominal mass

GİRİŞ

Abdominal kitle, karının bir bölgesinde saptanan şişlik veya büyüme olarak tanımlanabilir. Kitle nedenleri arasında birçok sisteme ait hastalıklar olabilir ve geniş bir spektrumu kapsar. Karnında kitle saptanan çocuğun acilen değerlendirilip nedenini saptamaya yönelik araştırmaların yapılması gerekir (1). Çocukluk çağı abdominal kitle nedenleri içinde en yaygın görüleni böbrek kaynaklı olanlardır ve bu nedenler içerisinde hidronefroz, abse, kistik böbrek hastalıkları gibi selim nedenlerin yanı sıra, nöroblastom ve Wilms tümörü gibi malign nedenler de bulunmaktadır (2).

Bu olgu sunumunda hazımsızlık ve hafif karın ağrısı ile acil polikliniğine başvuran

ve üreteropelvik bileşke darlığına (ÜPBD) sekonder hidronefroz saptanan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU

On bir yaşında erkek hasta, bir haftadır mevcut olan şişkinlik, karın ağrısı, kusma şikayetleriyle acil çocuk polikliniğine başvurdu. Dış merkezde aynı şikayetlerle hastaya domperidon ve trimebutin maleat reçete edilmişti. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Daha önceden böyle bir şikâyeti olmamış ve ailede böbrek ile ilgili bilinen bir hastalık bulunmamakta idi.

Fizik muayenesinde batın sol kadranın tamamında palpe edilebilen sert, fiks, kenarları lobule, matite veren yer kaplayan

Neslihan Çiçek DENİZ¹
Şeyma KÖKSAL²
Nazlı KUTER²
Aybegüm KALYONCU³
Halil TUĞTEPE³
İbrahim GÖKCE¹
Harika ALPAY¹

- 1 Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi BD, İstanbul, Türkiye
- 2 Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul, Türkiye
- 3 Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Cerrahisi AD, İstanbul, Türkiye



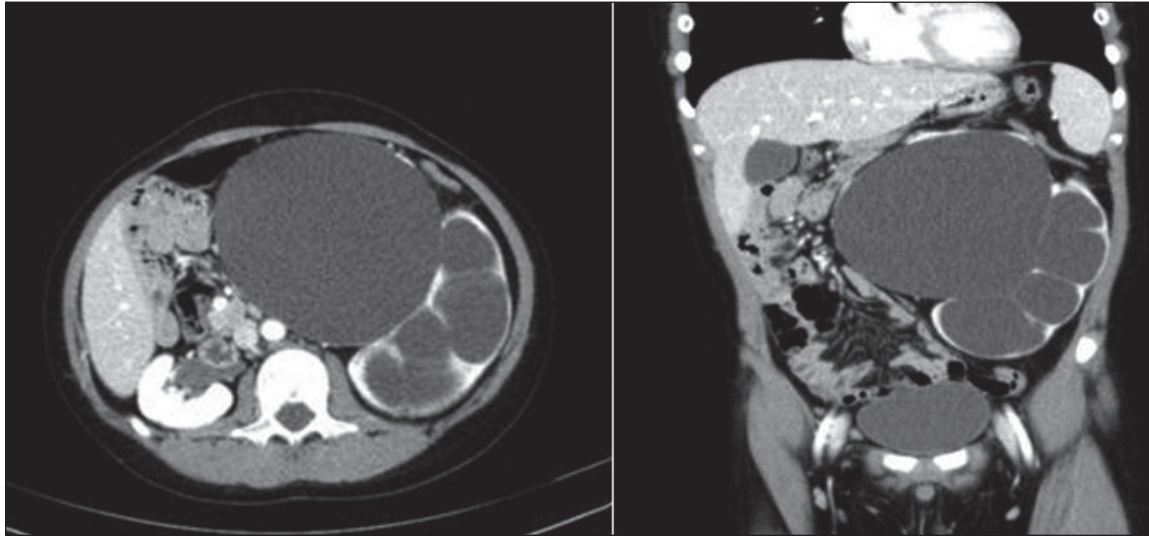
Geliş Tarihi : 28.10.2015
Kabul Tarihi : 09.03.2016

