

KÖR SONLANAN ÜRETER DUPLİKASYONU

BLIND-ENDING DUPLICATION OF THE URETER

YİĞİT, B. (*), ÖZGÜLLE, Ş. (**), ÇARDAK, S. (*), CEYLAN, O. (*) ÇALIŞIR, V. (*)

ÖZET

Bu yazıda 54 yaşındaki kadın hastamızda kör sonlanan üreter vakası bulundu. Hastalığın tanısı İVP ile konuldu ve retrograd pyelografi ile doğrulandı. Hastanın semptomları spesifik değildi ve laboratuvar bulguları normaldi. Hastaya cerrahi tedavi uygulanmadı ve bir yıllık kontrolünde radyolojik ve klinik değişiklik gözlenmedi. Literatürde şimdiye kadar 80'den az vaka bildirilmiştir. Bu olgu nedeniyle tanı, embriyoloji ve tedavi seçenekleri tartışıldı.

SUMMARY

In this paper, a case of blind ending ureteral bud occurring in a 54 year old woman is presented. Diagnosis was made by excretory urography and confirmed by retrograde pyelography. Symptoms were not specific. Laboratory findings were normal. No surgical but symptomatic therapy was performed. At the end of the one year followup all findings were the same. In the literature less than 80 of these cases have been reported. Due to this case the diagnosis, embryology and the treatment options are reviewed.

ANAHTAR KELİMELEER: Üreter duplikasyonu, kör sonlanan üreter.

KEY WORDS: Blind-ending ureter, ureteral duplication.

GİRİŞ

Nadiren, duplike üreter renal pelvis'e açılmaz ve bu kör sonlanan üreter olarak isimlendirilir (1). Kör sonlanan duplike üreter tubüler yapıdadır, normal üreterin her üç tabakasını da içerir ve genellikle intravenöz ürografide insidental bir bulgu olarak karşımıza çıkar (2,3). Genellikle semptomlar spesifik değildir (1, 2, 3, 4) ama bazen hasta lomber ağrı, hematüri, disüri, komplike olmuş tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, taş ve hidroüreteronefroza karşımıza gelebilir (1, 2, 4, 5, 6). Hastalar genellikle 3. veya 4. dekattadır ve kadınlarda erkeklere oranla üç kat sık olarak görülmektedir (1, 6, 8).

OLGU

54 yaşında kadın hasta bilateral kostolomber ağrıyla kliniğimize başvurdu. Anamnezinde, 23 yaşından beri sağ böbreğinde kalkül hikayesi vardı. Fizik muayenesi normaldi ve idrarın mikroskopik incelemesinde 4-5 lökosit ve 12-13 eritrosit vardı. İdrar kültüründe üreme olmadı ve BUN, hemogram ve kan elektrolit değerleri normal olarak sonuçlandı. İVP'de, sağ alt polde 0.3x0.3 cm çapında kalkül vardı ve sağda kaliksler küntleşmişti, sol tarafta üst pol kalikslerinde küntleşme vardı ve yine sol tarafta kör olarak sonlanan duplike üreter gözlemlendi (fig 1). Kör sonlanan bu duplike üreter, normal üreterle

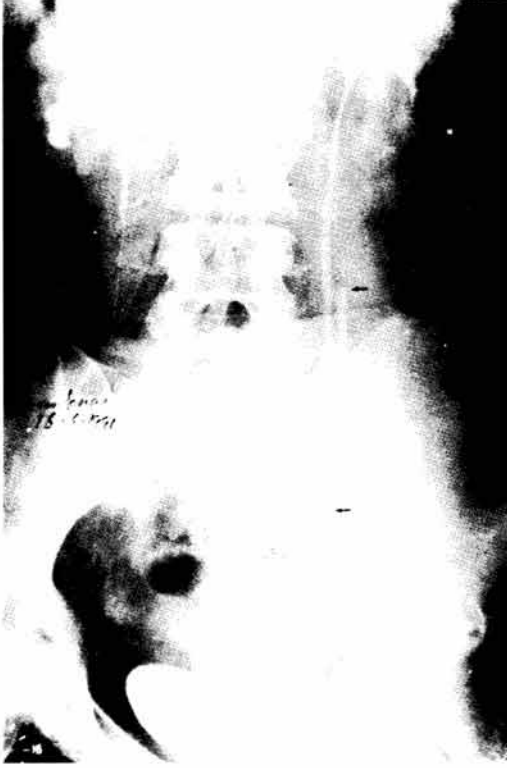


Fig 1: İVP'de solda kör son. üreter duplikasyonu.

