

Περινεφρικό ουρίνωμα και σκωληκοειδίτιδα Το πρόβλημα της διπλής παθολογίας

Κ. Βαγιανός,¹ Ε. Φωκαεύς,²
Θ. Πέτσας,³ Δ. Λυμπεροπούλου,¹
Κ. Βαγενάς¹

¹Χειρουργική Κλινική

²Ουρολογική Κλινική

³Ακτινολογικό Εργαστήριο, Περιφερειακό Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Perinephric urinoma and appendicitis.
The problem of double pathology

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου: Διπλή παθολογία, Περινεφρικό ουρίνωμα, Σκωληκοειδίτιδα

Το ουρίνωμα αποτελεί σπάνια επιπλοκή της διάτασης του πυελοκαλυκτικού συστήματος από απόφραξη του ουροποιητικού, λιθιασικής ή άλλης αιτιολογίας.^{1,2}

Η ταυτόχρονη ανάπτυξη οξείας σκωληκοειδίτιδας και επιπλοκών λόγω απόφραξης του ουρητήρα με δημιουργία περινεφρικού ουρινώματος, όπως στην περίπτωση που παρουσιάζεται, αποτελεί μια πολύ σπάνια αλλά ταυτόχρονα και επικίνδυνη κατάσταση.

Όπως σε κάθε περίπτωση ταυτόχρονης ύπαρξης διπλής παθολογίας, τα συμπτώματα και κλινικά σημεία-ευρήματα μπορεί να αποδοθούν στη μία μόνο παθολογική διαταραχή, ενώ η άλλη μπορεί εύκολα να παραβλεφθεί, να μην αντιμετωπιστεί και να προκληθεί έτσι σημαντική νοσηρότητα.

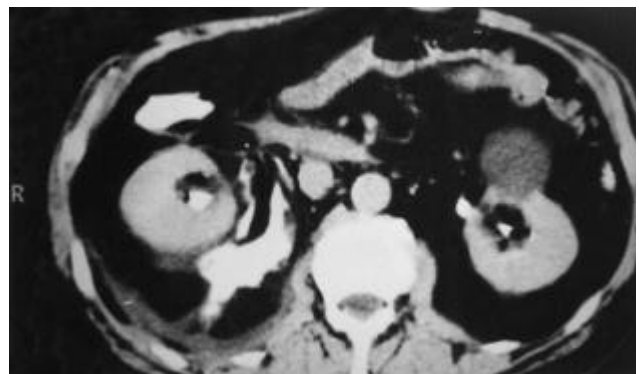
Παρουσιάζεται η περίπτωση μιας διπλής τέτοιας παθολογίας και τα προβλήματα που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Άνδρας ηλικίας 75 ετών εισήχθη εκτάκτως για άλγος στη δεξιά κάτω κοιλία, υψηλό πυρετό (39 °C) και λευκοκυττάρωση με αριστερή στροφή του τύπου. Στο ιστορικό του αναφερόταν άλγος στη δεξιά κοιλία και χαμηλή πυρετική κίνηση τον τελευταίο, πριν από την εισαγωγή, μήνα, καθώς και νεφρολιθίαση δεξιά. Την τελευταία, πριν από την εισαγωγή, εβδομάδα ελάμβανε ciprofloxacin από το στόμα. Στη φυσική εξέταση βρέθηκε επώδυνη μάζα στη δεξιά κάτω κοιλία. Ο εργαστηριακός έλεγχος αποκάλυψε μικροσκοπική αιματουρία, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος [υπερηχοτομογραφία (U/S) και αξονική τομογραφία (CT)] επιβεβαίωσε την ύπαρξη μάζας στην περιοχή του τυφλού με επινέμηση στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο του κοιλιακού τοιχώματος.

Με την προεγχειρητική διάγνωση του σκωληκοειδικού αποστήματος ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου έλαβε χώρα εκτομή της έντονα φλεγμαίνουσας σκωληκοειδούς απόφυσης και παροχέτευση του τοιχωματικού αποστήματος, που οφειλόταν στη ρήξη της σκωληκοειδούς. Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή και ο ασθενής εξήλθε από το Νοσοκομείο την 7η μετεγχειρητική ημέρα, αφού προηγουμένως έγινε διακοπή της χορήγησης συνδυασμού αντιβιοτικών (metronidazole και cefamandole), την 5η μετεγχειρητική ημέρα, και αφαίρεση των παροχετεύσεων.

Δύο ημέρες μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο, ο ασθενής επανεισήχθη με άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, υψηλό πυρετό



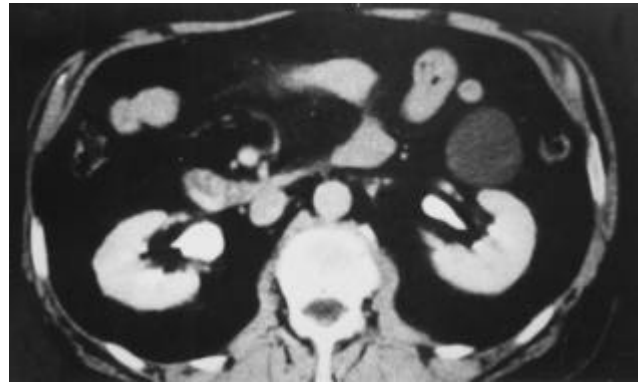
Εικόνα 1. Αξονική τομογραφία κοιλίας, που δείχνει τη ρήξη της πυέλου του δεξιού νεφρού και τη δημιουργία του περινεφρικού ουρινώματος.



