

Netromycine[®] (Netilmicine sulfate) injekció

- Biztonságos, hatékony aminoglikozid
- Gyors baktericid hatás a gram negatív kórokozókkal, staphylococcus aureus törzsekkel szemben

Alkalmazási területe:

- **Monoterápia:**
Hugyuti infekcióban.
- **Kombinált terápia:**
(béta laktám antibiotikumokkal)
légzőrendszer súlyos fertőzései,
bőr, lágyszövet, csont és ízületi fertőzések,
égési sérülések,
gyomor, bélrendszeri fertőzések,
infekció, csökkent immunitású betegeknél.
- **Anaerob fertőzések kezelése:**
metronidazol, clindamycin kombinációval.

Minimális oto – és nephrotoxicitása következtében javasolt újszülöttek és kisgyermek kezelésére is.

Kiszerezés:
150 mg/1,5 ml, 50 mg/2 ml

Előállító:
Schering-Plough USA / Essex Chemie Svájc

Forgalomba hozza:
Hungaropharma (150 mg/1,5 ml és 50 mg/2 ml)
Humán Intézet (150 mg/1,5 ml)



Schering-Plough / USA
ESSEX CHEMIE EAST AG
INFORMÁCIÓS IRODA
1027 Budapest, Kapás u. 11-15.
Telefon: 201-2850

ESETISMERTETÉSEK

Magyar Urológia VII. évfolyam 3. szám (1995)

Debreceni Orvostudományi Egyetem
Urológiai Klinika
(igazgató: Tóth Csaba dr.)

Conduitkő okozta anuria

Varga Attila dr., Lőrincz László dr., Szokoly Viktor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: Az ileum- és a colonconduit a vizeletdeviáció napjainkban is gyakran alkalmazott módszerei, melyek korai és késői szövődményei jól ismertek.

Szerzők közleményükben egy relatíve ritkán előforduló késői szövődményről, sigmaconduit kőről számolnak be. Az eset érdekessége, hogy a beteg anuria miatt jelentkezett osztályukon. UH-vizsgálat és natív rtg.-felvétel igazolta a teljes vizeletfolyási akadályt okozó 5-cm-es conduitkövet, melyet kőfogóval, egyszerűen sikerült eltávolítani.

ANURIA CAUSED BY STONE IN SIGMA-CONDUIT

SUMMARY: Ileal and colon conduits are frequently used methods for urinary deviation even nowadays, their early and late complications are well known. Stone formation as a relatively rare late consequence of sigma-conduit is discussed. The patient presented anuria as the first symptom. Sonography and plain X-ray showed conduit-stone, 5 cm in diameter which caused total urine retention. The stone was removed with stone grasper.

KEY WORDS: sigma-conduit, conduit-stone, anuria

Bevezetés

Az ileum- és a colonconduit évtizedek óta alkalmazott és jól bevált vizeletdeviációs módszerek. A műtét indikációs területe, technikája kidolgozottak, korai és késői szövődményei ismertek (1, 2). A közlemények elsősorban az ureteroileális anastomosis szűkületét, a stoma sztenózisát, krónikus pyelonephritis előfordulását említik. Vesekő képződése 3–15%-os gyakorisággal fordulhat elő, elvéve számolnak be azonban conduitban képződött kőről. Esetünkben sigmaconduitban képződött óriási kő, amely nagyságánál, helyzeténél fogva anuriát okozott.

