



NIỆU QUẢN CỤT, LẠC CHỖ KÈM BẮT SẢN THÂN CÙNG BÊN

BS. VÕ THỊ THANH THẢO

KHOA SIÊU ÂM- MEDIC . HCM



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến:
<http://medichh.nthsoft.vn>
Hoặc app: Medic Hoa Hao



Quý code kết quả chữa bệnh ân của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.



PHIẾU KHÁM BỆNH

KHOA NHI - PHÒNG: 1

Họ tên: _____ Năm sinh: **2009 - Nam**
Địa chỉ: **Tp Hcm** ĐT: _____
Nghề nghiệp: _____ Số thẻ BHYT: _____

Huyết áp - Mạch: **115/63 - 72 (13:58)** Cao: **172** cm; Nặng: **67** kg; Nhiệt độ: **37°C**

Lý do đi khám: Đau bụng

Lâm sàng: Đau bụng quanh rốn, không ói, không ợ hơi, ợ chua

Không bón, tiêu chảy

Tim đều rõ, Phổi trong không ran

Bụng mềm, không điểm đau khu trú

CHỈ ĐỊNH:

1. SIÊU ÂM (1): SA Bụng Tổng Quát Màu

2. KHÁM BỆNH (1): Khám CK Nhi

CHỈ ĐỊNH BỔ SUNG:

.....
.....
.....

Ngày 18 tháng 03 năm 2023 - 14:20

Bác sĩ

ĐD. ĐẶNG THỊ HUỆ

BS. CKI. TRẦN TẤN HUNG

- Bn nam, 14 tuổi, TP. HCM
- Khám ngày: 18/03/2023
- LDDK: Đau bụng quanh rốn khoảng 3 ngày, không kèm: ói, ợ chua, ợ hơi, tiêu chảy, bón, không sốt.
- TIỀN CĂN: chưa ghi nhận bất thường.



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593 - 1900 6497
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (028) 3927 0284 (Ext:134) - Fax: (028) 3927 1224
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com / www.medic-lab.com.vn



S.T.T.: 991

Ngày giờ đăng ký: 15:48:54 18/03/2023

Ngày giờ lấy mẫu:

Ngày giờ nhận mẫu: 15:52:00 18/03/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: 2009
Số CCCD/Hộ chiếu:

Phái: **Nam**
Quốc tịch:
ĐT:

Địa chỉ: TP HCM

Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: BS yêu cầu: THS BS. NGUYỄN MINH THIẾN

Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM KẾT QUẢ KHOẢNG THAM CHIẾU MÃ QT

**I. VI SINH/NUỐC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH -
MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS**

URINARY ANALYSIS: * QTVS044

1)Chemistry (Sinh Hóa) :

Glucose	NEG	(mmol/L)
Bilirubin	NEG	(μ mol/L)
Ketone	NEG	(mmol/L)
Spe-Gravity	1.016	(1.005-1.030)
Blood	NEG	(Negative)
pH	6.5	(4.6-8.0)
Protein	NEG	(g/L)
Urobilinogen	NEG	(μ mol/L)
Nitrite	NEG	(Negative)
Leucocytes	NEG	(Negative)
Color	Yellow	
Clarity	Clear	

2)Urine Sediment (Cặn Lắng):

Red Blood Cells	0	(0 - 15)
Leucocytes	0	(0 - 15)
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)
Uric acid	0	(0 - 6)
Casts	0	(0 - 6)
Epithelial Cells	0	(0 - 10)
Bacteria	0	(0 - 130)

Số trang: 1/2

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác..

Lấy máu tại nhà:

0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:

- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

- Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
- Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm
- (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (***) KQ báo động
- KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

H: High - L: Low



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593 - 1900 6497
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (028) 3927 0284 (Ext:134) - Fax: (028) 3927 1224
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com / www.medic-lab.com.vn



S.T.T.: 991

Ngày giờ đăng ký: 15:48:54 18/03/2023

Ngày giờ lấy mẫu:

Ngày giờ nhận mẫu: 15:52:00 18/03/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: 2009
Số CCCD/Hộ chiếu:

Phái: **Nam**
Quốc tịch:
ĐT:

Địa chỉ: TP HCM

Đơn vị: **Medic**
Nơi lấy mẫu: BS yêu cầu: THS BS. NGUYỄN MINH THIẾN

Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM KẾT QUẢ KHOẢNG THAM CHIẾU MÃ QT

II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	1.15	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	.	(\geq 90 mL/min/1.73 m ²)	

Thời gian duyệt: 17:25:47 18/03/2023
Người duyệt: CN. Nguyễn Thị Tường Vi

In lần 1: 17:25:49 18/03/2023
Trưởng khoa xét nghiệm

Toàn
ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

Số trang: 2/2

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân
Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác..

Lấy máu tại nhà:

0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:

- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

- Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
- Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm
- (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (***) KQ báo động
- KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

H: High - L: Low



MEDIC



CÔNG TY TNHH Y TẾ HOA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CILIÁN ĐOÀN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến :
<http://medic.h.nhssoft.vn>
Hoặc app: Medic Hoa Hao



Qr code kết quả chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

KẾT QUẢ X QUANG

Họ và tên :
Tuổi : **14** Giới : **Nam** Số KTC : **1**
Địa chỉ :
BS chỉ định : **yc**

Số TT : **783**
Ngày ĐK : 18/03/2023
Giờ ĐK : 02:26 PM KQ : 02:32 PM

Lý do khám :

XQ Tim Phổi Thẳng [Film] (Chest Film)

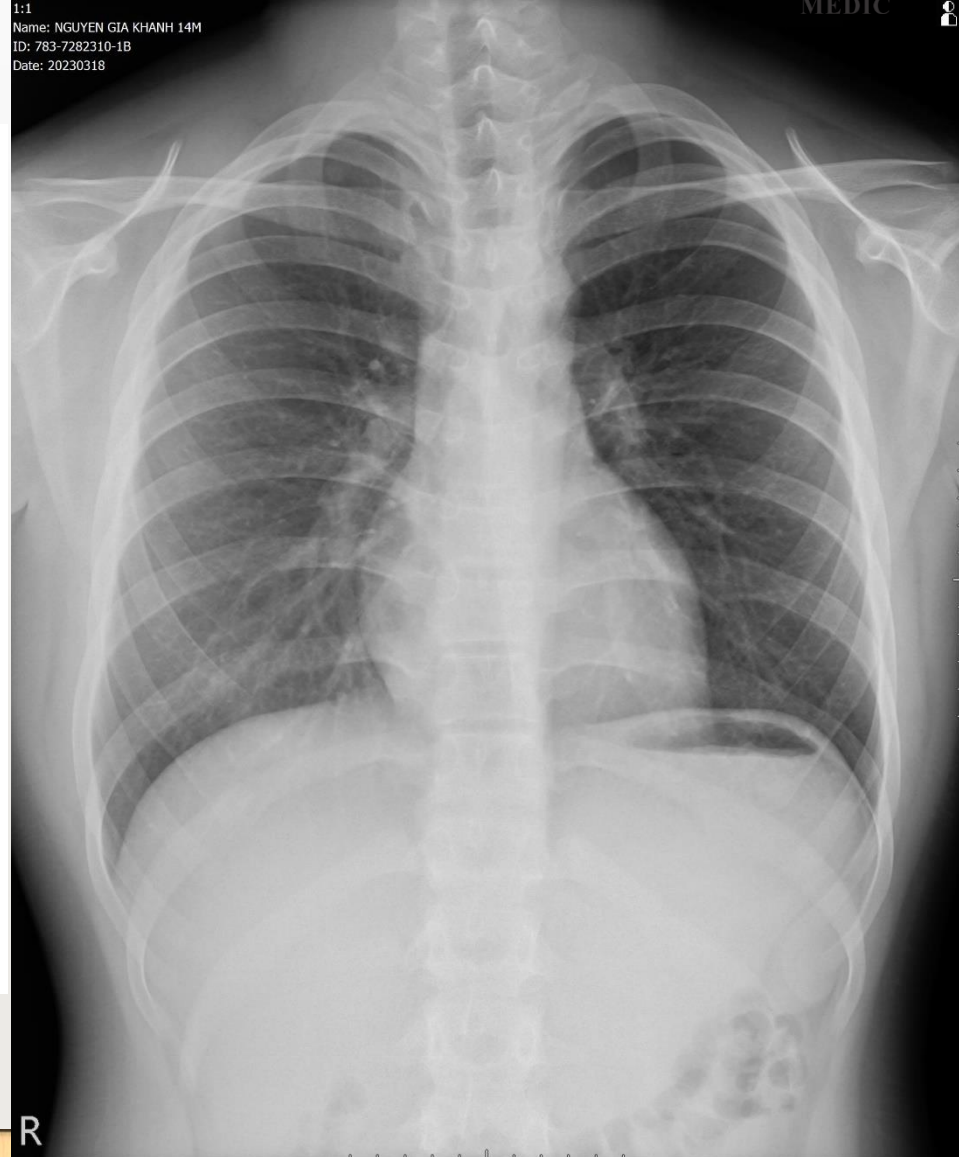
Thành Ngực	: Không có ảnh bất thường
Màng Phổi	: Không có ảnh bất thường
Trung Thất	: Không có ảnh bất thường
Tim	: Không có ảnh bất thường
Động Mạch Chủ	: Không có ảnh bất thường
Huyết Phế Quản	: Không có ảnh bất thường
Phổi	: Không có ảnh bất thường
Cơ hoành	: Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : **Không phát hiện bệnh lý trên phim XQ ngực (Normal chest film)**

