

BESERING VAN 'N HIDRONEFROTIESE NIER

J. E. ROOS SCHOLTZ, M.B., CH.B. (PRETORIA), F.R.C.S. (EDIN.)

Kliniese Assistent, Departement van Chirurgie, Algemene Hospitaal, Pretoria

Besering van 'n patologiese nier kom nie veel in die praktyk voor nie, en word selde in die literatuur aangetref. Daar is min leerboeke van chirurgie en patologie wat daarvan melding maak.

Gevalbeskrywing

J.S., 'n naturelleman, 26 jaar oud, is op 10 September 1957 opgeneem met 'n matig-pynlike geswel in die buik. Sy geskiedenis was dat hy op 14 Augustus aan die linkerkant van sy buik geskop is. 'n Geswel het onmiddellik daarna ontstaan en dit was omtrent

5 dae lank pynlik. Daarna het die pyn bedaar hoewel die geswel voortbestaan het. Op 5 September het hy hom by die buite-pasiënte-afdeling aangemeld; sy enigste klagte was die geswel in die buik. Hy het nooit naar gevoel nie, en het ook nie gebrak nie. Sy ontlasting was gereeld, en sy urinêre funksies is nooit vóór of ná die besering aangetas nie.

By ondersoek het ons 'n goedgevoede naturelleman gevind. Hart- en longondersoek het geen afwykings getoon nie. Die bloeddruk was 115/85 mm. Hg en die pols 70 slae per minuut en reëlmatig. Ondersoek van die buik het 'n groot geswel getoon wat vanuit die linkerlende en die linkerribrand, tot oor die middel-

lyn van die buik, gestrek het. Die geswel het kisteus en gespanne aangevoel, en was goed omskrewel behalwe waar dit onder die ribbrand verdwyn het. Dit was nie gelobuleerd nie; die geswel was oral dof by beklopping, en die dofheid was nie aaneenlopend met die lewerdofheid nie. Dit was nie beweeglik nie. Die lewer en milt was nie vergroot nie, en rektale ondersoek het geen afwyking opgelewer nie. Die uriene was by roetiene-ondersoek normaal. Die diagnose van 'n traumatiese pankreaskiste is gemaak. 'n Bariummaal het getoon dat die maag na vorentoe en na regs verplaas was, soos gevind word met 'n pankreaskiste.

By operasie (19 September) deur 'n linker paramediane snit, is 'n groot retroperitoneale geswel gevind. Aspirasie van die geswel het donkerbruin vog gelever wat soos veranderde bloed voorgekom het. Die geswel het vanuit die linkerlende gebult, en die maag en kolon was na voor en regs gedruk. Daar was geen verbinding tussen die geswel en die pankreas nie. Die afdalende kolon is gemobiliseer, en die geswel is van die mesenterium van die kolon losgedissekteer. Dit het geblyk dat die kiste nie van die linkernier onderskei kon word nie, en derhalwe is die kiste in sy geheel en saam met die linkernier verwyder. Die regternier het normaal gevoel.

Die monster (Afb. 1) bestaan uit 'n dikwandige hidronefrotiese



Afb. 1. Hidronefrotiese linkernierbekken met skeur in wand.

sak met 'n dun skil van nierweefsel oor die laterale oppervlakte uitgestrek. Die hidronefrotiese sak het 'n wigvormige skeur in sy inferolaterale deel gehad, en die skeur het in 'n geweldige groot kiste geopen. Die kiste het uit digte bindweefsel bestaan van die omliggende weefsel afkomstig. Die ureter was volledig afgesluit.

Histologies was die sakwand fibroties en xanthomateus as gevolg van 'n ontstekingsreaksie, en die nierweefsel het uit enkele uitgesette nierbuise bestaan. 'n Retrograde piëlogram, 2 weke na die operasie, het 'n normale regternierkelkstelsel aangetoon. 'n Maand na die operasie is die pasiënt in die buite-pasiënte-afdeling ondersoek, en dit is gevind dat hy volkome herstel het.

BESPREKING

Dit is welbekend dat 'n besering van die buik met 'n stomp voorwerp tot 'n buikgeswel aanleiding kan gee. Die mees algemene geswelle wat ontstaan is 'n pseudokiste van die pankreas, of 'n mesenteriale hematoom. Dit gebeur soms dat na besering 'n bloeding binne 'n normale nierbekken—die sogenaamde 'haematonefrose'—tot hidronefrose aanleiding kan gee,¹ maar dit is moeilik om te besluit of die intraluminaal

bloeding die oorsaak van die hidronefrotiese toestand is en of dit dié toestand gekompliseer het.

