

Taş düşürdüğünü sanan bir hastada üreter alt uç tümörü: Vaka takdimi

Ureteral lower end tumor in a patient thought to have passed a stone: A case report

Bülent Katı¹, Eyyüp Sabri Pelit¹, Eser Ördek¹, İsmail Yağmur¹, Halil Çiftçi¹, Ercan Yeni¹

¹ Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD Şanlıurfa

Geliş tarihi (Submitted): 26.02.2017

Kabul tarihi (Accepted): 03.04.2017

Yazışma / Correspondence

Yrd. Doç. Dr. Bülent Katı

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Üroloji AD,

Şanlıurfa, Türkiye

Cep: 0505 308 1350

Fax: 0414 318 3190

E-mail: bulentkati@yahoo.com

Özet

Üst üriner sistem tümörleri klinik olarak zor teşhis edilebilen nadir bir hastalıktır ve yaklaşık %1 oranında görünürler. Son yıllarda üreter tümörleri insidansında mevcut yükselme görülmekle beraber bu artışın tanı metotlarında bir gelişmeye mi bağlı olduğu, yoksa görülme sıklığında gerçek bir artış mı olduğu bilinmemektedir. Üreter tümörlerinde etiyoloji mesane tümörlerine benzer ve en sık karşılaşılan semptom gros hematuridir. Tanıyı koyabilmek için bir çok görüntüleme sistemi kullanılsa da üreterorenoskopi altın değerdedir.

Bu vaka takdiminde kliniğimize gelmeden önce taş düşürdüğü söylenerek birçok yerde renal kolik tedavisi alan 48 yaşında erkek hastada bulduğumuz üreter alt uç tümörünü sunduk.

Anahtar Kelimeler: Üreter tümörü, Renal kolik, Hematüri, Üst üriner sistem tümörü

Abstract

Upper urinary tract tumors are rare diseases that can be difficult to diagnose clinically and appear about 1%. Recently, it seems that there is an increase in the incidence of ureteral tumors. However, it is not known if this increase is due to the development of diagnostic measures or to a true increase in the incidence. The etiology of ureteral tumors are similar to those of the bladder and gross hematuria is the most frequent symptom. Even if many imaging systems are used to diagnose, ureterorenoscopy is a gold value. In this report, we evaluated a 48 years-old male with ureteral tumor and presented with renal colic like ureteric stone and treated for this reason.

Keywords: Ureter tumor, Renal colic, Hematuria, Upper urinary tract tumor

Giriş

Renal pelvis tümörleri, tüm renal tümörlerin %10'unu ve tüm ürotelyal tümörlerin % 5'ini oluşturur. Üreter tümörleri çok nadir olarak karşılaşılan tümörlerdir ve renal pelvis tümörlerinin dörtte biri oranında görülür (1). Etiyolojide yaş, cinsiyet, ırk ile beraber sigara kullanımında önemli bir etkidir (2). Çok nadir olduklarından ilk tanıda akla gelmesi zordur ve hastalar hastaneye sıklıkla hematüri, künt böğür ağrısı, disüri, sık idrar yolu enfeksiyonu ile başvurabilirler (3). Bazen de başka bir sebep ile yapılan tetkikler ve görüntülemeler sırasında insidental olarak tespit edilebilir.

Biz bu olgumuzda yan ağrısı ve hematüri nedeniyle gittiği acil servislerde renal kolik tedavisi uygulanan ancak şikâyetleri geçmeyince kliniğimize başvuran üreter tümürlü bir hastayı tartıştık.

Olgu Sunumu

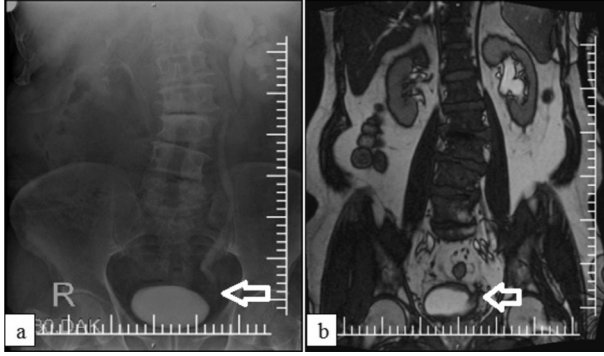
48 yaşında erkek hasta, kliniğimize sol renal kolik ön tanısı ile dış merkezden sevkli olarak geldi. Şikâyetlerinde aralıklı kolik tarzı sol yan ağrısı ve arada olan makroskopik hematüri mevcuttu. Fizik muayenesinde sol kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Ek bir hastalığı yoktu. Öz geçmişinde herhangi bir ürolojik cerrahi öyküsü mevcut değildi. Hastanın yapılan labarauvar tetkiklerinde kan ve biyokimya değerleri normal idrarda mikroskopik hematüri mevcuttu. Sol böbrekte grade 1-2 hidronefrozu mevcuttu ve mesane doğal görünümdeydi. Daha sonra hastanın çekilen intravenöz piyelogramında (İVP) sol üreterin proksimalden distale kadar dilate olduğu ancak alt uçta bir opesitenin görülmediği aksine dolma defektinin olduğu gözlemlendi. Hastanın çekilen kontrastsız bilgisayarlı tomografisinde ise sol hidroüreteronefroz gözlenmiş olup şüpheli bir taş rastlanmadı (Resim 1). Alt uç üreterin net gözlenmediği için hastaya tanısız sistoüretroskopi uygulanmasına karar verildi. Hastanın yapılan sistoskopisinde üretra ve mesane doğal görünümdeydi. Sol orifise bakıldığında orifisten dışarıya protrüze olan hafif hareketli papiller tarzda tümöral oluşum gözlemlendi (Resim 2). Daha sonra 8,5 F üreterorenoskopi uç kısmındaki hafif mobil kitle geçilerek 1-2 cm sonra üreter alt kısmını kapatan tümöral oluşuma daha rastlandı ve daha fazla ilerlenilemedi. Buralardan biyopsi alınarak işleme son verildi.

