

OLGU SUNUMU

Dr.Süleyman Sami ÇAKIR

Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

- 38 E
- 1 aydır sağ yan ağrısı
- Dizüri (+) Hematüri (+)
- Bulantı ve kusma (+)
- FM: özellik yok
- Ek sistemik hastalık yok



???

- TİT : 127 /HPF ERİTROSİT



Dr. Sati Karyakali

17 2 09

- **ÜRİNER SİSTEM USG: SAĞ BÖBREK PELVİSİNE UYAN LOKALİZASYONDA BÜYÜĞÜ YAKLAŞIK 20 mm OLAN AKUSTİK GÖLGELENMESİ OLAN HİPEREKOJENİTE VE SAĞ GRADE II HİDRONEFROZ**



???

- IVP:Sağ böbrek orta kesimde büyüğü 27x25 mm boyutunda olmak üzere orta ve alt kesimde opak kalküller mevcut. Sağ böbrek pelvikalisiyel sistemde ektazi mevcut.



- 
- Bu tetkik ve bulgular neticesinde hastaya yaklaşımınız nasıl olur!!

- Tetkikler neticesinde sağ perkütan nefrolitotomi (PCNL) planlanan hastaya önce litotomi pozisyonunda 6 F sağ üreter katateri takıldıktan sonra pron pozisyonuna getirilerek perkütan giriş iğnesiyle sağ alt kalikse giriş yapıldı.
- Daha sonra 26 F rijid nefroskopla girilerek pelvisteki taşlar ultrasonik/pnömatik litotriptör ile parçalara ayrıldı ve taş forcepsi ile dışarı alındı.
- Ancak işlem sırasında kanama olması nedeniyle nefrostomi tüpü takılarak operasyonun sonlandırılmasına karar verildi.

- Operasyon sırasında da kan transfüzyon ihtiyacı olan hasta postop nefrostomi tüpü klempe edilerek takibe alındı.
- Makroskopik hematürisi olan hastanın postop 1. saatte Hgb: 13.54mg/dl Htc:40.69mg/dl idi. TA ve hemogram takibinde hastanın postop 3. saatte Hgb:10.49mg/dl Htc:32.08 mg/dl oldu.

- 2 Ü kan transfüzyonu yapıldı. Makroskopik hematürisi devam eden hastanın Hgb ve Htc değerleri sırasıyla 9,45 mg/dl ve 28mg/dl 'ye düştü.
- Hastaya Kontrastlı Tüm Batın BT çekilmesi planlandı.