Đề nghị :

Ngày 18 tháng 03 năm 2023
Bác sĩ X Quang

Bs. Nguyễn Văn Công

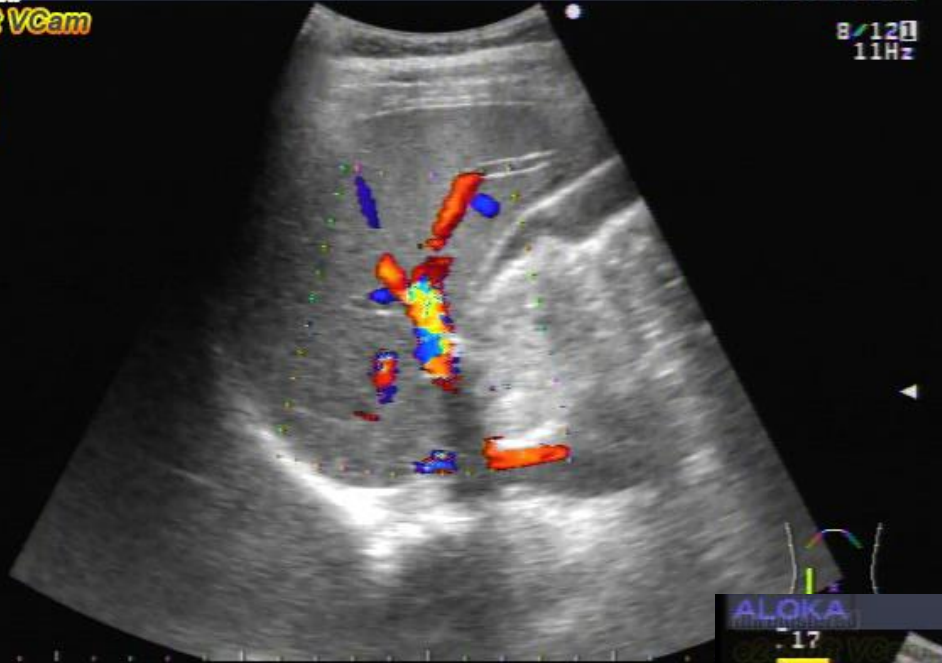


unregistered
e2eSoft VCam

No ID
23/03/18
:0 14:33:33
8/12
11Hz



17
F13



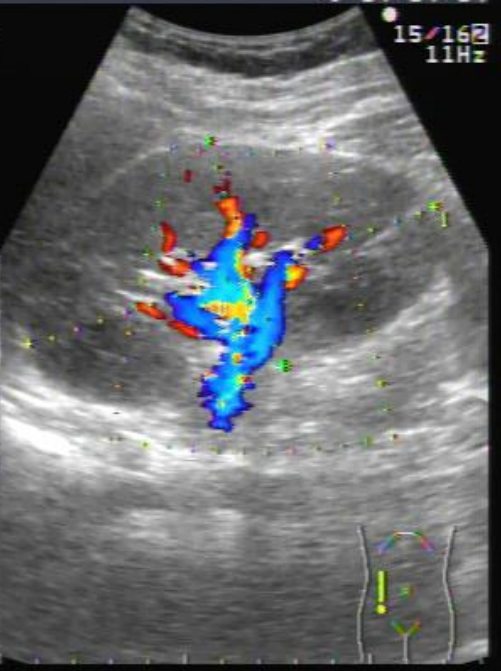
2.5 R17 G80 C8

1: Abdomen

ALOKA

No ID
23/03/18
:0 14:34:34
4/50
11Hz
15/16
11Hz

17
F13



1Dist: 11.5cm
CDist: 6.1cm

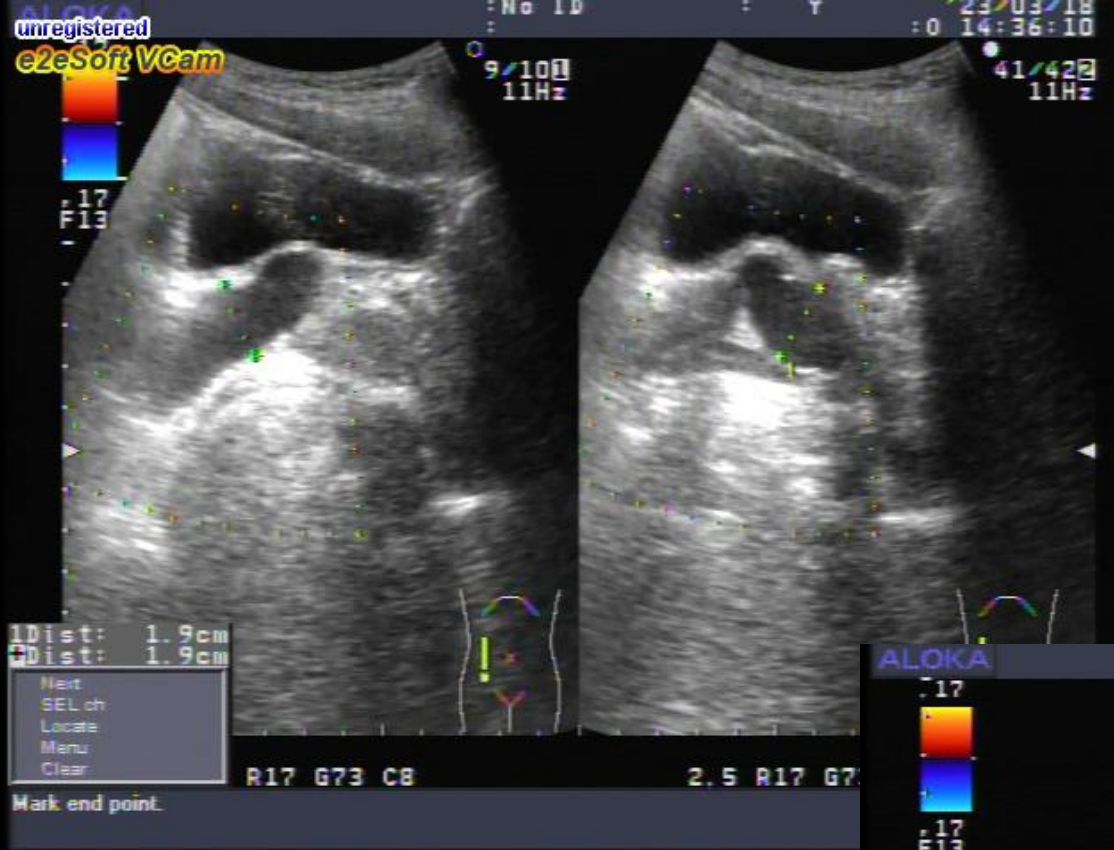
- Next
- SEL ch
- Locate
- Menu
- Clear

R17 G82 C8

2.5 R17 G77 C8

Mark end point.