Εικόνα 2. Αυτοσυγκρατούμενος καθετήρας (pig-tail), τοποθετημένος στο δεξιό ουρητήρα μέχρι τη σύστοιχη νεφρική πύελο.

(39 °C) και λευκοκυτάρωση (17.000/μL). Το U/S και η CT κοιλίας (με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού υλικού) διαπίστωσαν μεν την απουσία συλλογής στη θέση της προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης, ανέδειξαν όμως ένα μεγάλο οπισθοπεριτοναϊκό ουρίνωμα δεξιά (εικ. 1). Ο κυστεοσκοπικός έλεγχος κατέδειξε την παρουσία μικρών λίθων στο δεξιό ουρητηρικό στόμιο, που αφαιρέθηκαν με τη βοήθεια ενός dormia-basket καθετήρα. Στη συνέχεια, τοποθετήθηκε ουρητηρικός αυτοσυγκρατούμενος καθετήρας τύπου pig-tail, για να διευκολυνθεί η ροή των ούρων στην κύστη (εικ. 2), ενώ χορηγήθηκε ενδοφλεβίως συνδυασμός αντιβιοτικών (piperacillin και tazobactam).

Η κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε γρήγορα (μέσα σε 24 ώρες), με υποχώρηση του πυρετού και του άλγους, ενώ ο αριθμός των λευκοκυτάρων επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα. Την 4η ημέρα ο ασθενής εξήλθε από το Νοσοκομείο, με οδηγίες συνέχισης της αντιβίωσης από το στόμα (μιας κεφαλοσπορίνης) για 3 εβδομάδες. Τριάντα ημέρες μετά την έξοδο του ασθενούς



Εικόνα 3. Αξονική τομογραφία κοιλίας 3 ημέρες αργότερα, που δείχνει την πλήρη υποχώρηση του ουρινώματος.

από το Νοσοκομείο, ο αυτοσυγκρατούμενος pig-tail καθετήρας αφαιρέθηκε και η αντιβίωση διακόπηκε, αφού προηγουμένως η CT έδειξε πλήρη υποχώρηση του ουρινώματος (εικ. 3).

ΣΧΟΛΙΟ

Στην παρούσα περίπτωση, το αίτιο της ανάπτυξης ουρινώματος ήταν η απόφραξη του ουρητήρα από λίθους.

Άλλα αίτια που οδηγούν στη δημιουργία ουρινώματος είναι το τραύμα, η εγκυμοσύνη, το πνευλικό απόστημα, η εξωσωματική λιθοτριψία με κρουστικά κύματα (shock wave), η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση και η κακοήθεια.³⁻⁸

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του περινεφρικού ουρινώματος περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενός νάρθηκα (s-tent) στον ουρητήρα ή τη νεφροστομία, για την ευχερή παροχέτευση των ούρων από το νεφρό, και ενδεχομένως την ταυτόχρονη διαδερμική παροχέτευση του ουρινώματος.^{9,10} Απαραίτητη είναι η χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος. Η παρακολούθηση του ασθενούς γίνεται καλύτερα με CT κοιλίας.

Η πιο πάνω περίπτωση αναφέρεται όχι τόσο για την παρουσίαση του περινεφρικού ουρινώματος, όσο κυρίως για τη σπανιότητα της ταυτόχρονης ύπαρξης δεύτερης παθολογίας στον ίδιο ασθενή. Αν αυτή η διπλή παθολογική οντότητα δεν διαγνωστεί και θεραπευθεί έγκαιρα, είναι δυνατό να οδηγήσει σε σημαντικές επιπλοκές.

Είναι γνωστό ότι μπορεί να υπάρξει διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα κωλικού δεξιού νεφρού και οξείας σκωληκοειδίτιδας.¹¹ Στην παρούσα περίπτωση και λόγω του ιστορικού νεφρολιθίας, η πριν από την εισαγωγή συμπτωματολογία αποδόθηκε σε κωλικό του δεξιού νεφρού, για τον οποίο ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με αντιφλεγμονώδη σκευάσματα και αντιβίωση. Αυτή η καθυστέρηση οδήγησε στη ρήξη της σκωληκο-