10cm



10cm



10cm



10cm



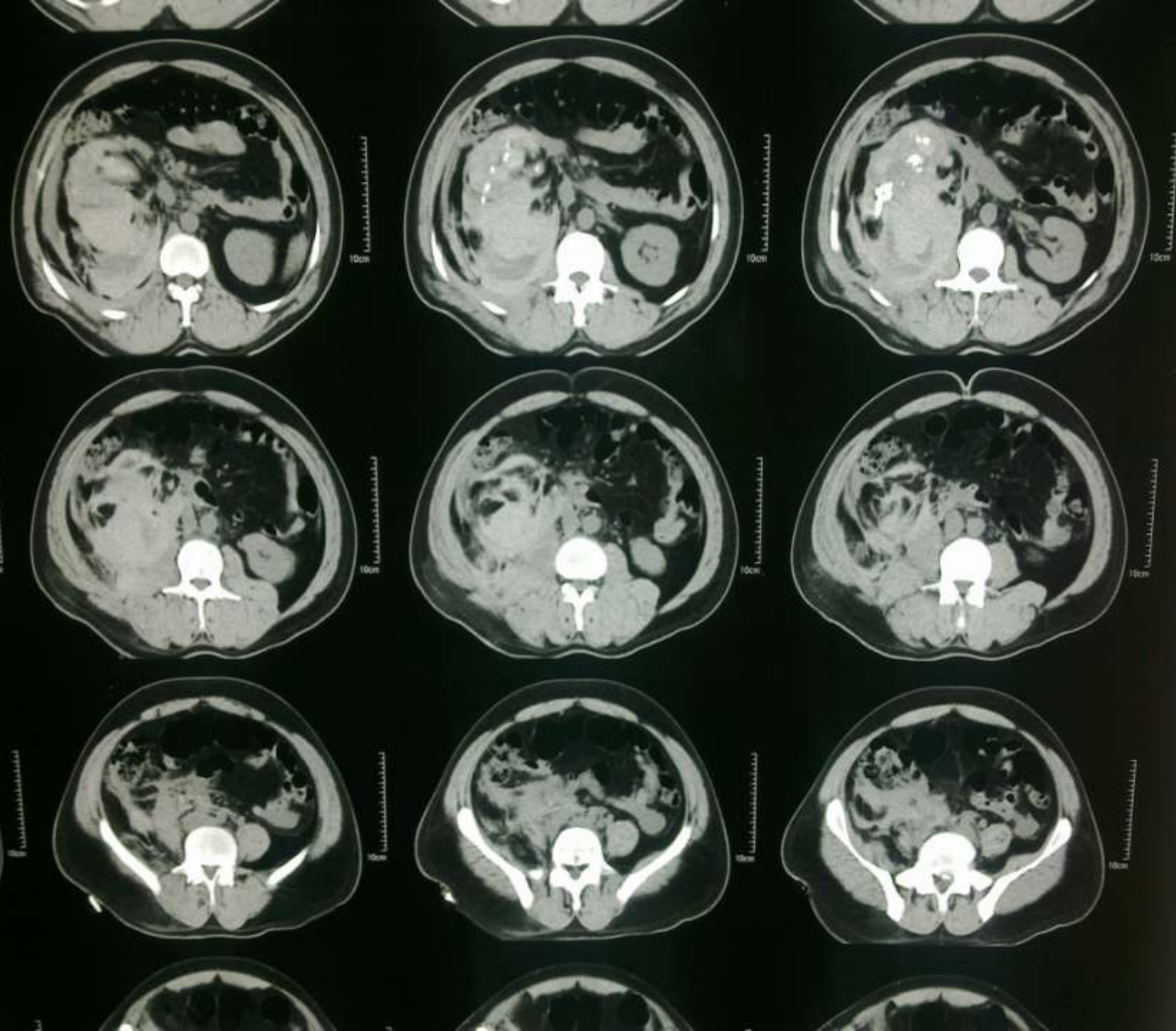
10cm



10cm



10cm



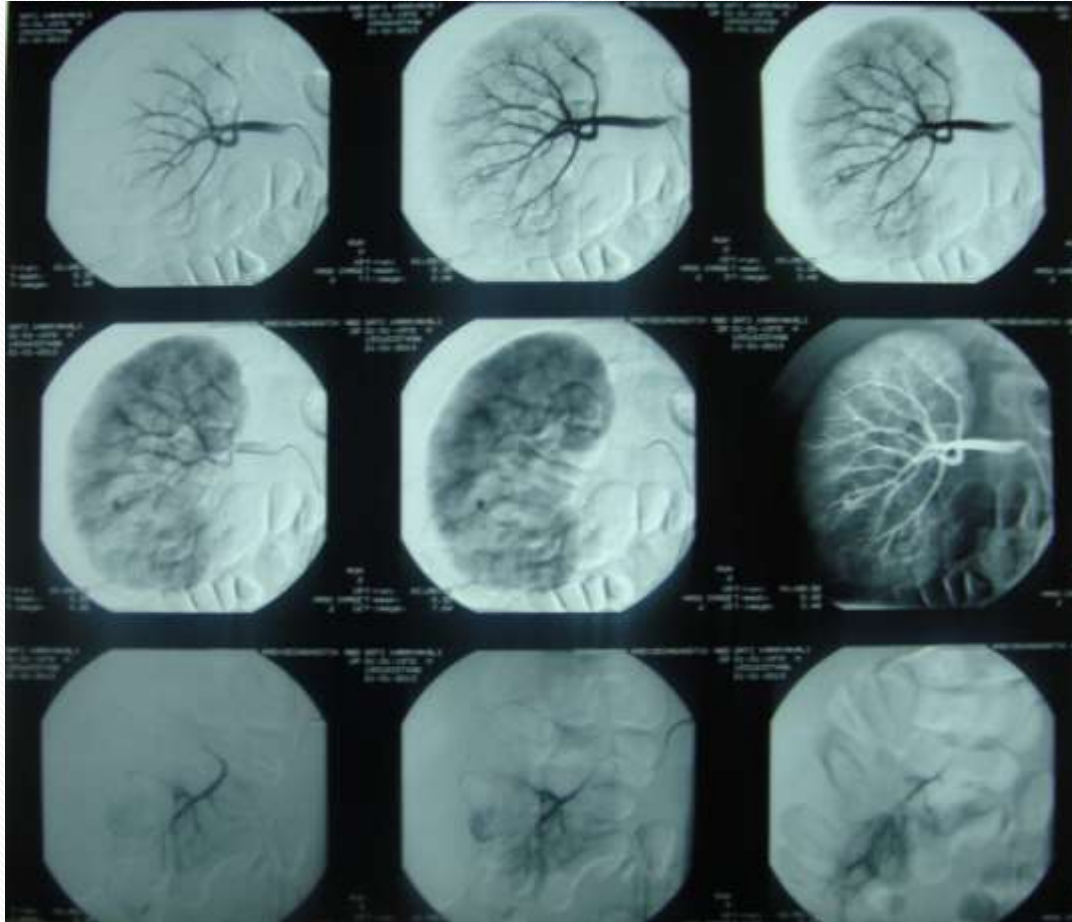
- Yatak istirahatinde takibe alınan hastanın makroskopik hematürisi gerilemedi ve hemogram kontrollerinde kan transfüzyonuna rağmen Hgb ve Htc değerlerinin düşmeye devam ettiği gözlemlendi.



