



Gebelikte prematür membran rüptürünü taklit eden *double J stent* migrasyonu

Engin Korkmazer¹, İsmail Özdemir², Neşe Solak³

¹Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa

²Özel Medical Park Uşak Hastanesi Üroloji Kliniği, Uşak

³Özel Medical Park Uşak Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uşak

Özet

Amaç: Gebelik, her iki böbreği ve üriner sistemi etkileyen bir durumdur. Gebelik boyunca böbrekler hacim olarak yüzde 30 ve boyut olarak da 1 ila 1.5 cm civarında büyürler. Renal pelvikalyceal yapılarda genişleme sağ böbrekte sola göre daha sık görülmekte ve gebelerin %80'inde bulunmaktadır. Sistoskopi ve üreteral stent yerleştirilmesi, gebelikte görülen ciddi hidronefrozun ana tedavi yöntemidir. Stent migrasyonu, üreteral stentlerin komplikasyonlarından biridir. Bu yazıda, 32 hafta gebeliği varken sularının gelmesi nedeniyle kliniğimize sevk edilen bir hastada saptanan *double J stent* migrasyonunu sunduk.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında, G3Y2 olan, 32. haftada erken membran rüptürü şüphesiyle başvuran hastanın muayenesinde *double J stent*'in üretradan dışarı sarktığı ve ultrasonografi görüntülemesinde stentin kuyruğunun mesanede olduğu görüldü.

Sonuç: Erken membran rüptürü açısından negatif klinik ve laboratuvar bulguları olan olgularda üriner inkontinans özellikle akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, *double J stent*, erken membran rüptürü.

Abstract: Double J stent migration imitating premature membrane rupture during pregnancy

Objective: Pregnancy is a condition affecting both kidneys and urinary system. Bladders grow about 30% in volume and 1 to 1.5 cm in dimension during pregnancy. The extension in renal pelvicalyceal structures is seen more in the right bladder than the left one, and it is observed in 80% of the pregnant women. Cystoscopy and placement of urethral stent are the main treatment method for serious hydronephrosis seen during the pregnancy. Stent migration is one of the complications of urethral stents. In this report, we present the double J stent migration found in a patient who admitted to our clinic due to water breaking when she was at 32 weeks of gestation.

Case: A 29-year-old G3Y2 case referred to our clinic with the suspicion of preterm rupture of membrane at 32 weeks of gestation. In the examination performed, it was seen that double J stent was hanging out of the urethra and the tail of the stent was in the bladder according to ultrasonographic imaging.

Conclusion: Urinary incontinence should be kept in mind particularly in cases with negative clinical and laboratory findings for premature rupture of membrane.

Keywords: Double J stent, premature rupture of membrane, pregnancy.

Giriş

Gebelik, başta böbrekler olmak üzere tüm üriner sistemi etkileyen bir süreçtir. Gebelik boyunca böbrek boyutları ortalama 1-1.5 cm artarken böbrek volümü de ortalama %30 artar.^[1]

Renal pelvis ve kalıysel yapılar progesteron etkisi ve uterusun üreterlere basısıyla dilate olabilirler. Bu dilatasyon ve üriner staz bakteriler için bir rezervuar oluşturarak piyelonefrite kadar ilerleyebilen klinik tablolara yol açabilirler. Doğum bu durumun kesin tedavisi olmakla birlikte erken gebelik haftalarında *double J stent* (DJS) yerleştirilmesi de palyatif olarak uygulanabilmektedir. DJS'ler tüm dünyada gebeliğe bağlı hidronefroz tedavisinde yaygın şekilde kullanılmaktadır.^[2] DJS yerleştiril-

Yazışma adresi: Dr. Engin Korkmazer, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa.
e-posta: ekorkmazer@yahoo.com

Geliş tarihi: 4 Ocak 2016; **Kabul tarihi:** 24 Mart 2016

Bu yazının atf künyesi: Korkmazer E, Özdemir İ, Solak N. Double J stent migration imitating premature membrane rupture during pregnancy. Perinatal Journal 2016;24(1):51-53.