Esetismertetés

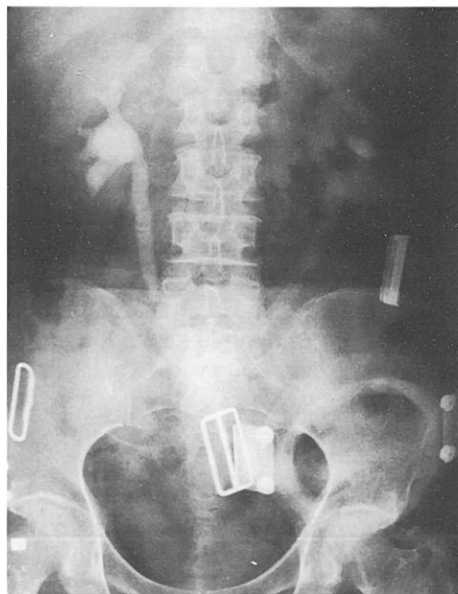
T. Á. 55 éves nőbetegnél 1978-ban endometrium carcinoma miatt radikális hysterectomia történt, majd posztoperatív Te-Co irradiációban részesült. Az irradiációt követően, 1 évvel később, 1979-ben subileusos panaszokat okozó rectumszűkület alakult ki, ami miatt kétsövű anus sigmoideust készítettek sebészeti osztályon. Az irradiáció következményeként 1981-ben vesicorectovaginalis fisztula is kialakult, melyet nagysága miatt zárni nem tudtunk. Tekintettel a korábban készített kétsövű

anus sigmoideusra, a megmaradt distalis sigma szakaszból sigmaconduitot készítettünk. Az uretereket egyszerűen behúztuk a sigma-ba, és rögzítettük. A posztoperatív 13. napon az uretersínek eltávolítása után, bal oldali akut pyelonephritis alakult ki, ezért percutan nephrostomát létesítettünk, antibiotikum-kezelést indítottunk. Tartósan láztalan, panaszmentes, iv. urográfián szabad passage-t láttunk, így a nephrostomát eltávolítottuk, otthonába távozott. A rendszeres 3, majd 6 hónapos kontrollok során a szérumelektrolit-, a sav-bázis háztartás egyensúlyban. Normál vesefunkciós értékek mellett pyuriát, bakteriuriát találtunk, tartósan, célzott vizeletdezinficiálást végeztünk. 5 évvel a műtét után végzett iv. urográfia mindkét oldalon közepes fokú üregrendszeri tágulatot, de szabad passage-t igazolt (1. ábra).

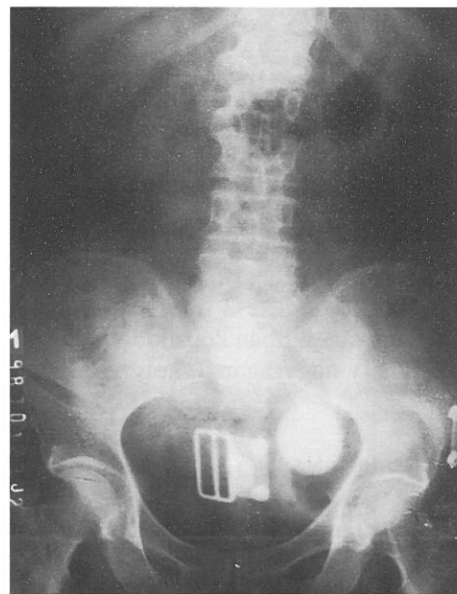
A sigmaconduit műtétje után 6 évvel került betegünk sürgősséggel felvételre egy napos anuria, hányinger, gyengeség, rossz közérzet miatt. Vesefunkciós értékei emelkedettek (BUN: 20,6 mmol/l, se-kreatinin 520 mmol/l), szérumelektrolitok és vérkép eltérés nélküliek. UH-vizsgálat mindkét vese üregrendszerének igen kifejezett tágulatát mutatta, a natív rgt.-felvételen pedig a conduitnak megfelelően tojásnyi kő volt látható (2. ábra). Digitális vizsgálattal a conduitban ugyancsak jól tapintható az óriási kő. Rövid, iv. narkózisban a követ kőfogóval megfogtuk, óvatosan mobilizáltuk, és kiemeltük a conduitból (kőanalízis: struvit-karbonátapatit).

A vizeletpassage szabadvá válásával a beteg diurézise fokozatosan növekedett, vesefunkciós értékei néhány nap alatt normalizálódtak, panaszai megszűntek, otthonába távozott.