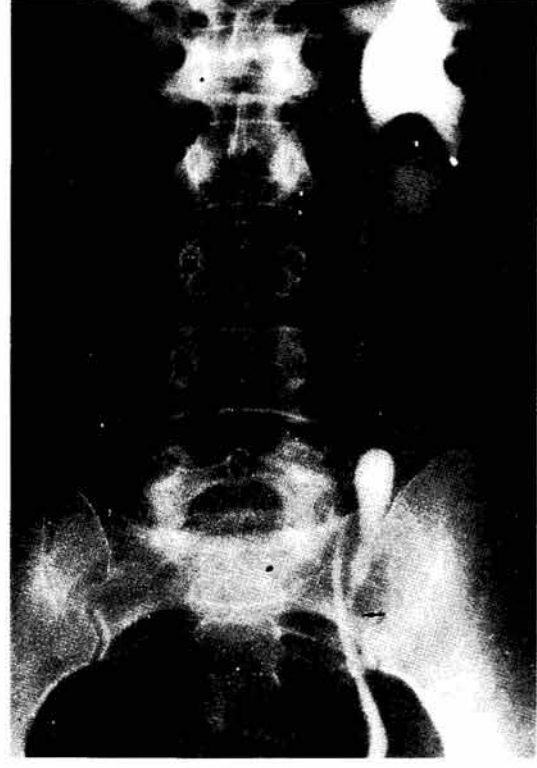


Fig 2: Hastanın retrograd üreterografisi.

ileokoksigeal eklem hizasında birleşmekteydi ve L3-L4 vertebraının transvers prosesleri arasında bulunmaktaydı. Sistoskopide, sağ ve sol üreteral orifisler normaldi. Retrograd üreteropyelografide kör sonlanan üreter duplikasyonu gösterildi (fig 2). Hasta cerrahi tedaviyi kabul etmedi. Hastaya semptomlarına yönelik medikal tedavi başlandı (antispazmotik). Bir yıl sonraki kontrolünde bütün bulguları normaldi ve kontrol İVP'sindeki bulgular hemen hemen aynıydı. (FIG 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kör sonlanan üreter duplikasyonu üreter anomalileri içerisinde sınıflandırılmaktadır. Literatürde şimdiye değin 80'den az vaka bildirilmiştir, ama gösterilmesindeki zorluk ve genellikle asemptomatik gidişatı nedeniyle insidensi yayınlananlardan daha yüksek olabilir (1).

Embriyolojik gelişimin 28.ci gününden sonra üreteral tomurcuk mesonefrik kanaldan gelişme-

ye başlar. Kranial olarak gelişen üreteral tomurcuk metanefrik blastem ile temas etmeye başlar ki buda kalikslerin, papiller kanalların ve toplayıcı tubüllerin oluşumunu ve maturasyonunu sağlar. Kör sonlanan üreter duplikasyonunda ise, bu üreter tomurcuğunun abortif olduğu ve metanefrik blastemle birleşemediği düşünülmektedir. (1, 2, 8, 9). Kör sonlanan üreter mesaneden veya normal üreterden çıkabilmektedir (1, 2, 8, 9), (fig. 4, A, B). Histolojisi olarak, kör sonlanan üreter normal üreterdeki bütün doku tabakalarını içermektedir. Divertikülle arasındaki fark morfolojiktir ama histolojik olarak yapıları aynıdır. Bir karşılaştırma yapılırsa, konjenital divertikül balone yapıdadır oysaki kör sonlanan üreter normal üreterle akut bir açıyla birleşmekte ve normal üretere paralel olarak kranial ya da kaudal yönde uzanmaktadır (fig 4, c). Kör sonlanan üreterlerin çoğunluğu üreterin orta veya distal kısmından doğmakta ve herikisi de ortak bir kılıf tarafından çevrilmektedir (1, 2, 6, 7, 8).