DVA: 70%





Qr code kết quả chữa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

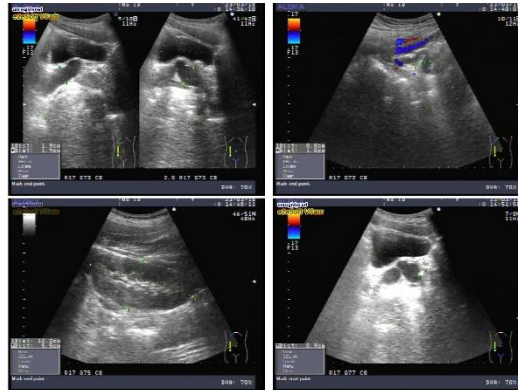
Khoa : **SIÊU ÂM TỔNG QUÁT** - Phòng 4
Máy: **ALOKA -ProSound α5sv**
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID : Ngày ĐK: 18/03/2023 14:29
Họ và tên : 14 tuổi Nam
Địa chỉ :
Lâm sàng : ĐAU BỤNG
BS chỉ định : BS. CKI. TRẦN TẤN HUNG BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không thấy tại hố thận. THẬN T: to kt # 122x55mm không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- Vùng chậu không u.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.

** Sau bó mạch chậu P có cấu trúc dạng ống dẫn ngoài ngoài đk # 8->10->19mm , lòng echo kém . Cấu trúc này cắm vào niệu đạo . Vùng niệu đạo cạnh chỗ cắm của niệu quản có nốt vôi # 9mm



KẾT LUẬN: TD NIỆU QUẢN PHẢI CẮM LẠC CHỖ VÀO NIỆU ĐẠO (LÒNG HỒI ÂM KÉM) + NỐT VÔI NIỆU ĐẠO / KHÔNG THẤY THẬN PHẢI - THẬN TRÁI TO BÙ TRỪ

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/03/2023 15:15
(Bác sĩ đã ký)

Bs. Võ Thị Thanh Thảo

NGUYEN GIA KHANH
7282310
Age:14 years
M
18 Mar 2023
16:59:11

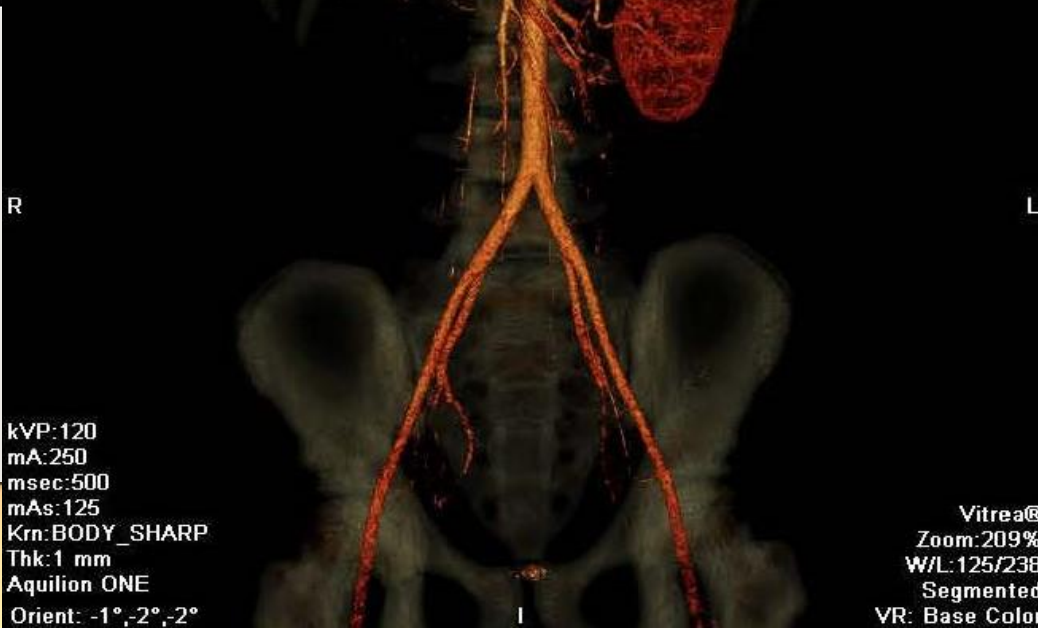
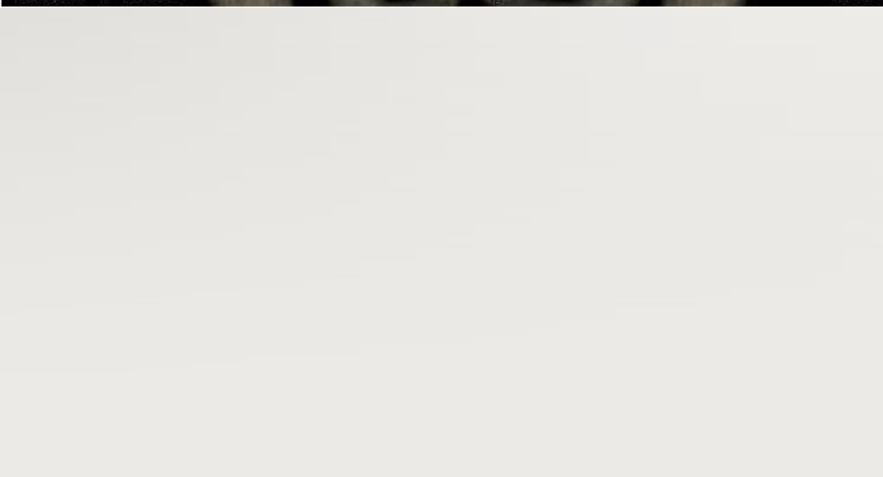
PK DK HOA HAO - MEDIC
CT
AICE 1.0 CE



kVP:100
mA:200
msec:500
mAs:100
Krn:BODY_SHARP
Thk:1 mm
Aquilion ONE
Orient: -4°,12°,-1°