©2016 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20160241009
doi:10.2399/prn.16.0241009
Karekod (Quick Response) Code:



mesinin en sık gözlenen komplikasyonları yan ağrısı, üriner sistem enfeksiyonu ve hematüri olmakla birlikte nadir olarak da stent migrasyonu gözlenmektedir.^[3]

Preterm prematür membran rüptürü (PPROM), uterin kontraksiyonlar başlamadan amniyotik zarların rüptürü olarak tanımlanır. PPRM'un negatif klinik ve laboratuvar bulgularının olduğu durumlarda vajinal ıslaklığı açıklamak için diğer durumlar (üriner inkontinans, vajinal akıntı vb.) değerlendirilmelidir.

Gebelikte idrara sıkışma ve idrar kaçırma sıklığında artış vardır ve bu PPRM'u taklit edebilir.^[4] Biz de bu makalemizde 32 hafta gebeliği varken sularının gelmesi nedeniyle kliniğimize sevk edilen bir hastada saptanan DJS migrasyonunu paylaştık.

Olgu Sunumu

Yirmi dokuz yaşında, G3Y2 olan hasta 27 hafta gebeliği varken yan ağrısı nedeniyle kliniğimize refere edildi.

Hastanın önceki gebelikleri komplikasyonsuz sonuçlanmıştı. Antenatal vizitte yapılan idrar analizi normaldi. Mevcut gebeliği 27. haftaya kadar sorunsuz olarak ilerledi. Fizik muayeneyi ve idrar analizini takiben hastaya renal ultrason istendi. Renal ultrasonda sağ böbrekte grade 3 hidro-üreteronefroz saptandı ve üriner sistem taşı gözlenmedi. Üroloji bölümüyle yapılan konsültasyon sonucunda hastaya DJS yerleştirilmesine karar verildi.

Dorsal litotomi pozisyonunda masaya alınan hasta-ya lokal anestezi altında sisto-üretroskopi yapıldı. 5 Fr DJS *guide* telinin üstünden bir ucu renal pelvise gelecek şekilde yerleştirildi. Hasta postoperatif aynı gün taburcu edildi.

Hasta 32 hafta gebeliği varken kliniğimize su gelmesi şikayetiyle başvurdu.

Muayenede vajinada iltihabi görünümlü bir akıntı saptanmakla birlikte servikal kanaldan gelen herhangi bir akıntı gözlenmedi. Hastaya yapılan nitrazin testi negatif olarak saptanırken, ultrason görüntülemeye amniyotik sıvı indeksi normal sınırlardaydı. Muayenede DJS'nin üretradan dışarı sarktığı ve ultrasonografi görüntülemesinde stentin kuyruğunun mesanede olduğu görüldü (**Şekil 1**).

Yapılan üroloji konsültasyonu sonucunda hastanın DJS'sinin değiştirilmesine karar verildi ve mevcut stentin çıkarılmasını takiben yeni stent sorunsuz bir şekilde yerleştirildi.

Gebeliğin sonraki dönemlerinde hastamızın ek bir sorunu olmadı ve geçirilmiş sezaryen nedeni ile 39. haftada gebeliği sezaryenle sonlandırıldı. Doğumdan 3 ay sonraki kontrollerde hastanın *double J stenti* lokal anestezi altında çekildi.

Tartışma

Renal pelvikalisyel yapıların dilatasyonu (hidronefroz), gebeliklerin %80'inde görülmekte ve sağ tarafta sola göre daha sık rastlanmaktadır.^[5] Bu değişiklikler genellikle gebeliğin 2. trimesterinde (ortalama 24–29. haftalarda) ortaya çıkmakta ve postpartum 6–12. haftaya kadar devam edebilmektedir.^[6] Gebeliklerde sık olarak görülen hidronefrozun tedavisinde konservatif yaklaşım ve DJS yerleştirilmesi arasında fikir birliği tam olarak sağlanamamıştır.^[7] Tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesinde gebelik haftası, birlikte renal taş olması ve piyelonefrit varlığı önem taşımaktadır. DJS yerleştirilmesi, böbrek fonksiyon bozukluğunun ya da günlük ağrı semptomunun ortaya çıktığı durumlarda önerilmektedir. Gebelik dönemi DJS yerleştirilmesinde geleneksel skopi yöntemleri yerine ultrason kılavuzluğu tercih edilmektedir. Ultrason sayesinde DJS'nin renal pelvis yerleşimi rahatlıkla görülebilmektedir.^[8] Gebelikte birlikte üriner inkontinans sıklığı artmaktadır. Gebelikte üriner inkontinans şikayeti olan hastaların çoğunluğunda bu sorun doğum sonrası kendiliğinden çözülmektedir.^[9]