Yazışma Adresi:
İbrahim GÖKCE
Marmara Üniversitesi Hastanesi,
Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı,
İstanbul, Türkiye
Tel : +90 506 703 50 01
E-posta : gokcemd@hotmail.com

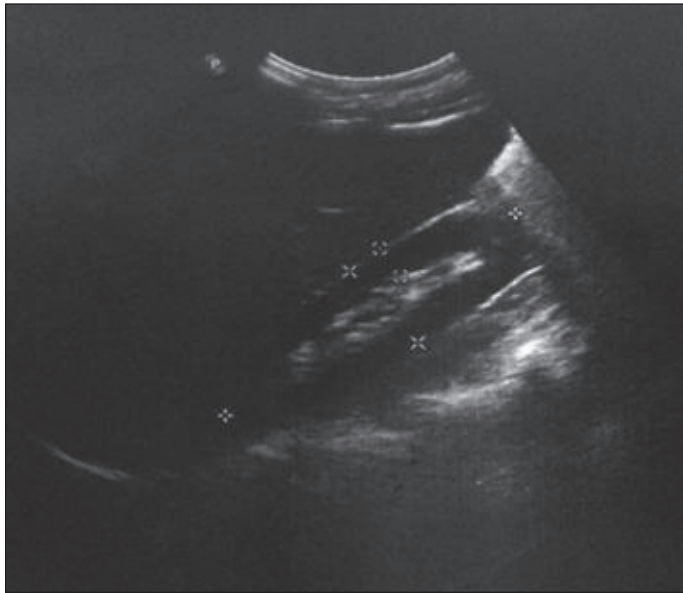
lezyon saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak bulundu. Laboratuvar değerlendirmesinde kan üre nitrojeni (BUN): 13 mg/dL, kreatinin:0,7 mg/dL, elektrolit değerleri ve idrar tetkiki normal olarak saptandı. Batın ultrasonografisinde sağ böbrek boyut ve parankim kalınlığı, ekosu doğal, sol böbrek uzun ekseninde 170 mm, boyutu artmış, pelvis ön-arka (AP) çapı 60 mm ölçülmüş olup grade 4 hidronefroz ile uyumlu olarak izlendi. Sol böbrekte parankim kalınlığı hidronefroza sekonder olarak incelmisti. Distal üreterde genişleme saptanmadı. Abdominal tomografisinde de benzer bulgular izlendi (Şekil 1).

Ön planda ÜPB darlığına sekonder hidronefroz düşünüldü. Hidronefrozu böbreğin fonksiyonunu değerlendirmek için

yapılan dimerkaptosüksinik asit (DMSA) sintigrafik incelemesinde sağ böbreğin fonksiyona katılım oranı %69,5 idi ve skar gözlenmedi, sol böbreğin fonksiyona katılım oranı %30,5 idi ve ileri derecede büyümüş (abdomenin sol yarısını büyük ölçüde kaplayan ve pelvise uzanan) içerisinde multiple kistik dilate pelvikaliektazi alanları olan, periferinde çok ince fonksiyonel kortikal doku içeren, hipofonksiyone hidronefrotik sol böbrek olarak saptandı. Girişimsel radyoloji tarafından sol böbreğe nefrostomi kateteri takıldı. Nefrostomi sonrasında sol böbrek boyutu 110 mm'ye, pelvis AP çapı normale yakın değerlere geriledi (Şekil 2). Nefrostomi sonrası yapılan mercaptoacetyltriglycine (MAG3) sintigrafik incelemesinde ekskresyon fonksiyonu dilate pelvikalisiyel sisteminde diüretik



Şekil 1: Abdominal tomografide batın sol tarafını ve orta hattın büyük kısmını dolduran dev hidronefroz. Sol böbrekte evre 4 hidronefroz, parenkim çok ince, üreter dilatasyonu yok.