8 éve, a rendszeres kontrollok során normális vesefunkciós és szérumelektrolit-értékeket észlelünk, az UH-vizsgálatok mindkét oldali közepes, de nem progrediáló üregrendszeri tágulatot mutatnak. Pyuriája, bakteriuriája miatt intermittáló, váltott vizeletdezinficiálásban részesítjük.



1. ábra. I. v. urográfia: 5 évvel a műtét után



2. ábra. Natív rgt.-felvétel: a nagy kő a sigmaconduitban

Megbeszélés

A vizeletdeviációt követő, vesekőképződéshez vezető anyagcsere-elváltozások jól ismertek. Ileum- és colonconduit esetén hiperklorémiás – metabolikus – acidózis alakulhat ki (3). A terminális ileum felhasználása esetén ehhez az epesavak és egyes vitaminok felszívódási zavara is társul. Mindezek hiperkalciúriát, alkalikus vegyhatású vizeletet, fokozott oxalátfelszívódást eredményeznek, melyeknek következménye vesekőképződés lehet. Ha a metabolikus zavarokhoz krónikus pyelonephritis is társul, a kőképződés veszélye még nagyobb (4, 5). A conduitban képződött kövekről aránylag ritkán számolnak be a közlemények (6, 7, 8, 9). A kőképződés fő okaként a vizelet pangást említik, amely a stoma obstrukciójának vagy a túl hosszú ileumszegmentnek a következménye (8). A vizelet pangáshoz rendszerint infekció társul, mely ugyancsak elősegíti a kő képződését. Kő kialakulásához vezethet a conduit lumenébe kerülő, nem felszívódó varróanyaggal behelyezett öltés is (10). Ez a conduit proximális végének lezárásakor vagy a conduit promontoriumhoz fixálásakor, retroperitonizálásakor fordulhat elő, ha az öltést nem seromuscularisan helyezzük be. Ugyancsak leírták a kő képződését, ha a conduit proximális végét stapler segítségével zárták (6).

A conduitban lévő kő hasi fájdalmat, vizeletfolyási zavart és ezzel felső húgyúti pangást eredményezhet. Halverstadt és munkatársa az ileumconduit kő okozta nekrozisáról és perforációjáról számolt be (10).

Esetünkhöz hasonló szövödménnyel, a nagy kő okozta anuriával azonban az eddigi irodalomban nem találkoztunk. A kő képződésében és növekedésében a krónikus vizeletinfekció játszhatott szerepet. Az óriásira növekedett kő nemcsak felső húgyúti pangást eredményezett, hanem a conduitot teljesen kitöltve megakadályozta a vizelet kifolyását, postrenalis anuriát okozott.

A conduitköveket megkísérelhetjük endoszkóposan eltávolítani, de nagy követ – különösen a stoma sztenózisa esetén – csak nyílt műtéttel lehet kivenni, a stomát pedig rekonstruálni kell. Esetünkben, ép stoma mellett, rgt.-kontroll segítségével, kőfogóval egyszerűen sikerült a követ a conduitból kigördíteni, eltávolítani.

Ez az eset felhívja a figyelmet, hogy ileum- vagy colonconduit esetén jelentkező anuria okaként gondolni kell nagy conduitköre is.

Irodalom

- Williams, R. E.: Die Komplikationen des Harnconduit, In: Zingg & Tscholl: Die supravasikale Harnableitung. 1. Aufl. Huber Verlag, Bern – Stuttgart – Wien, 1977: 56–60.
- Zingg, E. J., B. Bornet, M. C. Bishop: Urinary diversion in the elderly patient. Eur. Urol. 1980; 6: 347–351.
- Koch, M. O., McDougal, W. S.: The pathophysiology of hyperchloremic metabolic acidosis after urinary diversion through intestinal segments. Surgery 1985; 98: 561–570.
- Dretler, S. P.: The pathogenesis of urinary tract calculi occurring after ileal conduit diversion: I. Clinical study. II. Conduit study. III. Prevention. J. Urol. 1973; 109: 204–209.
- Takeda, M., Katayama, Y., Takahashi, H., Tsutsui, Go, T., Tanikawa, T., Nishiyama, T., Komeyama, Sato, S.: Incidence of pouch stones and risk factors for urolithiasis in patients with continent urinary diversion or neobladder using intestine. Urol. Int. 1994; 52: 21–25.
- Brenner, M., Johnson, D. E.: Ileal conduit calculi from stapler anastomosis: a long-term complication? Urology 1985; 26: 537–540.