Tanı genellikle İVP ile konmaktadır. İVP'de

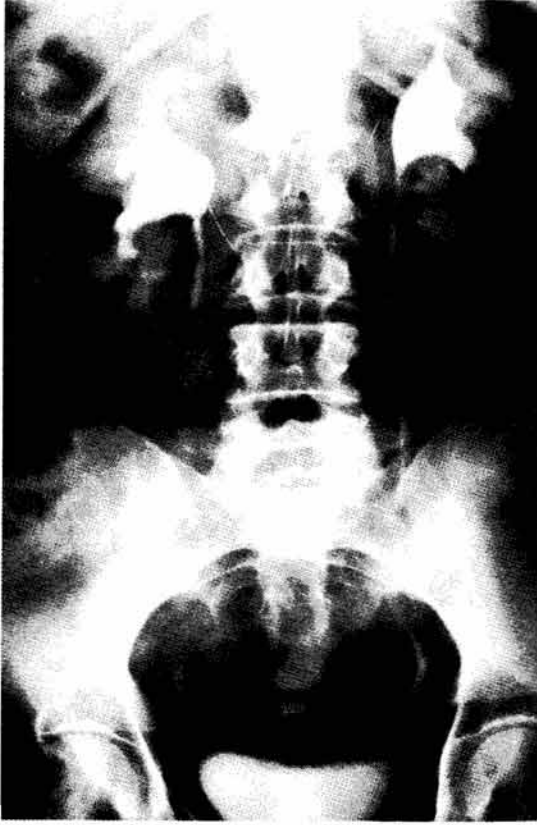


Fig 3: Bir yıl sonraki kontrol IVP'si.

tepe kısmı çoğunlukla bulböz olarak kör sonlanan tubüler yapı gözlenmekte ve uzunluğu da en büyük çapının iki katından daha fazla olmaktadır (1, 2, 6, 8, 9). Kör sonlanan üreterin üretero-üretal reflüyle dolduğu (yo-yo fenomeni) düşünül-

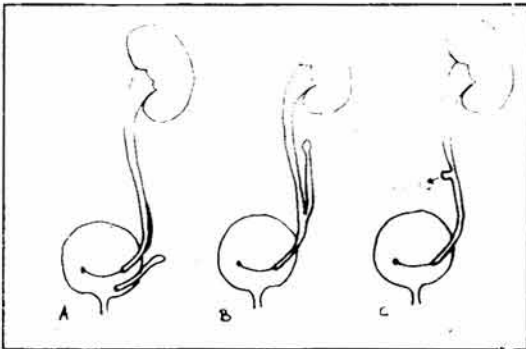


Fig 4: (A) Mesaneden çıkan kör son. Üreter dup.
(B) Üreterden çıkan kör son. Üreter dup.
(C) Üreteral divertikül

mekte ve bu nedenle İVP'de intermitten olarak dolabileceği için kolayca gözden kaçabilmektedir. ayrıca uzun ve kör sonlanan duplikasyonlar renal pelvise veya daha yükseğe kadar uzanabilmektedir (1, 2, 6). Oblik görüntüler anomaliyi daha iyi gösterebilmektedirler (9). Retrograd üreterografi birçok vakada gereksiz olmakla beraber şüpheli durumlarda veya intraüretal anomalileri elimine edebilmek için yapılmalıdır (2). Kör üreter duplikasyonu CT'de de oldukça karışıklık yaratabilmektedir. Böbrekten geçen kesitler duplike olmamış sistemi göstermekte, kesitler aşağı doğru ilerledikçe normal üreter gözlenmekte ve birden ikinci bir üreter ortaya çıkmaktadır (2).

Hastaların çoğunluğu asemptomatiktir ve kör segment genellikle probleme neden olmaz. Bununla beraber hastalar bazen disüri, hematüri ve kronik lomber ağrıyla gelebilirler. Komplikasyonları tekrarlayıcı üriner infeksiyonlar, kör üreter içinde taş oluşumu, reflü ve hidroüreteronefrozu içerir. Normal ve kör üreterdeki eşzamanlı olmayan kontraksiyonlar kör üreter içerisine idrarın reflüsüne yol açabilir ki bu ağrının nedeni olabilir (üretero-üretal reflü ve kör üreterdeki staz nedeniyle, (1, 3, 5, 9, 10)). Yine kör üreterin reflüye bağlı distansiyonu normal üreteri sıkıştırarak hidronefroza neden olabilir (9, 10). Uzun bir kör üreterde vesikoüretal reflü insidansı yüksektir ve bunlar ciddi infeksiyonlara neden olabilir (7). Eğer infeksiyon ve reflü varsa, kör üreter akut olarak inflame olabilmekte ama bununla beraber kullanılan antibiyotik ajanlarla ve idrarla sürekli yıkanması dolayısıyla genellikle persistan infeksiyon kaynağı olmamaktadır (2, 11). Eğer ciddi semptomlar veya reflüyle birlikte olan tekrarlayıcı üriner infeksiyonlar varsa, kör sonlanan üreterin cerrahi eksizyonu ve normal üreterin antireflü reimplantasyonu gerekebilir (3, 6, 7). Kör üreterin rezeksiyonu sırasında Marshall'a göre normal ve kör üreteri çevreleyen ortak kılıfı total olarak açmaktansa beslenme bozukluğuna yol açmamak için kılıfın distalde ve lateralde bir insizyon yaparak kör üreteri buradan çıkarak ortak kılıfın ve dolayısıyla normal üreterin beslenmesi korunmaktadır (7), (Fig 5). Eğer son evre hidronefroz ve/veya pyonefroz gelişmişse nefroureterektomi gerekebilir (4, 7, 10).