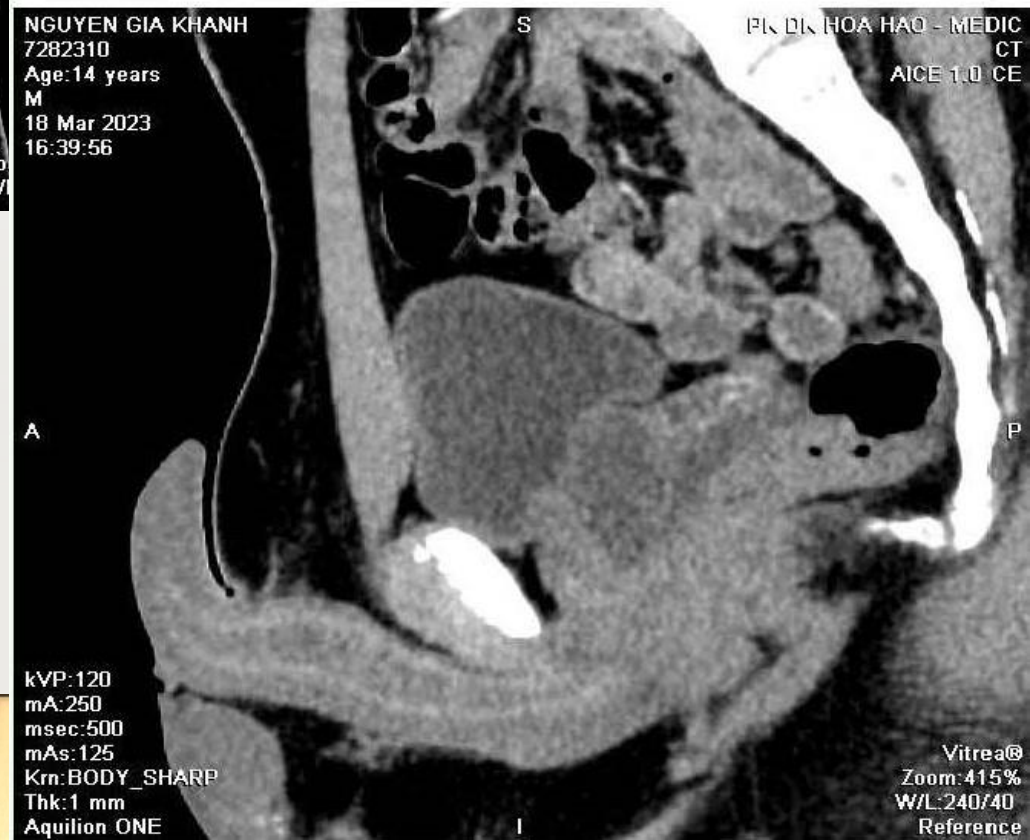
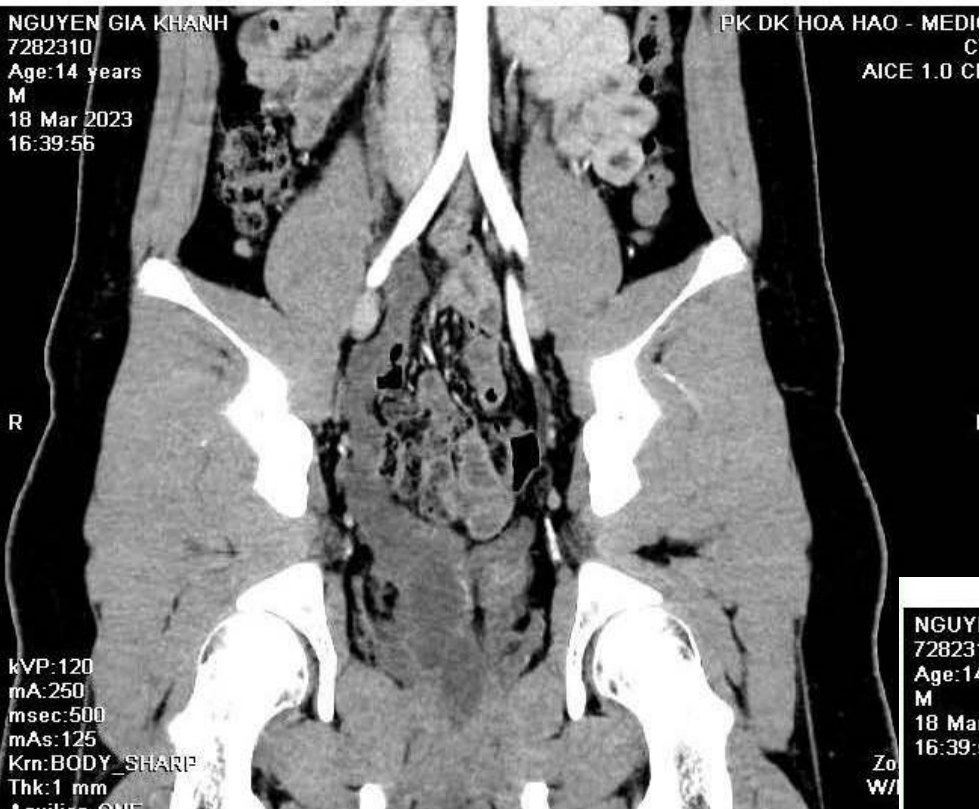
NGUYEN GIA KHANH
7282310
Age:14 years
M
18 Mar 2023
16:39:56
W
VR: I

PK DK HOA HAO - MEDIC
CT
AICE 1.0 CE



kVP:120
mA:250
msec:500
mAs:125
Krn:BODY_SHARP
Thk:1 mm
Aquilion ONE
Orient: -1°,-2°,-2°

Vitrear@
Zoom:209%
W/L:125/238
Segmented
VR: Base Color





Qr code kết quả chữa bệnh ân của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 230318202 Ngày ĐK : 18/03/2023 15:57
Bệnh nhân : Tuổi : 14 Nam
Địa chỉ : - ĐT :
Bác sĩ chỉ định : THS. NGUYỄN MINH THIÊN
Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK
LÝ DO KHÁM :
Máy : MSCT 640 _ 2
Vùng : CT VÙNG BỤNG Tiêm chất tương phản
Kết quả : ** KỸ THUẬT:
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 1mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiêm thuốc cản quang.

** KẾT QUẢ:
Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan.
Đường mật trong và ngoài gan không dẫn. Túi mật không to, thành mỏng, không thấy sỏi cản quang.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Thận trái hình dạng kích thước, bể và bài tiết thuốc cản quang bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.
Niệu quản trái không dẫn, không sỏi cản quang.
Không thấy thận phải. Có niệu quản phải đoạn 1/2 dưới. Niệu quản phải dẫn và cắm thấp vào tiền liệt tuyến.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Tiền liệt tuyến
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.
*** KẾT LUẬN:
BẤT SẴN THẬN PHẢI
CÓ NIỆU QUẢN PHẢI ĐOẠN 1/2 DƯỚI. NIỆU QUẢN PHẢI DẴN VÀ CẮM THẤP VÀO TIỀN LIỆT TUYẾN.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 19/03/2023 07:58
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKII. Võ Nguyễn Thành Nhân

Bất Sản Thận:

- Có thể thiếu 1 thận hay thiếu cả 2 thận.

Normal kidneys



Agensis



Aplasia



Hypoplasia



Niêu Quản Lạc Chỗ :

- Bình thường niệu quản 2 bên đổ vào mặt sau bàng quang. Hai lỗ niệu quản cùng với cổ bàng quang tạo thành vùng tam giác bàng quang.
- Tất cả trường hợp niệu quản cắm khỏi vùng trên được gọi là niệu quản lạc chỗ.
- Nữ: Nam (10:1)
- Nữ có thể ở các vị trí: cổ BQ và niệu đạo trên, tiền đình âm đạo, âm đạo hay cổ tử cung..
- Nam có thể ở các vị trí: niệu đạo sau, túi tinh, ống dẫn tinh..



Renal agenesis, blind ending ureteral remnant, and ectopic ureterocele

Aanchal Bhayana, Swarna Jain

Department of Radiodiagnosis, Vardhman Mahavir Medical College and Safdarjung Hospital, New Delhi, India

Date of Web Publication 29-Oct-2018



Correspondence Address:

Swarna Jain
Department of Radiodiagnosis, Vardhman Mahavir Medical College and Safdarjung Hospital, New Delhi
India

Login to access the email ID

Source of Support: None, Conflict of Interest: None



DOI: 10.4103/astrocyte.astrocyte_10_18



ABSTRACT

We wish to highlight the importance of multi-modality imaging in patients with renal agenesis who may present with lower urinary tract obstruction symptoms. Our case features a rare entity comprising three associated urinary tract anomalies, namely, a blind ending ureter, ectopic ureterocele, and ipsilateral renal agenesis, in a 20-year-old male patient.