Şekil 2: Nefrostomi kateteri sonrası yapılan ve hidronefrozun tamamen gerilediğini gösteren sol böbrek ultrasonografi görüntüsü.

yanıtsız retansiyon ($t_{1/2} > 20$ dk) nedeni ile uzamış hidronefrotik sol böbrek saptandı. MAG3 sintigrafik incelemesinde sol böbreğin fonksiyona katılım oranı %52,8 idi. Hastaya sol pyeloplasti yapıldı. İntraoperatif görüntüsü ÜPBD ile uyumlu olan hastanın histopatolojik incelemesinde ürotelde belirgin proliferasyon ve rejeneratif değişikliklerin eşlik ettiği ÜPB duvarında kalınlaşma ve lümeninde daralma (lümen çapı 2 mm) saptandı. Hastanın pyeloplasti sonrası 3. ayında yapılan kontrol ultrasonografisinde sol böbrek uzun ekseninde 141 mm, boyutu artmış, parankim kalınlığı 6 mm olup azalmış, pelvis AP çapı 15 mm ölçülmüş olup grade 3 hidronefroz ile uyumlu olarak izlendi. Bulguların ilk ultrasonografi ile karşılaştırıldığında belirgin olarak düzelmekle birlikte devam ettiği görüldü. Hastanın ayaktan Çocuk Nefrolojisi ve Çocuk Cerrahisi polikliniklerinden takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Çocukluk çağında ve özellikle yenidoğan döneminde intraabdominal kitlenin önemli nedenlerinden biri hidronefrozdur; ancak malignite yaşla birlikte daha ön plana çıkar. Hidronefroz renal kaliks ve pelvisin distansiyonu olarak

tanımlanır ve çocukluk çağında hidronefrozun en sık nedeni ÜPB darlığıdır. Hidronefroz hastaları bazen antenatal tanı (12-14. haftalar) alabilirken, bazen de geç çocukluk çağına kadar bulgu vermeyebilir. Hidronefroz bulguları arasında büyümüş, palpe edilebilen böbrek, etkilenen tarafta kostovertebral açı hassasiyeti, bilateral hidronefroz varlığında bacaklarda ödem olabilir.

Dev hidronefroz, bir litreden fazla idrarın üriner toplayıcı sistemde birikmesi olarak tanımlanır. Aynı zamanda böbrek abdomenin yarısında karşı hattı geçmiş ve en az beş vertebral uzunluktadır (3). Erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir ve % 60 sol taraftadır. Bizim olgumuzda da hastamız erkek ve dev hidronefroz sol tarafta bulunmaktaydı. ÜPBD dev hidronefrozun en sık nedenidir, bunu taş, travma ve tümör izler. Aynı zamanda hastalarda sırt ağrısı, hafif karın ağrısı, hematüri şikâyetleri olabilir. Bununla birlikte bazı hastalarda uzun döneme kadar semptom vermeyebilir. Bizim olgumuzda da on bir yaşına kadar herhangi bir semptoma rastlanmamıştır.

ÜPBD üreterin en sık konjenital anomalilerinden biridir, ilerleyen hidronefroz, renal kalikslerde deformite, renal parankimde incelleme ve böbrek fonksiyonlarında kayba neden olabilir. ÜPBD intrinsek, ekstresek ve ikincil nedenlere bağlı gelişir. Vezikoüreteral reflü (VUR), taş, benign veya malign tümörler, fibroepitelyal polipler, kistler, enfeksiyon ya da operasyonlara sekonder gelişen skar dokusu ikincil ÜPBD nedenleridir. Aberran, aksesuar ya da erken dallanma yapan bir alt pol damarı ekstresek ÜPB darlıklarının en sık nedenidir. Hastamızda da var olan intrinsek ÜPB darlığının kesin nedeni bilinmemekle birlikte bu hastalarda embriyolojik, anatomik, fonksiyonel ve histolojik bozukluklar mevcuttur. Patofizyolojisinde inkomplet üreter rekanalizasyonu, üreteropelvik bileşkenin sirküler kas gelişimindeki duraksama ya da kas hücreleri arasında kollajen içeriği ve miktarındaki değişiklik sorumlu tutulmaktadır (4). Bu patofizyolojiyi destekler şekilde hastamızın histopatolojik incelemesinde de ürotelde belirgin proliferasyon ve rejeneratif değişikliklerin eşlik ettiği ÜPB duvarında kalınlaşma saptanmıştır. Sonuç olarak hastamızda da saptandığı gibi üreterde megaüretere benzeyen aperistaltik kısa dar bir segment oluşmaktadır. Dolayısıyla fonksiyonel bir kasılmanın olmadığı ve idrarın üretere yetersiz boşalmasıyla sonuçlanan tıkalı bir durum ortaya çıkmaktadır (5). İntrinsek ÜPB darlığının diğer nedenleri arasında valvüler mukozal katlantılar ve persistan fetal kıvrımlar yer almaktadır.