Daha sonra yapılan incelemelerde hastanın 30 yıllık sigara kullanıcısı olduğunu ve üreteri tam olarak değer-

lendirebilmek için çekilen MR ürografide sadece üreter alt ucunda tümöral oluşumların dolma defekti yapıldığı gözlemlendi. Hastanın patoloji raporu Düşük gradeli üreterial karsinom gelince hastaya laparoskopik nefroüretrektomi uygulandı.

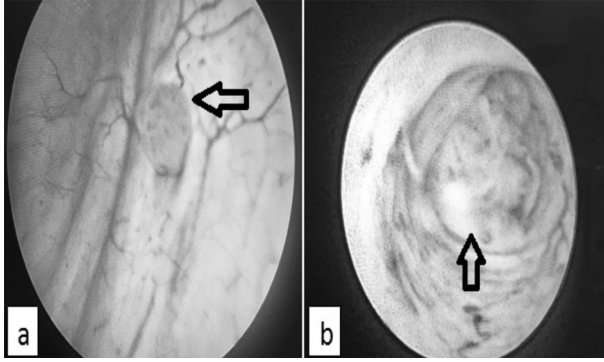
Tartışma

Üreter tümörleri ile beraber üst üriner sistem tümörlerin de uygulanan tedavi hala mesaneden üretral orifis çevresi eksizyonu ile beraber radikal nefroüretrektomidir. Üreter tümürlü hastaların %10-30 oranında bir grupta invaziv hastalığa bağlı hidronefroz ve üreteropelvik bileşke obstrüksiyonuna benzer şekilde kontrast maddenin üretere geçişinin olmadığı görülür (3). İlk tanıda Ultrasonografi (USG) ile üreter içini görmek zordur ve İVP tanısından yararlı olabilir ancak multidedektör BT ürografisi (MBTÜ) üst üriner sistemin görüntülenmesinde İVP'nin yerini alarak altın standart görüntüleme yöntemi olmuştur. Yaklaşık 5-10 mm gibi küçük boyutlu polipoid lezyonlar için bu görüntüleme yöntemin duyarlılığı %96 iken özgüllüğü %99'dur (4). Bizim vakamızda BT ile tanı konulmasına rağmen üreterorenoskopi ile alt uç üreterden ilerleyemediğimizden tümör yükü amaçlı postoperatif tanı için Manyetik rezonans (MR) ürografisi yaptık. MR ürografisi MBTÜ ile tanı konulamayan hastalarda seçilecek görüntüleme yöntemidir (5). Üreter tümörü düşünülen hastalarda tanısız üreterorenoskopi uygun bir tedavi modülü olarak kabul edilir. Özellikle görüntüleme çalışmaları belirsiz olduğunda durumu görme ve biyopsi alabilme açısından oldukça faydalıdır. Böylece tümör histolojisi, evresi ve derecesi belirlenebilir (6,7). Bizim hastamızda da üreterorenoskopi ile görülen tümörden biyopsi aldık ve patolojisi sonrası radikal cerrahi kararı verebildik. Bununla birlikte, Üreteroskopik biyopsi üst üriner sistem tümörü hastalarında mesane içi rekürrensi arttırabilir. Büyük miktarda tümör hücresi biyopsi sırasında ayrılır ve idrar içine karışabilir. Dahası, biyopsi sırasında kullanılan irrigasyon sıvısı ile tümör hücresi ayrılmasını ve dökülmesini yoğunlaştırır. Bu tümör hücreleri mesaneye yerleşebilirler (8). Yoo ve ark. yaptıkları 515 üst üriner sistem tümürlü hastaların takiplerinde %42,1 oranında mesane rekürrensi gözlenmiş olup, yaptıkları çalışmada renal pelvis tümörlerinde alınan biyopsinin mesane rekürrensinde risk faktörü olabileceği ancak üreter biyopsisinin rekürrens riskine etkisi olduğunun belirlenmediğini raporlamışlardır (9).