A 20-year-old male patient presented to the urology department, with history of occasional right-sided pelvic pain and intermittent urinary obstruction. Blood investigations and urine routine microscopy reports were normal. On clinical examination, there was mild right pelvic tenderness. The patient was referred to the radiology department for ultrasound.

Transabdominal ultrasound revealed absent right kidney in the right renal fossa and in the entire area of renal ascent [Figure 1]. Left kidney was normal. In addition, an elongated tubular structure was noted in the right lower quadrant of abdomen, which was distally ending into a cystic lesion within urinary bladder [Figure 2]a. This cystic lesion further appeared to communicate posteroinferiorly with prostatic urethra [Figure 2]b. For further evaluation of the entire urinary tract anomalies and better characterization of this tubular-cystic lesion, computed tomography (CT) urography was performed.

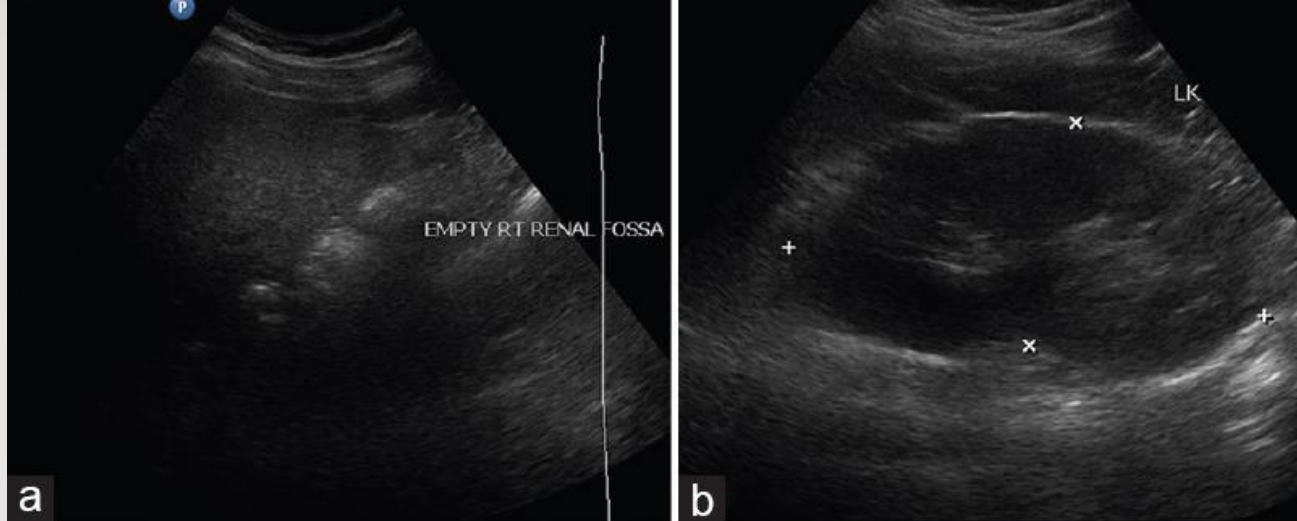


Figure 1: Ultrasound Abdomen Images Show Absent Right Kidney With Empty Right Renal Fossa (a), and Normal Left Kidney (b)

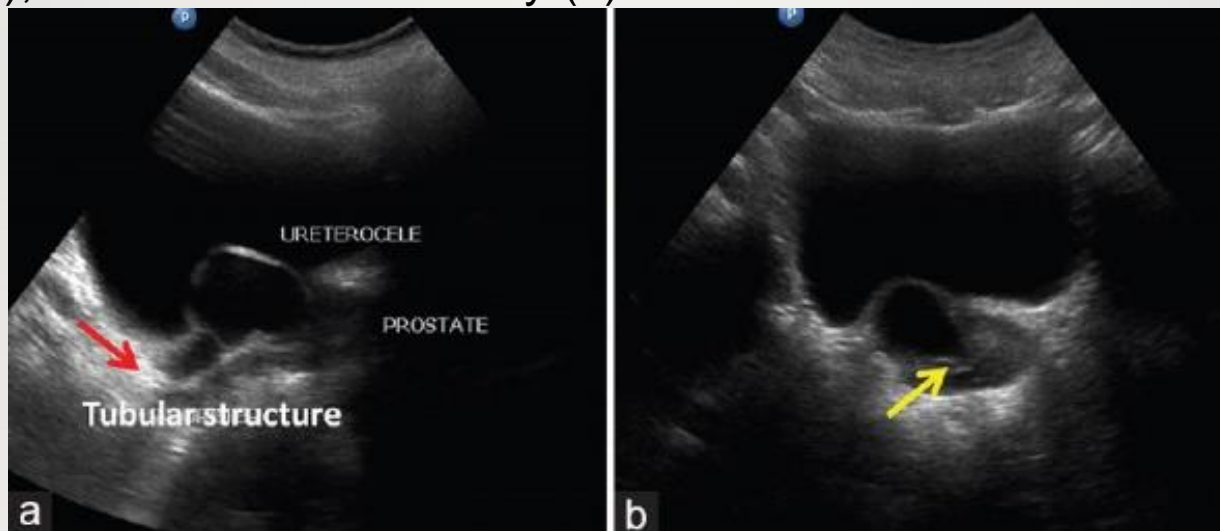


Figure 2: (a and b) Ultrasound Pelvis Images Show an Anechoic Tubular Structure (Red Arrow), Between Urinary Bladder and Rectum, with Cystic Protrusion into the Lumen of Bladder. (a), The Cystic Lesion Appears to Communicate with the Prostatic Urethra in the Midline. (b, Yellow Arrow).

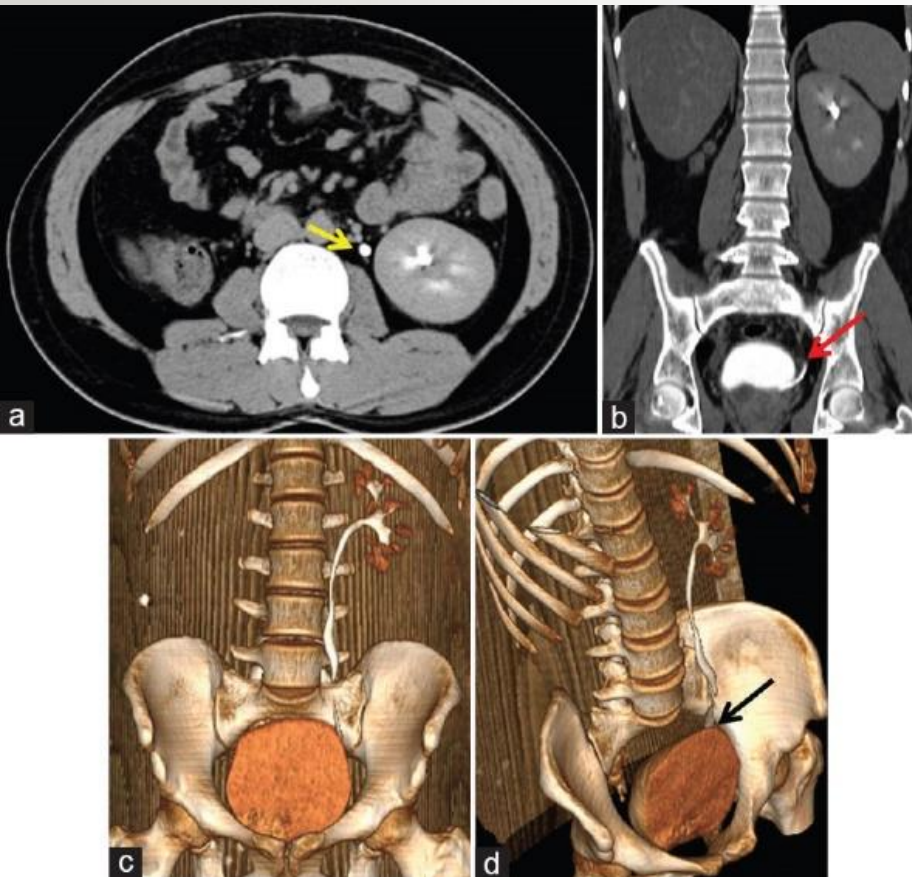


Figure 4: CT Urography Images in Both Axial and Coronal Planes (a and b), Show Normal Left Ureter. (a, Yellow Arrow), with Normal Orthotopic Insertion of Left Ureter at Left VUJ. (b, Red Arrow). Volume Rendered CT Images in Coronal and Coronal Oblique Planes. (c and d), Show Non Visualized Right Kidney and Right Ureter, with Normal Left Kidney and Left Ureter. (c), Left Ureter Shows Normal Orthotopic Insertion at Left VUJ (d; Black Arrow).