7. Haddad, F.S., Campbell, O. P.: Lithiasis in the ileal conduit and the continent urinary pouch: two cases and a review. *Urol. Int.* 1992; 49: 114–118.
8. Navani, S., B. Diznoff, W. Collins, D. Marchant: A giant calculus in an ileal conduit. *J. Urol.* 1970; 104: 269–270.
9. Pintér, A.B., Farkas, A., Schäfer, J.: Urinary diversion: 15 years' experience. *Pediatr. Surg. Int.* 1989; 4: 332–336.
10. Halverstadt, D. B., Fraley, E. E.: Perforation of ileal segment by calculi formed on non absorbable suture material: unusual complication of ileal conduit diversion. *J. Urol.* 1969; 102: 188–190.

Magyar Urológia VII. évfolyam 3. szám (1995)

Veszprém megyei Csolnoky Ferenc Kórház-Rendőintézet
Urológiai-sebészeti Osztály
(osztályvezető főorvos: Lukács Tibor dr.)

Ureterkő okozta spontán ureterruptura

Gécs Sándor dr., Lukács Tibor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők olyan esetről számolnak be, ahol bal oldali proximalis ureterkő spontán ureterrupturát idézett elő. A kórkép ritkán fordul elő. Sebészeti kezelése magában foglalhatja az urinoma drenálását, nephrostoma behelyezését, és végső esetben nephrectomia is szükségessé válhat. A szerzők esetében ureterstent felhelyezésével a beteg gyógyulását érték el.

SPONTANEOUS RUPTURE OF URETER CAUSED BY URETERAL STONE

SUMMARY: A case of spontaneous rupture of the proximal ureter with ureteric stone is described. Spontaneous ureteral rupture is rare. The surgical management includes drainage of the urinoma, nephrostomy drainage and nephrectomy if necessary. In this case ureteral stent was placed, which was an effective treatment.

KEY WORDS: spontaneous rupture, ureteral stones

Bevezetés

Az ureter spontán rupturájáról Albarran számolt be elsőként 1895-ben (1). 1952-ben Orkin összegezte világirodalmi adatok alapján az addigi 27 eset tapasztalatát (2). 1989-ig még 32 esetet ismertettek (3, 4, 5, 6, 7).

Esetismertetés:

K. I. 59 éves férfibeteg 1994. 06. 10-én került osztályunkra. Felvétele előtt 2 nappal kezdődött bal oldali deréktáji, alhasba sugárzó fájdalma és hányingere, véres vizelete, láza nem volt. Statusából b. o. deréktáji és alhasi érzékenység emelendő ki. Felvételnél a beteg testhőmérséklete 37,5 °C, fehérvérsejtszáma 12,7 × G/l, vizeletüledékében 2-3 fvs. és 2-3 vvt. volt.

UH vizsgálat során b. o.-on mérsékeltén tágult veseüreghrendszer és proximalis uretertágulatot észleltünk, látható volt az ureterben elhelyezkedő kb. 6 mm-es kő is. Az intravénás urografián a L. III. csigolya harántnyúlványa magasságában b. o.-on 6 mm-es pozitív kőárnyék volt megfigyelhető az ureterben. Fölötte mérsékelt pangást és az ureter körül a retroperitoneumban tenyérszerű kontrasztanyag extravasátumot észleltünk (1. ábra). Tekintettel a talált elváltozásra, ureterstentet helyeztünk fel (2. ábra). A beteg panaszmentessé és láztalanná vált. Antibiotikum-profilaxist alkalmaztunk. A 3. napon stentje lecsúszott, percutan nephrostomát kívántunk elvégezni, azonban az előtte felhelyezett ureterkatéterrel a követ a bal vese alsó kelyhébe sike-