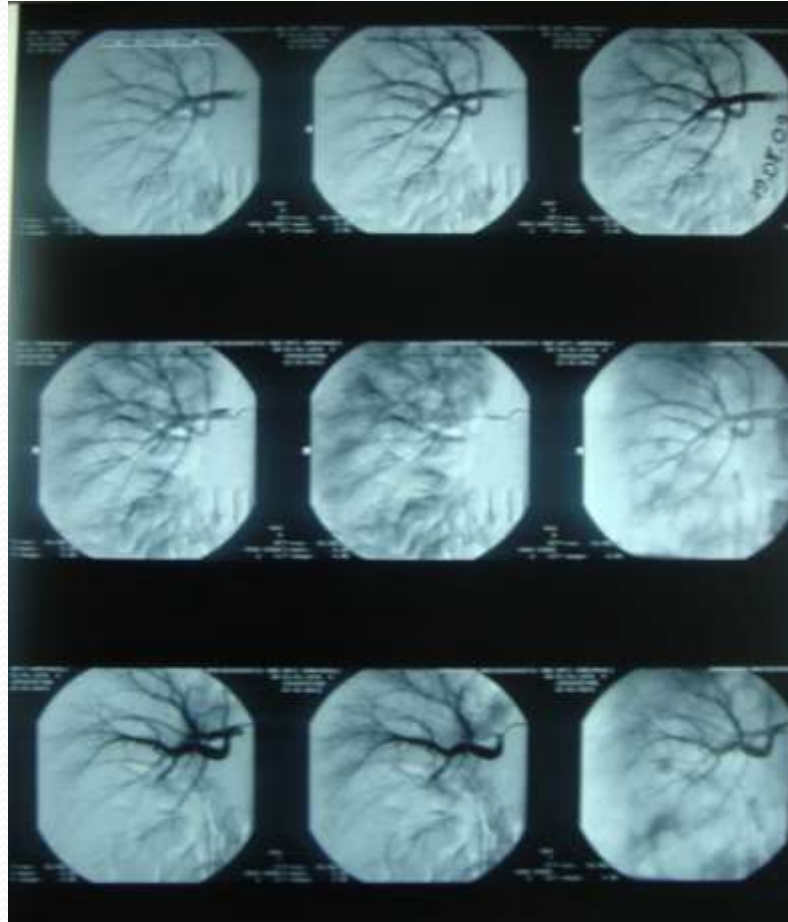
???

- Hastaya postop 5. günde hem tanı hem de tedavi amaçlı selektif sağ renal anjiyografi yapılması planlandı.
- Renal anjiyografi neticesinde sağ böbrek alt pol lateral bölümünde anterior divizyon arterin distal lobüler bir dalında transeksiyon ile uyumlu yaralanma ve distalde 1.5 cm çapında psödoanevrizmatik dolum izlendi. Bunun üzerine mikro kataterizasyon ile %50 lipodol+histoacryl karışımından oluşan embolizan ajan ile psödoanevrizma ve lasere arteryal segmentler totaliyle dolaşım dışı bırakıldı.

embolizasyon öncesi



Embolizasyon sonrası



- Hastanın embolizasyondan sonra makroskopik hematürisi geriledi ve hemogram kontrollerinde düşme ve kan transfüzyon ihtiyacı olmadı.