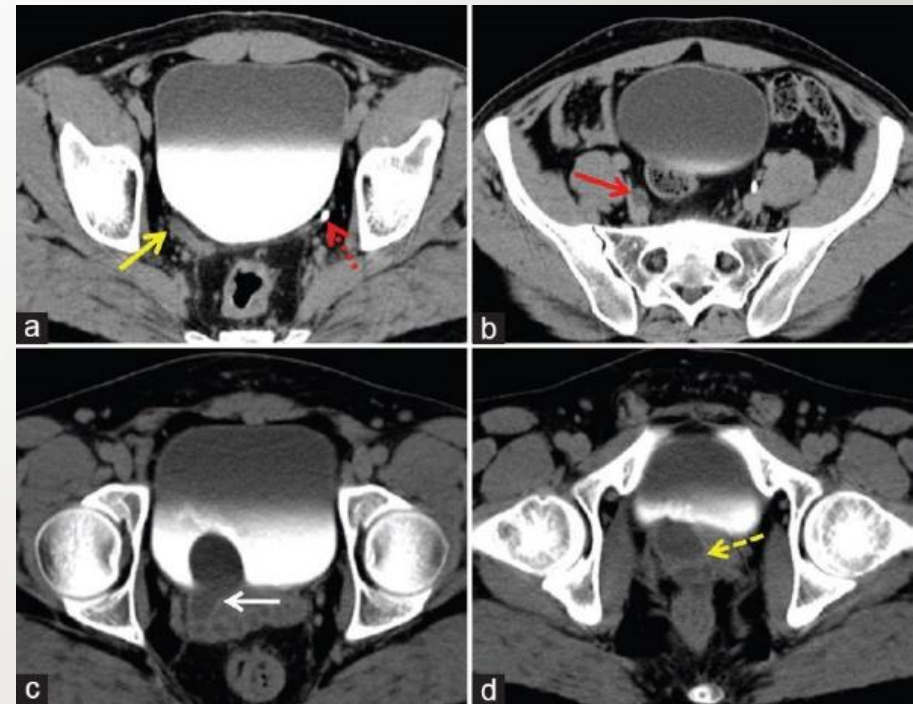


Figure 5: Axial CT Urography Images Show Normal Left Ureter. (a, Red Dotted Arrow), with a Tubular Hypodense Structure Between Urinary Bladder and Rectum. (a, Yellow Arrow), with its Blind Cranial End. (b, Red Solid Arrow). Inferiorly, the Tubular Structure Shows Cystic Expansion Between the Urinary Bladder and Seminal Vesicles with Protrusion into Lumen of Bladder. (c, White Arrow). Further Inferiorly, this Cystic Lesion Appears to Open into the Prostatic Urethra in the Midline. (d, Yellow Dotted Arrow)

MRI images demonstrated right renal agenesis and a right pelvic tubular elongated structure, in line with the expected course of right ureter. This structure was hypointense on T1-weighted images and hyperintense on T2-weighted images. The cranial end of this tubular structure was blind. However, distally it showed a cystic protrusion with the lumen of urinary bladder and was further seen to communicate and insert into the prostatic urethra [Figure 6]. Left kidney, left ureter, and urinary bladder were normal.

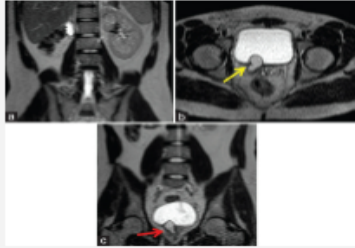


Figure 6: Coronal T2 Weighted MRI Image Shows Normal Left Kidney with Absent Right Kidney. (a), Axial T2 Weighted MRI Image Shows a Hyperintense Structure Between Urinary Bladder and Seminal Vesicles, with Cystic Protrusion into Bladder Lumen. (b, Yellow Arrow). Coronal T2 Weighted MRI Image Shows the Communication of this Hyperintense Structure with the Prostatic Urethra in the Midline. (c, Red Dotted Arrow).

[Click here to view](#)

Based on these imaging features, a radiological diagnosis of right renal agenesis with blind ending right ureteric bud and ectopic right ureterocele was made. The ureterocele bulging into the prostatic urethra was thought to be the cause of patient's symptoms.

DISCUSSION



Renal agenesis results from failure of induction of metanephric blastema by ureteral bud, either due to maldevelopment of ureteral bud or faulty development of mesonephric duct. Renal agenesis is usually asymptomatic; however, renal agenesis is reportedly associated with other genitourinary abnormalities.^[1]

The blind ending ureteral remnants, seen along with ipsilateral renal agenesis, are dilated tubular structures seen on imaging, inserting either normally or at ectopic sites. These structures are thought to arise either from supernumerary ureteric buds or from lack of normal connection between the ureteric bud with metanephrogenic cap.^[2]

Ureterocele can be either simple or ectopic. Simple ureterocele shows normal ureteral insertion at the orthotopic site, whereas there is abnormal insertion of the ureter in ectopic variety. Ureterocele in adults is usually reported to be an isolated urinary tract abnormality and has a normal ureteral insertion at the vesicoureteral junction (VUJ).^[3]



CASE REPORT

IPSILATERAL RENAL AGENESIS WITH MEGAURETER, BLIND END PROXIMAL URETER AND URETEROCELE IN AN ADULT

Ateeque Ahmed

Department of Radiology, Dow University of Health Sciences, Civil Hospital Karachi-Pakistan

We reporting unilateral renal agenesis with ipsilateral ureterocoele, mega ureter and blind end proximal ureter in same patient first time as case report and has not been so far reported in local or international literature. Ultrasound, CT scan and intravenous pyelography performed which confirm the case. Patient presented with left lumber and pelvic pain on and off and history of recurrent urinary tract infection.