PPROM'un tanısı genellikle klinik olarak konur ve vajinal ıslaklık ile başvuran bir hastada muayenede servikal kanaldan vajinaya gelen amniyotik sıvının gözlen-



Şekil 1. Üretradan sarkan *double J stent*.

mesi esasına dayanır. Klinik olarak kesin tanı konamadığı durumlarda laboratuvar testleri tanıya yardımcıdır. Ultrason ile amniyotik sıvı indeksinin değerlendirilmesi PPRM tanısında kullanılabilen ucuz ve kolay erişilebilir bir yöntem olmasına rağmen erken dönemlerde normal olabilir. *Placental alpha microglobulin-1 protein assay* (PAMG-1 [AmniSure]), *insulin-like growth factor binding protein 1* (IGFBP-1 [Actim PROM]) ve nitrazin testi gibi yardımcı testler kullanılabilir. Nitrazin testi en sık kullanılan test olmakla birlikte yalnızca pozitiflik ve yalnızca negatiflik oranları diğer testlere göre yüksektir. PAMG-1 ve IGFBP-1 gibi testler yüksek doğruluk oranına sahip olmakla birlikte, maliyeti nedeniyle daha çok tanının kesin olmadığı, amniyotik sıvı göllenmesinin görülmediği durumlarda kullanılmaktadır.

DJS migrasyonu oldukça nadir görülen bir durum olmakla birlikte vena kavaya dahi migrasyon gözlenmiştir.^[5] Migrasyonda muhtemel mekanizmalar üreterel kontraksiyonlar ve uygunsuz kalınlıkta DJS kullanılması olarak düşünülmüştür.^[10] DJS yerleştirilen hastaların yaklaşık üçte birinde DJS'nin migrasyon, üriner rahatsızlık hissi, enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı çıkarılması gerekmektedir. DJS migrasyonu olan bir hastada semptomlar çeşitlilik gösterirler (yan ağrısı, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, üriner inkontinans). Bu tarz durumlarda DJS değişimi temel yaklaşım olmalıdır.

Sonuç

PPROM'dan şüphelenilen hastada negatif klinik ve laboratuvar bulguları varlığında üriner inkontinans şüphelenilmelidir. Bizim olgumuzda üriner inkontinansın sebebi DJS migrasyonu idi. DJS yerleştirilen hastalarda klinisyenler bu stentin migrasyonu ve olası kompli-

kasyonları açısından dikkatli olmalıdırlar. Gebelik kontrollerinde DJS'nin yerleşimi de kontrol edilmelidir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Bailey RR, Rolleston GL. Kidney length and ureteric dilatation in the puerperium. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1971;78:55-61.
2. Hoşcan MB, Ekinci M, Tunçkiran A, Oksay T, Özorak A, Özkardeş H. Management of symptomatic ureteral calculi complicating pregnancy. *Urology* 2012;80:1011-4.
3. Akay AF, Aflay U, Gedik A, Sahin H, Bircan MK. Risk factors for lower urinary tract infection and bacterial stent colonization in patients with a double J ureteral stent. *Int Urol Nephrol* 2007;39:95-8.
4. Wesnes SL, Rortveit G, BøK, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007;109:922-8.
5. Falahatkar S, Memmati H, Gholamjani Moghaddam K. Intracaval migration: an uncommon complication of ureteral double-J stent placement. *J Endourol* 2012;26:119-21.
6. Rasmussen PE, Nielsen FR. Hydronephrosis during pregnancy: a literature survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988;27:249-59.
7. Çeçen K, Ülker K. The comparison of double J stent insertion and conservative treatment alone in severe pure gestational hydronephrosis: a case controlled clinical study. *Scientific WorldJournal* 2014;2014:898173.
8. Atar M, Bozkurt Y, Soylemez H, Penbegül N, Sancaktutar AA, Bodakci MN, et al. Use of renal resistive index and semi-rigid ureteroscopy for managing symptomatic persistent hydronephrosis during pregnancy. *Int J Surg* 2012;10:629-33.
9. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the effect of childbirth. *BJU Int* 2006;98:89-95.
10. Pilcher JM, Patel U. Choosing the correct length of ureteric stent: a formula based on the patient's height compared with direct ureteric measurement. *Clin Radiol* 2002;57:59-62.