

Soliter böbrekte postobstrüktif diürez: olgu sunumu

Postobstructive diuresis in solitary kidney: case report

Emre Huri,

MD.
Department of Urology,
Ankara Education and Research Hospital,
emrehuri@yahoo.com

Mustafa Sofikerim,

MD.
Department of Urology,
Erciyes University Faculty of Medicine,
mustafasofikerim@yahoo.com

This manuscript can be downloaded from the webpage:
[http://tipdergisi.erciyes.edu.tr/download/2007;29\(3\):242-244.pdf](http://tipdergisi.erciyes.edu.tr/download/2007;29(3):242-244.pdf)

Submitted : April 23, 2006
Revised : March 15, 2007
Accepted : March 29, 2007

Corresponding Author:

Mustafa Sofikerim
Department of Urology,
Erciyes University Faculty of Medicine,
Kayseri, Turkey

Telephone : +90 352 4374901 - 21455
E-mail : mustafasofikerim@yahoo.com

Özet

Postobstrüktif diürez özellikle soliter böbreği olan veya bilateral tıkaçıcı üriner sistem taşı olan hastalarda klinik takip ve tedavi gerektiren önemli bir antidedir. Olgumuzda, literatürde bu güne kadar rastlanmamış postobstrüktif diürez miktarının (günlük 70 litre'yi aşan idrar) tedavisine yaklaşım ve takip profili değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: **Böbrek hastalığı; Diürez; Üreteral tıkanma.**

Abstract

Postobstructive diuresis, especially in solitary kidney or patients with bilateral obstructive urinary stone disease, is a state that requires important follow-up and treatment. In our case study, the management of therapy and follow-up profile of the amount of postobstructive diuresis (> 70 litter urine/day) that has not yet been published in the literature was considered.

Key Words: **Diuresis; Kidney disease; Ureteral obstruction.**

Giriş

Postobstrüktif diürezin nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. İnternal basınç artışı, tübüler transport sistemlerindeki hasar, diüretik ve/veya natriüretik maddelerin birikimi gibi birçok mekanizma öne sürülmüştür (1).

Bu durum, az görülmekte ve genellikle bilateral üreteral obstrüksiyonun ya da soliter böbrekteki obstrüksiyonun giderilmesinden sonra görülebilmektedir. Diürez bu hastalarda orta şiddetli olup, kendini sınırlar karakterde sodyum ve su atılımı şeklinde olmaktadır.

Bu olgu sunumunda soliter böbrekli, sağ üreterde taşla bağlı obstrüksiyonu olan anürisi gelişen ve çift-j kateter takıldıktan sonra günlük idrar miktarının 70 litrenin üzerinde olduğu bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

62 yaşında soliter böbrekli, sağ lomber ağrı, bulantı, kusma ve iştahsızlık şikayeti olan erkek hasta idrar çıkışında azalma nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Hikayesinde son 2 gündür idrar çıkışının olmadığı tespit edildi. Genel durumu orta, vital bulguları stabil olan hastanın fizik muayenesinde sağ tarafta kostovertebral açı hassasiyeti ve üreter trase hassasiyeti vardı. Hastada pretibial (++) ödem dışında diğer genel muayene bulguları normaldi. Yapılan serum biyokimya çalışmalarında, BUN: 229 (mg/dl), kreatinin: 14 (mg/dl), Na: 141 (mmol/L), K: 6 (mmol/L), Cl: 82 (mmol/L), AST: 15 (U/L), ALT: 12 (U/L), tam kan sayımında ise Hb: 11,9 (g/dl), BK: 4,6 ($\times 10^3/\text{mm}^3$), Plt: 304 ($\times 10^3/\text{mm}^3$) şeklinde idi. Hastanın dış merkezde yapılmış intravenöz piyelografisinde (İVP) sağ üreter proksimalinde yaklaşık 1x0,5 cm'lik taş ile uyumlu, distale geçişe izin vermeyen opasite mevcuttu ve pelvikaliksiyel sistemde dilatasyon saptandı. Renal ultrasonografisinde, sağ böbrek 131x60 mm boyutlarında olup grade 1 hidronefroz, parankim ekosunda grade 1 artış saptanırken parankim kalınlığı normal idi. Üreter proksimal kesimi dilate, orta kaliksiyel sistemde birkaç adet milimetrik taş ile uyumlu olan ekojenite saptandı.

Hastaya aynı gün anüri ve akut böbrek yetmezliği nedeniyle sağ üretere sistoskopi ile çift-j kateter takıldı, daha sonraki takibinde hastanın poliürisi başladı. Günlere göre çıkarılan idrar miktarları değerlendirildi (Şekil 1). Nefroloji konsültasyonu ile her saat çıkardığının %51' i ikinci saatte replase edilerek yerine kondu (Ringer Laktat-%0,9 SF). Hastanın 2. gün serum biyokimyasında BUN: 15 mg/dl ve kreatinin: 0,8 mg/dl olup batında distansiyonu,

her iki akciğerde rallerde artış saptandı ve ortopenisi oldu. Hastanın serum kalsiyum seviyesinin 6,6 olması üzerine kalsiyum (Ca-Glukonat) replasmanı yapıldı. Hastanın diğer serum biyokimya parametreleri normal sınırlardaydı. Tansiyon arteriyel değeri 190/90 mmHg olması nedeniyle medikasyonla kan basıncı regüle edildi. Hastanın 6. günde akciğer semptomları, batında disyansiyonu azaldı ve genel durumu düzeldi. Dokuzuncu gün hastanın oral 2.850 cc, parenteral 4.250 cc aldığı, 10 litrenin üzerinde çıkardığı saptandı. Bundan sonraki takiplerinde diürez görülmeyen ve kan biyokimya parametreleri düzelen hasta postoperatif 16. günde taburcu edildi. Hastanın diürezi 13 gün sürdü ve 2. günde 70 litreyi aşan idrar çıkarımı oldu.