ειδούς, στη φλεγμονή της οποίας ουσιαστικά οφείλονταν τα συμπτώματα. Όταν, τριάντα ημέρες αργότερα, ο ασθενής χειρουργήθηκε, τα ευρήματα ήταν τόσο τυπικά φλεγμονής της σκωληκοειδούς απόφυσης, ώστε δεν υπήρξε καμία αμφιβολία για την αιτιολογία της νόσου. Ο αποφραγμένος ουρητήρας και οι αυξημένες πιέσεις στο πυελοκαλυκτικό σύστημα οδήγησαν τελικά σε ρήξη των νεφρικών καλύκων και στο σχηματισμό ενός περινεφρικού επιμολυσμένου ουρινώματος, η διάγνωση του οποίου τέθηκε με τη CT κοιλίας. Η ανεύρεση, κατά την κυστεοσκόπηση, λίθων ως αίτιου της απόφραξης του ουρητήρα ήταν ανακουφιστική για το χειρουργό, καθώς αποκλείστηκε έτσι η πιθανότητα κάκωσης του ουρητήρα κατά την εργώδη σκωληκοειδεκτομή που είχε προηγηθεί.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συμπτωματολογία του ασθενούς (πυρετός, άλγος δεξιάς κοιλίας, λευκοκυττάρωση) και οι δυσκολίες κλινικής εκτίμησης στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο θα μπορούσαν να επικεντρώσουν τη διαγνωστική σκέψη σε επιπλοκές από την πρόσφατη χειρουργική επέμβαση.

Η έγκαιρη διάγνωση του ουρινώματος και η άμεση αντιμετώπισή του με τοποθέτηση ουρητηρικού καθετήρα και χορήγηση αντιβιοτικών ήταν θεραπευτικά επαρκής, ενώ η καθυστέρηση στη διάγνωση θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάπτυξη οπισθοπεριτοναϊκού αποστήματος.

Η ύπαρξη διπλής παθολογίας, παρά το ότι αποτελεί σπάνια κατάσταση, πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαγνωστική σκέψη του θεράποντα ιατρού. Αν και τα πλέον πιθανά αίτια θα πρέπει να διερευνώνται και να αντιμετωπίζονται πρώτα, η πιθανότητα ύπαρξης διπλής παθολογίας δεν θα πρέπει να αποκλείεται.

ABSTRACT

Perinephric urinoma and appendicitis. The problem of double pathology

C. VAGIANOS,¹ E. FOKAEFS,² T. PETSAS,³
D. LYMBEROPOULOU,¹ C. VAGENAS¹

¹Department of Surgery, ²Department of Urology,
³Department of Radiology,

University of Patras, Medical School, Patras, Greece
Archives of Hellenic Medicine 2000, 17(4):399-401

An unusual case is reported of a male patient operated on for an appendiceal abscess, which developed during the course of an episode of right-sided renal colic. Following appendectomy and drainage of the abscess, the patient developed in the postoperative period a right perinephric urinoma resulting from renal distention and rupture, due to an impacted ureteric stone. Placement of an intraureteric stent and treatment with antibiotics resulted in a cure. The problem of the double pathology and its consequences is discussed.

Key words: Appendicitis, Double pathology, Perinephric urinoma

Βιβλιογραφία

1. LEUTHASDIT R, BERNHARDT E, GASSERT, KUMMER M. Spontaneous perforation of the ureter: a rare complication of urolithiasis. *Eur J Pediatr Surg* 1994, 4:205-206
2. URBAIN D, VANDERAUWERA J, DEWIT S, VANDENDRIS M. Perirenal urinoma secondary to prostatic obstruction. *J Urol* 1985, 134:967-968
3. ALKIBAYT, KARAOGLAN U, GUNDOGDU S, BOZKIRLI I. An unusual complication of extracorporeal shock wave lithotripsy: urinoma due to rupture of the renal pelvis. *Int Urol Nephrol* 1992, 24:11-14
4. DIMOPOULOS PA, YARMENITIS SD, STAVROPOULOS G. Spontaneous urinoma complicating pelvic abscess (Letter). *Am J Roentgenol* 1988, 151:409-410
5. HAMOUD K, KANETI J, SMAILOWITZ Z, KROLL D, BARKI Y. Spontaneous perinephric urinoma in pregnancy. *Int Urol Nephrol* 1994, 26: 643-646
6. KOCHAKARN W, RATANA-OLARN K. Urinoma, a case report with unusual presentation. *J Med Assoc Thai* 1992, 75:719-721
7. SALCEDO JR. Urinothorax: report of 4 cases and review of the literature. *J Urol* 1986, 135:805-808
8. AIZENSTEIN RI, OWENS C, SABNIS S, WILBUR AC, HIBBELN JF, O'NEIL HK. The perinephric space and renal fascia: review of normal anatomy, pathology, and pathways of disease spread. *Crit Rev Diagn Imaging* 1997, 38:325-367
9. GOEL MC, RAMANATHAN R, BANERJEE G, AHLAWAT R, KAPOOR R. Spontaneous perforation of the ureter: endourological management with renal preservation. *Urol Int* 1996, 57:122-125
10. LANG EK, GLORIOSOS L. Management of urinomas by percutaneous drainage procedures. *Radiol Clin North Am* 1986, 24:551-559
11. PAAJANEN H, TAINIO H, LAATO M. A chance of misdiagnosis between acute appendicitis and renal colic. *Scand J Urol Nephrol* 1996, 30:363-366

Corresponding author:

C. Vagianos, Department of Surgery, Medical School, University of Patras, GR-265 00 Rion, Patras, Greece