PCNL sonrası



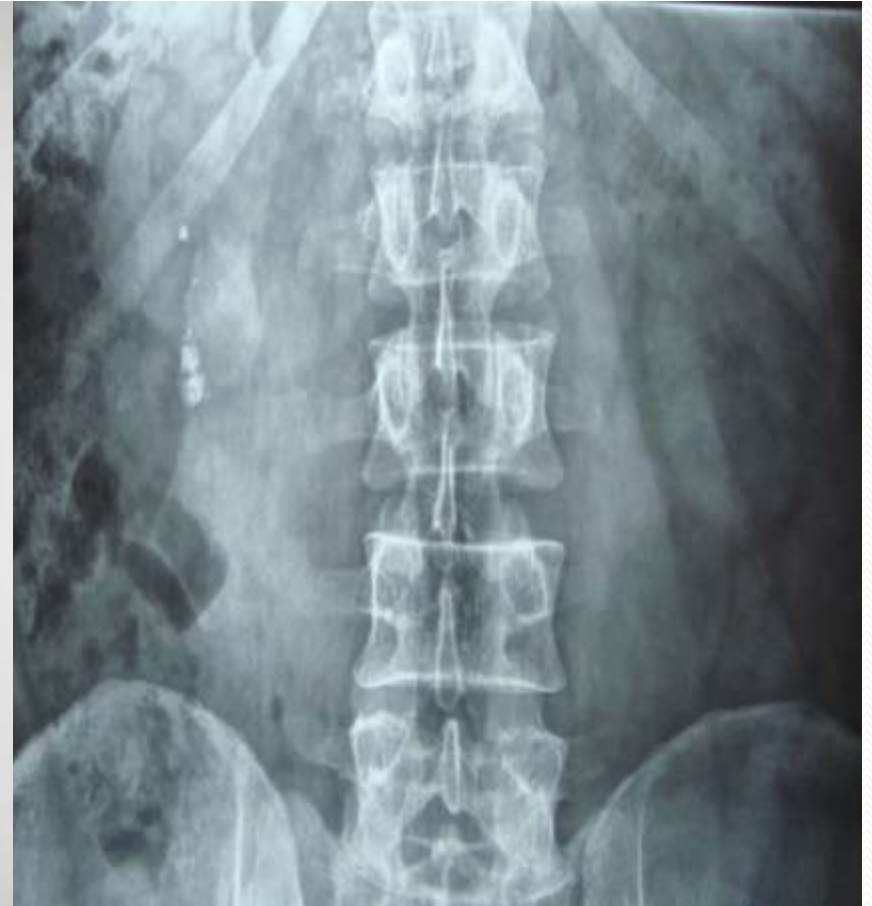
- Hastaya rest kalküller için ESWL planlandı.
- ESWL sırasında rest kalküllerden birinin üretere düşmesi üzeri hastaya DJ katater takılarak URS yapıldı.



PCNL öncesi



PCNL sonrası



- PCNL böbrek taşı tedavisinde altın standart olma yolundadır.PCNL sırasında oluşan komplikasyonların sıklığı %5'den az olmakla birlikte işlem sırasında renovasküler yaralanmalar oluşabilir.
- Hematüri ile kendini belli eden bu lezyonların büyük bir çoğunluğu birkaç gün içinde kendi kendini sınırlar.Ancak bazı lezyonlar tedavi gerektirecek kadar kalıcı olabilir.

- Psödoanevrizma tanısı, tanı anında tedavinin de mümkün olması nedeniyle renal anjiyografi ile konur.
- Bu vakada da hematürinin uzun süreli devam etmesi ilk planda psödoanevrizma veya arteriovenöz fistülü akla getirmektedir. *(Richston L, et al, J Endourol 2008)*
- Bu aşamada BT anjio ile vasküler yaralanmayı göstermek mümkün olsada, tedavi imkanı da sağlaması nedeniyle renal anjiyografi yapılması uygun görülmüştür.

- Selektif renal embolizasyon ,renovasküler komplikasyonların tedavisinde %80 başarı ve düşük komplikasyon oranları ile en uygun yöntemdir. *(Richston L, et al,J Endourol 2008; Soyer P, et al,Eur Radio,2000)*
- Psödoanevrizma, fistülöz bölgeden kalıcı bir ajanla kapatılmalıdır. Cerrahi tedavinin aksine anjiyografi minimal invaziv bir işlemdir ve pek çok hastada böbreğin korunmasını sağlar.Çünkü yapılacak olan açık cerrahi genellikle parsiyel nefrektomi veya total nefrektomi ile sonuçlanmaktadır.

- Perkütan nefrolitotomi sonrası persistan kanamaların ayırıcı tanısında renal arter psödoanevrizması ve renal arteriovenöz fistül göz önünde bulundurulmalı ve gerek tanıda gerekse tedavide renal arter selektif anjiyografi ve embolizasyonu ilk basamak tanı ve tedavi yöntemi olarak kullanılmalıdır. (*Vijay MK, et al, J Kidney Dis Transpl. 2011*)

İlginiz için teşekkürler...