Resim 1a: IVP'de gözlenen (180. dk) sol üreter üst uçta dolma defekti (ok) ve sol hidronefroz

2b: MR ürografide gözlenen sol üreter alt uçta dolma defekti (ok)



Resim 2a: Sistoskopik görünümde sol üreter orifisi dışında protrüze olan kitle (ok)

2b: Sol üreter distalinde gözlemlenen üreteral kitlenin üreterorenoskopik görüntüsü (ok)

Üreter tümörleri, idrar akış yönüne bağlı olarak alt üreterde daha sık görülürler. Üst üriner sistem tümörleri üreter distalinde yaklaşık %70 oranında görülürken, orta üreterde %25, üst üreterde ise sadece %5 oranında görülmektedir (10). Hastamızda ise tümör üreter çıkışında 5 mm lik protrüze kısmı ile alt 1/3'lük kısımda ve yaklaşık 2 cm'lik bir segmentte idi. Üst üriner sistem tümör cerrahisinde her ne kadar nefrorüeterektomi ana tedavi olsa da özellikle düşük riskli tümörlerde cerrahi morbidite ve sonrasında gelişebilecek renal yetmezlik düşünüldüğünde nefron koruyucu alternatiflerde gündeme gelmiştir. Bunlar arasında üst üriner sisteme perkütan rezeksiyonu sonrasında verilebilecek "*Bacillus Calmette Guerin*" (BCG) tedavisi de mevcuttur. Motamedinia P. ve ark. nın yapmış olduğu çalışmada perkütan rezeksiyon sonrası 141 hastaya BCG tedavisi verilip en az 3 yıllık izlenmiş ve düşük gradeli hastalarda rekürrens %37 iken yüksek gra-

deli hastalarda ise %63 oranında gözlenmiştir (11). Böylece bu tür hastaların uzun yıllar sonra olsa bile rekürrens gösterebileceğini bu nedenle uzun süreli takiplerinin gerekli olduğunu bildirmişlerdir.

Sonuç olarak üst üriner sistem tümürlü hastalar hematüri ve renal kolik ağrısından tutun hidronefroza bağlı böbrek kayıplarıyla bile karşımıza çıkabilir. Şüphe duyduğumuz durumlarda tanisal üreterorenoskopiden faydalanmalı ve tedaviye karar verebilmek için BT ve MR ürografilerle değerlendirebiliriz. Birçok tedavi denenmişse de nefröüretrektomi ile beraber mesane kaf eksizyonu temel tedavi şeklidir.

Finansal Kaynak: Bu çalışmamızda herhangi bir finansal kaynak sağlanmamıştır.

Çıkar Çatışması: Herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Kaynaklar

1. Messing EM. Urothelial tumors of the urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. Campbell's Urology 8. th edition. Philadelphia: WBSaunders; 2002. p. 2732.2784.2.
2. Akdoğan B. Üst Üriner sistemin ürotelyal tümörleri: epidemiyoloji, tanı, sınıflandırma ve prognostik faktörler. In: Özen H, Türkeri L, ed(s). Üroonkoloji Kitabı. 1.Basım. Ankara: Ertem Basım Yayın 2007: 389-400.
3. Roupřet M, Babjuk M, Compérat E, et al. European Association of Urology guidelines on upper urinary tract urothelial cell carcinoma: 2015 update. Eur Urol 2015;68:868-879.
4. Raman SP, Fishman EK. Upper and Lower Tract Urothelial Imaging Using Computed Tomography Urography. Radiol Clin North Am 2017;55:225-241.
5. Takahashi N, Glockner JF, Hartman RP, et al. Gadolinium enhanced magnetic resonance urography for upper urinary tract malignancy. J Urol 2010;183:1330-1365.
6. Rojas CP, Castle SM, Lianos CA, et al. Low biopsy volume in ureteroscopy does not affect tumor biopsy grading in upper tract urothelial carcinoma. Urol Oncol 2013;31:1696-1700.
7. Favaretto RL, Shariat SF, Savage C, et al. Combining imaging and ureteroscopy variables in a preoperative multivariable model for prediction of muscle-invasive and non-organ confined disease in patients with upper tract urothelial carcinoma. BJU Int 2012;109:77-82.
8. Ishikawa S, Abe T, Shinohara N, et al. Impact of diagnostic ureteroscopy on intravesical recurrence and survival in patients with urothelial carcinoma of the upper urinary tract.

- J Urol 2010;184:883–887.
9. Yoo S, You D, Song C, et al. Risk of Intravesical Recurrence After Ureteroscopic Biopsy for Upper Tract Urothelial Carcinoma: Does the Location Matter? *J Endourol.* 2016 Nov 29. [Epub ahead of print] DOI: 10.1089/end.2016.0611.
 10. Flanigan RC. Urothelial tumors of the upper urinary tract. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, ed(s). *Campbell-Walsh Urology.* 9th ed. Philadelphia: Saunders 2007: 1653-86.
 11. Motamedinia P, Keheila M, Leavitt DA, et al. The Expanded Use of Percutaneous Resection for Upper Tract Urothelial Carcinoma: A 30-Year Comprehensive Experience. *J Endourol* 2016;30:262-7.