Bizim olgumuzda idrar kültürlerinde üreme olmadı ve hastanın sol tarafındaki ağrıları çok

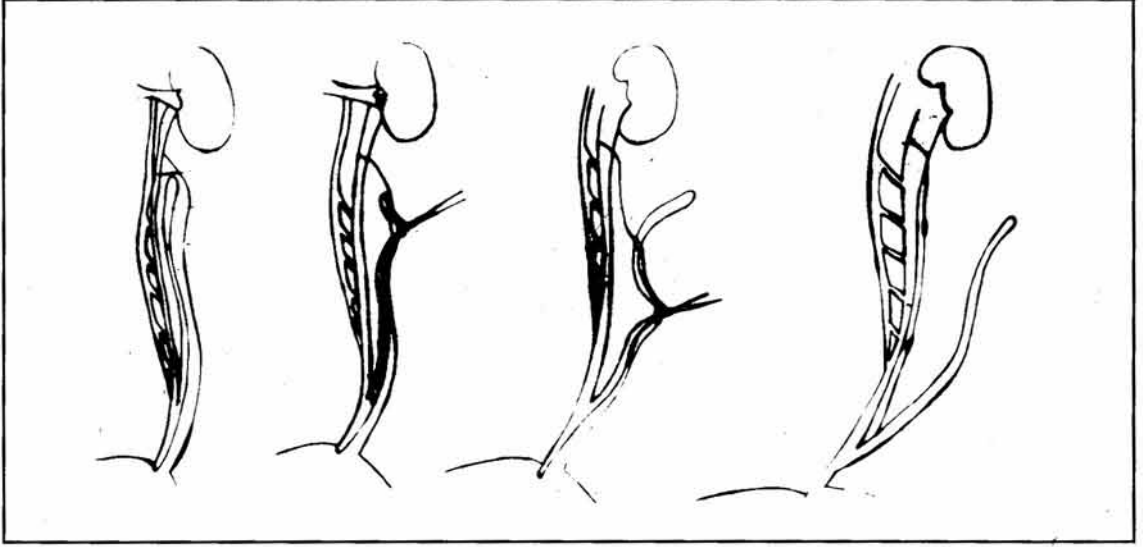


Fig 5: Marshall'a göre kör son. Üreterin rezeksiyonu.

belirgin değildi. Antispazmotik tedavisiyle bu semptomlarında düzelme gözlemlendi. Bir yıl sonraki kontrol İVP'sinde üriner sistemde belirgin değişiklik gözlenmedi ve idrar kültüründede üreme olmadı. Aynı zamanda hasta asemptomatikti. Kısa bir üreter duplikasyonunda, sürekli infeksiyonu olmayan asemptomatik hastalarda cerrahi tedavi gerekmez (7).

KAYNAKLAR:

- 1) Brauer, S. B., et al: Anomalies of the upper urinary tract. in Campbell's Urology, W. B. Saunders Co. Philadelphia p. 1409-1411, 1992.
- 2) Gerald, W. et al: Blind-ending ureteral bud in Clinical Urography, Edited by Howard M. Pollack., W. B. Saunders Co. Philadelphia vol. 1 pp. 680-682, 1990.
- 3) Wespes, D.S., Thiry, Schulman,: Blind-ending bifid and double ureters. Urology, 21: 586-589, 1983.
- 4) Peterson, L. J., Grimes, J.H., Weinerth, J. L., et al: Blind-ending branches of bifid ureter. Urology, 5:191-195, 1975.
- 5) Merimsky: L'uretère bifide a branche borgne. J. Urol (Paris), 86:257-259, 1980.
- 6) Naudin, M., Desgrez, J.P., Verges, J.: Uretère bifide a branche borgne. Ann. Urol., 25 (1): 34-37, 1991.
- 7) Marshall, FF, McLoughlin, MC.: Long blind-ending ureteral duplications, J. Urol: 120-626-628, 1978.
- 8) Caller, C., Cendron, J., Trotot, P.: Uretère double a branche borgne, J. Urol. Neph.: 85- 473-478, 1978.
- 9) Elisabeth, A., Tilley, C., Jean, D.: Cranial blind-ending branche of a bifirde ureter, Br. Urol, 62: 127-130, 1988.
- 10) Eisenberg, M.J., Weingarten, M., and Abdülkadir, M.: Bifid blind ending ureters; J. Urol. 136: 90-91, 1986.
- 11) Nishimura, T., Akimoto, M., Kawai, H.: Long blind-ending bifide ureter; Br. J. Urol.; 55:578-579, 1983.