Keywords: Renal agenesis; Megaureter; Ureterocoele

J Ayub Med Coll Abbottabad 2017;29(1):150-3

INTRODUCTION

Renal agenesis is generally thought to result from a lack of induction of the metanephric blastema by the ureteral bud, which may be secondary to ureteral bud maldevelopment and/or due to a problem with the formation of the mesonephric duct. Uncommonly, post-natal involution of multi-cystic dysplastic kidneys results in solitary kidney. Unilateral renal agenesis is usually an incidental finding with the contra lateral kidney demonstrating compensatory Hypertrophy.¹ Primary megaureter is an inherently compound term that includes all cases of megaureter due to an idiopathic congenital alteration at the vesicoureteral junction. In

CASE REPORT

30-year male patient presented with left lumber and left lower quadrant pain and recurrent urinary tract infection relieved by medications. No fever was present. Total leukocyte count was normal. On examination tenderness was present in left pelvic area. Labs revealed RBC 40 and WBC 50 on high power field in urine detail report. Transabdominal ultrasound show normal right kidney and absent left kidney and no kidney was found in left renal area and in the pelvis (in the line of renal bud descent) as well as left mega ureter and ureterocoele at left vesicoureteral junction in intramural part of distal end

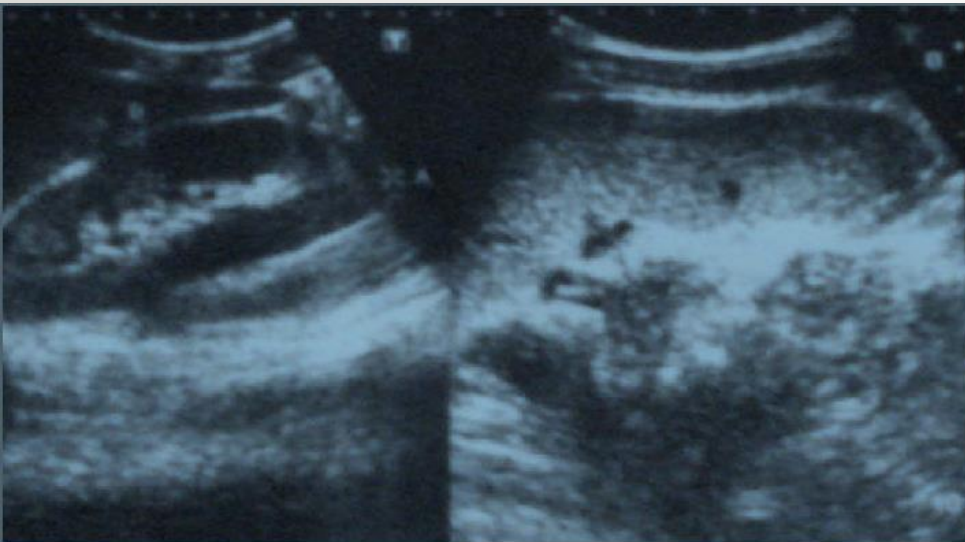


Figure-1: Ultrasound kidneys (right kidney is visualized but left kidney is not visualized in left renal bed)

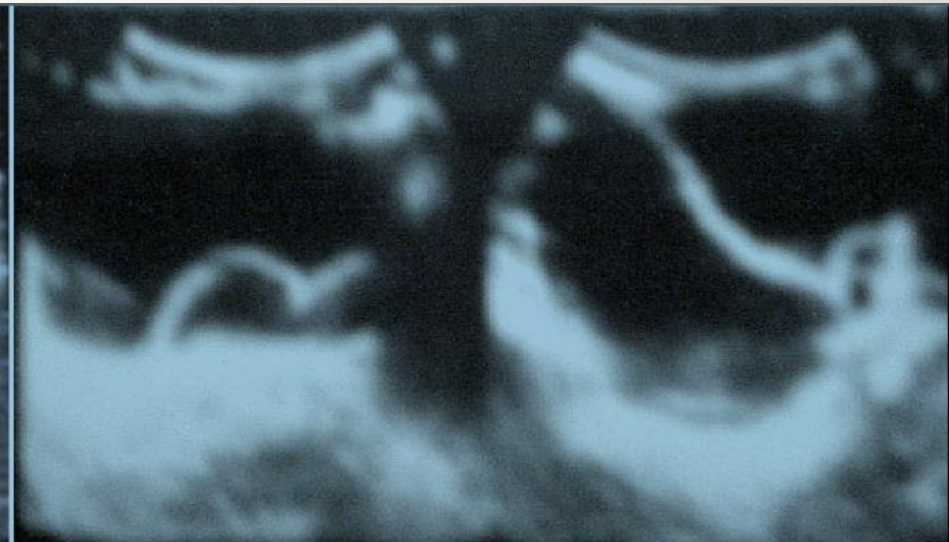


Figure-2: Ultrasound ureter and urinary bladder (left sided mega ureter and ureterocoele are identified)

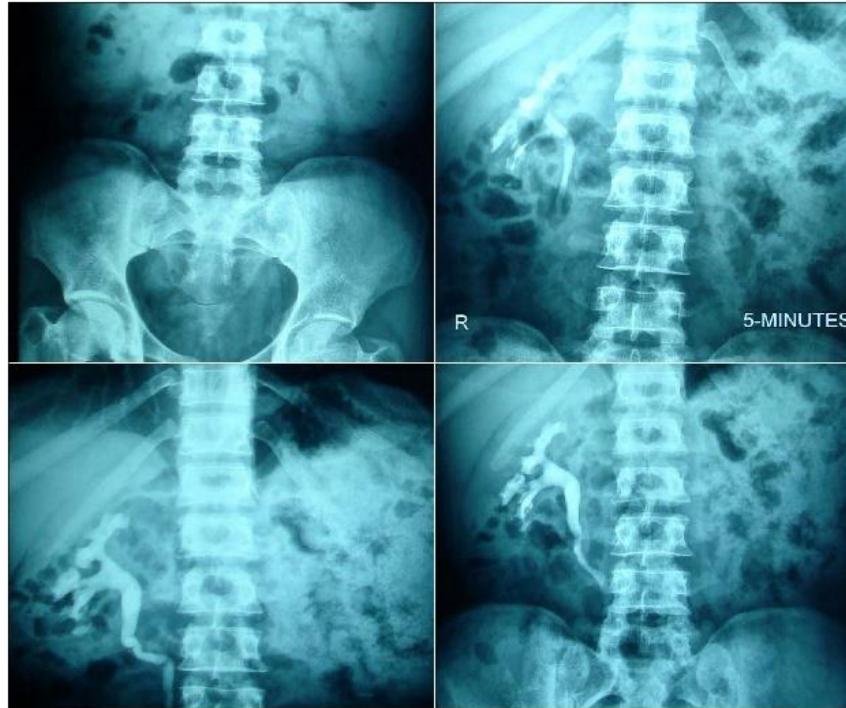


Figure-3: Intravenous pyelography (no contrast excretion seen from left kidney and. Left kidney is not visualized)

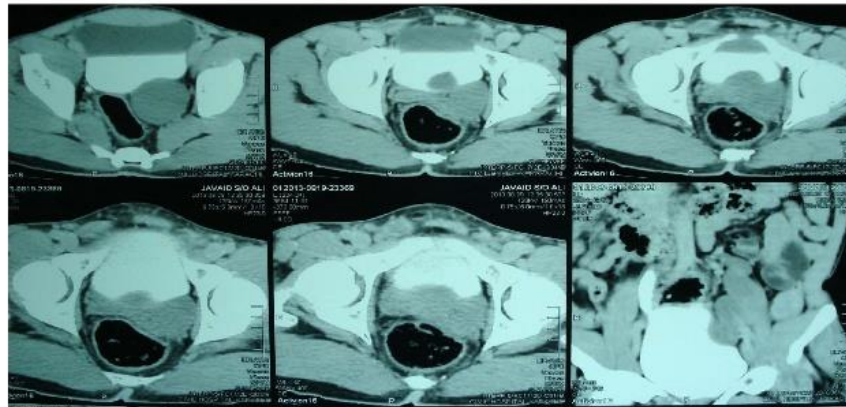


Figure-4: CT scan abdomen and pelvis axial and coronal post contrast mega ureter and left ureterocele)