Ultrasonografi, hidronefroz tanısında hızlı ve duyarlı bir yöntemdir. Bizim olgumuzda da tanıda ve doğru bir şekilde takip etmemizde yardımcı olmuştur.

Dev hidronefrozun tedavisinde asıl amaç böbreğin fonksiyonunu korumaktır. İlk planda hidronefrozu kontrol altına almak ve böbrek fonksiyonunu korumak için nefrostomi kateteri konulabilir. İzlemede hidronefrozun gerilemesi ve böbrek fonksiyonu takip edilir. İleri tedavi etkilenen böbreğin fonksiyonuna bağlıdır. Separe böbrek fonksiyonunun palyatif nefrostomi kateteri ile halen DMSA sintigrafide %10'un altında kalması durumunda nefrektomi gerekebilir (6-8). Palyatif nefrostomi kateteri sonrası fonksiyonları %10'un üzerinde olan veya fonksiyonlarda düzelme görülen hastalarda uygun şartlarda üreteropelvik bileşkeye yönelik düzeltici ameliyat planlanır. Bizim hastamızda da nefrostomi kateteri sonrası yapılan ultrasonografide hidronefroz belirgin şekilde gerilemiş ve parenkim kalınlığı normale dönmüş idi. Nefrostomi sonrası yapılan MAG3 sintigrafik incelemesinde sol böbreğin fonksiyona katılım oranı %52,8 saptandı ve düzeltici pyeloplasti yapıldı.

SONUÇ

Çocukluk çağı intraabdominal kitle nedenleri içerisinde ileri yaşta da olsa hidronefroz akılda tutulmalı, tanı konduktan sonra da böbrek fonksiyonlarını korumaya yönelik tedavi hızla yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Grossman H: Evaluating common intra-abdominal masses in children. A systematic roentgenographic approach. *CA Cancer J Clin* 1976;26:219-235
2. Rahhal RM, Eddine AC, Bishop WP: A child with an abdominal mass. *Hospital Physician* 2006;42:37-42
3. Crooks KK, Hendren WH, Pfister RC: Giant Hydronephrosis in children. *J Ped Surg* 1979;14:844-850
4. Carr CM: Anomalies of the upper urinary tract (8th ed). In: Walsh PB, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds), *Campbell Urology*. Philadelphia: WB Saunders, 1996; 1995-2003.
5. Alcaraz A, Vinaixa F, Tejado-Mateu A, Forés MM, Gotzens V, Mestres CA, Oliveira J, Carretero P: Obstruction and recanalization of the ureter during embryonic development. *J Urol* 1991;145:410-416
6. Sadeghi-Bojd S, Fazeli F, Keshavars K, Baktash M: Giant hydronephrosis due to congenital ureteropelvic junction obstruction, a report of 2 cases. *J Ped Nephrology* 2014;2:83-86
7. Debnath J, Roy R, Kumar S, Pandit A: Congenital giant hydronephrosis: A rare cause of upper abdominal mass in newborn. *J Clin Neonatol* 2013;2:33-35
8. Benhaddou H, Bellahcen M, Elazzouzi D: Giant hydronephrosis in a child: Case report. *Arch Pediatr* 2013;20:1126-1128