Die geweld nodig om 'n aangetaste nier—veral hidronefrose—te beseer, is gewoonlik van gringer aard as dié wat nodig is om 'n normale nier te beseer, en die besering kan ruptuur van die hidronefrotiese sak, of bloeding, veroorsaak. Die sak kan bars met uitstorting van die inhoud in die omliggende weefsels, en onderhewig aan die ligging van die skeur, kan dit intra- of ekstraperitoneaal geskied. In die eersgenoemde geval kan die sakinhoud (uriene, etter of bloed) 'n peritoneale prikkeling verwek en die klassieke beeld van peritonitis en skok soos by ruptuur van 'n buikorgaan word ook hier teëgekome. Wanneer ekstraperitoneale ruptuur voorkom, (in omtrent 75% van gevalle volgens Bailey²) is die beeld nie so uitgesproke nie. Verspreiding van die vog kan 'n retroperitoneale cellulitis verwek soortgelyk aan die toestand gevind by ekstraperitoneale skeur van die blaas. Skok mag voorkom, maar dit is waarskynlik van gringer aard, en 'n toksemiese beeld sal hier heers.

As bloeding na besering van hidronefrose voorkom, kan dit deur die wand beperk word en intraluminaal bly, of dit kan 'n ruptuur kompliseer met toename in die vog wat uitgestort word. 'n Massiewe bloeding sal dus 'n buikgeswel kan veroorsaak as dit beperk bly tot die retroperitoneale ruimte.

Baretz³ beskryf 'n komplikasie van besering van hidronefrose wat hy 'n 'renale hidrocele' noem—die sakinhoud versprei oor die nieroppervlakte deur 'n skeur deur die nierweefsel, of deur die bekkenwand naby die hilus. Die verspreiding word deur die nierkapsel-aanhegting beperk.

Spontane ruptuur van 'n hidronefrose is in die literatuur beskryf deur Reid en Menzies,⁴ en Illingworth en Dick.⁵ Waarskynlik vind spontane ruptuur as gevolg van geringe aanhoudende trauma plaas.

As gevolg van 'n skop in die linkerlende, het ons pasiënt 'n skeur deur die wand van 'n voorafgaande simtroomlose hidronefrose ontwikkel, en 'n massiewe bloeding daarvandaan het 'n hematoom in die naasliggende weefsels gevorm. Met die verloop van tyd het dit 'n dik fibreuse omhulsel gevorm deur die organisasie van die stolsel, en die kiste wat op dié wyse ontstaan het, het 'n verbinding met die hidronefrotiese sak gehad. Weens die ligging van die kiste, en die feit dat dit dwars oor die buik gelê het, is hierdie toestand klinies as 'n traumatiese pankreaskiste gediagnoseer. By operasie het die verwarring bly bestaan omdat die geaspireerde vog die kenmerke van vog afkomstig van 'n pseudopankreaskiste gehad het.

Ons wil dit hier stel dat die meganisme van die ontstaan van die toestand wat ons teëgekome het, dieselfde is as die meganisme van die ontwikkeling van 'n vals kiste van die pankreas—dat daar 'n hematoom in die retroperitoneale weefsels voorkom wat mettertyd 'n dik fibreuse wand daarom ontwikkel. Die kiste wat op dié wyse gevorm word bevat dus veranderde bloedelemente wat kenmerkend is van hierdie toestand.

OPSOMMING

1. Ruptuur van 'n hidronefrose, soos dit in die literatuur verskyn, en die differensiële diagnose van hidronefrose—veral as 'n geswel na besering verskyn, is bespreek.

2. 'n Geval is beskryf waar 'n simtroomlose hidronefrose met ontsteking aan 'n besering onderhewig was, met skeuring

deur die wand en retroperitoneale verspreiding van die kisteholte.

SUMMARY

1. Rupture of a hydronephrotic sac is discussed as it occurs in the literature, and the differential diagnosis of hydronephrosis is mentioned—especially when a mass appears after a traumatic incident.

2. A case is described in which a symptomless inflammatory

hydronephrosis is subjected to an injury. A tear occurred through the thickness of the wall and haemorrhage within the sac caused a retroperitoneal spread of the cyst cavity.

VERWYSINGS

1. Aird, I. (1957): *Companion in Surgical Studies*, 2e druk, p. 1081. Edinburgh en Londen: Livingstone.
2. Bailey, H. (1953): *Emergency Surgery*, 6e druk, p. 473. Bristol en Londen: Wright.
3. Baretz, L. H. (1944): *J. Urol.*, 52, 184.
4. Reid, R. en Menzies, W. C. (1944): *Brit. J. Surg.*, 32, 491.
5. Illingworth, C. F. W. en Dick, B. M. (1956): *Surgical Pathology*, 7e druk, p. 620. Londen: Churchill.