Renal Agenesis with Full Length Ipsilateral Refluxing Ureter

[Dilip Kumar Pal](#),^{✉1} [Vipin Chandra](#),¹ and [Manju Banerjee](#)²

▶ [Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

Abstract

[Go to:](#) ▶

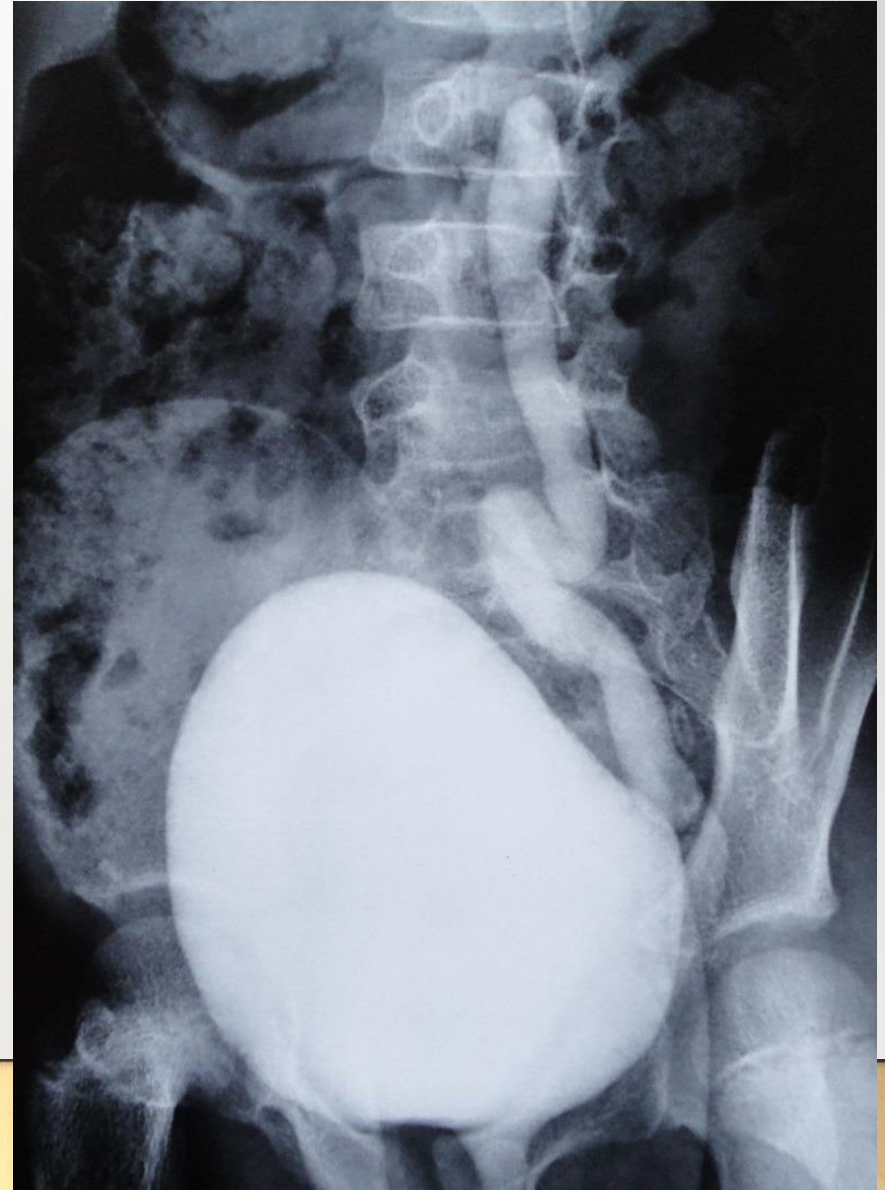
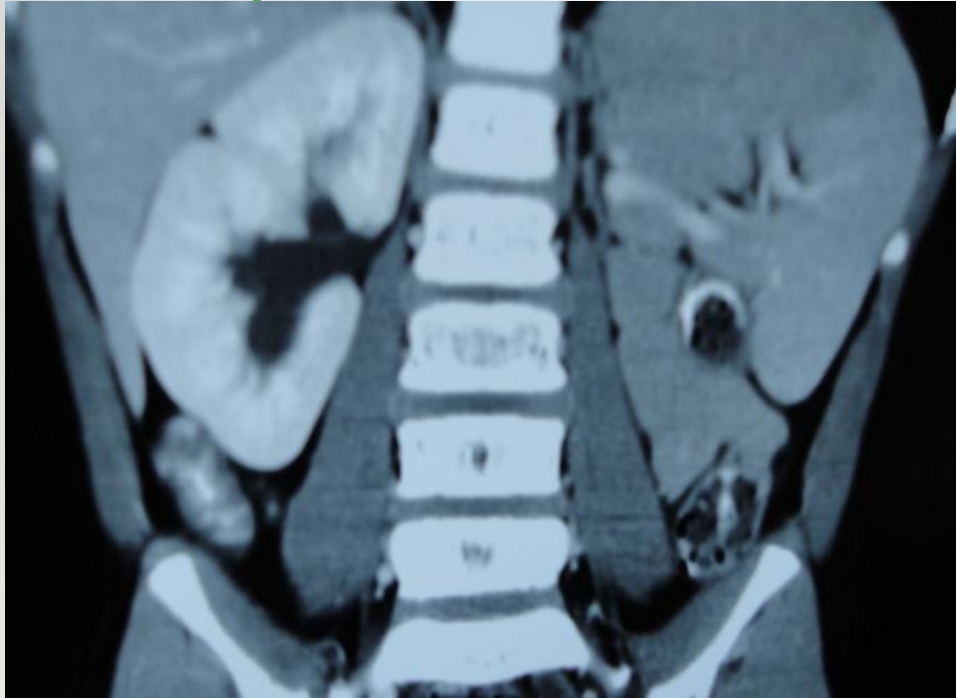
Unilateral renal agenesis with vesicoureteral reflux in the ipsilateral full length ureter is a rare phenomenon. Herein we report a case of 10-year old boy who presented with recurrent urinary tract infections. No renal tissue was identified on left side in various imaging studies. Micturating cystourethrogram (MCUG) showed left sided refluxing and blind ending ureter. Left ureterectomy was done because of recurrent UTI in the refluxing system.

Keywords: Unilateral renal agenesis, Vesicoureteric reflux, Hematuria

CASE REPORT

[Go to:](#) ▶

A 10-year-old male child presented with several episodes of hematuria associated with mild dysuria for the last two years. He was a proven case of urinary tract infections (UTI) and was on chemoprophylaxis with nitrofurantoin (50 mg/day) since last 6 months. General physical and systemic examinations were normal. Urine examination revealed pus cells but culture grew no organisms. Hemogram, blood urea and serum creatinine levels were in normal range.



KẾT LUẬN

- + Bất sản thận 1 bên là dị tật bẩm sinh hệ niệu thường gặp, không khó để chẩn đoán. Thận còn lại sẽ to hoạt động bù trừ nên thường không gây triệu chứng gì. Bn có thể được chẩn đoán trong thời kỳ thai nhi hay tình cờ.
- + Tuy nhiên, bất sản thận kèm tồn tại niệu quản cụt cùng bên, cầm lạc chỗ là rất hiếm gặp. Và thường gây nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát nhiều lần.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. RENAL AGENESIS, BLIND ENDING URETERAL REMNANT, AND ECTOPIC URETEROCELE

Aanchal Bhayana, Swarna Jain, Department of Radiodiagnosis, Vardhman Mahavir Medical College and Safdarjung Hospital, New Delhi, India

2. IPSILATERAL RENAL AGENESIS WITH MEGAURETER, BLIND END PROXIMAL URETER AND URETEROCELE IN AN ADULT

Ateeque Ahmed, Department of Radiology, Dow University of Health Sciences, Civil Hospital Karachi – Pakistan.

3. RENAL AGENESIS WITH FULL LENGTH IPSILATERAL REFLUXING URETER

Dilip Kumar Pal, Vipin Chandra, and Manju Banerjee

4. <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/surveillancemanual/quick-reference-handbook/renal-agenesis-hypoplasia.html>

5. <https://radiopaedia.org/articles/ectopic-ureter>