Taahhüt

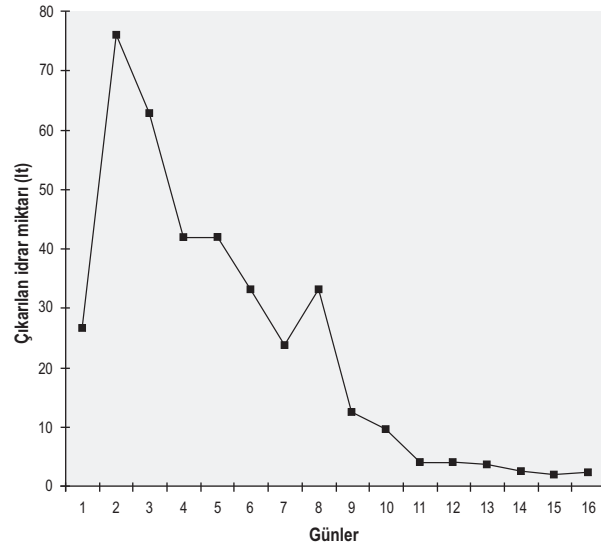
Postobstrüktif diürez özellikle üreteral obstrüksiyonun giderilmesinden sonra görülebilen, renal fonksiyonlardaki değişimleri de kapsayan klinik bir durumdur (1). Bu değişim, obstrüksiyonun süresi, komplet veya inkomplet olması, tek taraflı ya da çift taraflı olmasına göre farklılık gösterir (1). Bu klinik tablo, tek veya çift taraflı üreteral veya soliter böbrek obstrüksiyonlarının giderilmesinden sonra görülse de bunlar klinik açıdan farklılık oluştururlar. Unilateral obstrüksiyondan sonra oluşan dilüye idrarın akım hızının normal olması, diğer böbreğin kompanzatuvar mekanizması ile yakından ilişkilidir. Böylece böbreğin solid yük reabsorbsiyonun azalmasına rağmen belirgin bir tuz kaybı gözlenmez. Gillenwater ve arkadaşları (1978), kronik unilateral hidronefrozu olan 30 hastada benzer bulguları saptamışlardır (2). Obstrüksiyondan sonraki dört gün içinde, bu böbreklerden sadece birinde orta derecede diürez görülmüştür. Bu böbreklerde idrarı konsantre edebilme yeteneğinde azalma, sodyum reabsorbsiyonunda azalma ve glomerüler filtrasyon hızında (GFR) bozulma saptanmıştır.

Schlossberg ve Vaughan (1984), unilateral üreteral obstrüksiyonun giderilmesini takiben patolojik diürez gözlenen iki hasta rapor etmiştir (3). Bu çalışmada, gözlenen diürezde amacın GFR bozulması ve distal tübül hasarını önlemek olduğu belirtilmiştir (3). Bilateral üreteral obstrüksiyonda, unilateral obstrüksiyonda olduğu gibi GFR ve renal kan akımında azalma olduğu saptanmıştır. Ancak bilateral obstrüksiyonda renal kan akımının dağılımı normal iken unilateral olgularda bu paternin korteks ve medulla arasında ayırım oluşturduğu gösterilmiştir (4,5). Literatürde bugüne kadar postobstrüktif diüreze bağlı idrar çıkışının en fazla günlük 58 litre olduğu belirtilirken, bu durumda tedaviye yaklaşım ve tanı aşamaları önemle

vurgulanmıştır (4). Bilateral üreteral obstrüksiyonda, unilateral obstrüksiyonda olduğu gibi GFR ve böbreğin kanlanması azalma gözlenmiştir.

Olgumuzda belirtilebilecek diğer önemli bir konuda renal fonksiyonlarına bakılmaksızın tanı amaçlı kullanılan intravenöz piyelografidir. Özellikle kontrast madde ile yapılacak radyografik tetkiklerde hastanın yaşı, genel durumu, ko-morbid hastalığı, allerji öyküsü ve aile öyküsü gibi parametrelerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, kreatinin değeri 1,7-1,8'in üzerinde olanlarda acil endikasyonların dışında kontrast madde kullanımı tercih edilmemelidir (5).

Postobstrüktif diürezde, hastaların klinik değerlendirilmesi kan sodyum, potasyum ve idrar miktarına göre yapılmalıdır. Beklenmeyen diürez olgularıyla karşılaşılabileceği her zaman akılda tutulmalı ve bu gibi hastalar yakın izlenmelidir.



Şekil 1: Obstrüksiyonu takiben günlere göre çıkarılan idrar miktarını gösteren grafik

Kaynaklar

1. Kramer HJ. Mechanisms of postobstructive polyuria. (German) *Klin Wochenschr* 1985; 63:934-943.
2. Rose JG, Gillenwater JY. Effects of obstruction on ureteral function. *Urology* 1978; 12:139-145.
3. Schlossberg SM, Vaughan ED Jr. The mechanism of unilateral post-obstructive diuresis. *J Urol* 1984; 131:534-536.
4. Thiel R, Prutzmann A, Strittmatter T, Konrad G. Postobstructive polyuria in unilateral hydronephrosis. A case with 58 l/day. (German) *Urologie A* 2001; 40:133-136.
5. Van Glabeke E, Corsia G, Belenfant X. Medical management of post-obstruction diuresis syndromes. (French) *Prog Urol* 2004; 14:423-426.