



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

(T. Urol. Derg.)

Cilt : VI, 2, s : 78-82, 1980

BİR URETHRAL PAPİLLOMATOSİS OLGUSU

A case of urethral papillamotosis

Dr. Sedat TELLALOĞLU, Dr. Necdet ARAS, Dr. H. Murat TUNÇ, Dr. Halûk ANDER (*)

Urethra tümörleri, benign ve malign olmak üzere ikiye ayrılırlar. Urethranın malign tümörleri, genellikle nadirdir. Kadınlarda erkeklere göre daha siktir. Genellikle urethranın distal bölümünde, epidermoid kanserlere rastlanır. Proksimal bölümünde lokalize tümörler, adenokarsinom ve transtitional hücreli karsinomdur. Daha nadirdir. Sarkomlara ve melanomlara daha az sıklıkta rastlanır (1,2,3,4).

Benign tümörlere de sık rastlanmaz. Polyp, papillom çok nadir olarak, fibrom, miyom, hemangiomlara rastlanır. Caruncle en sık rastlanan tümöral oluşumdur (4). Polypler genellikle pediküllüdür ve verumontanumda lokalize olurlar (5). Urethral condylomlar tümöral oluşum tarzında gelişirler. Ancak, viral etyolojiye sahiptirler. Papillomlar urethranın her parçasında lokalizasyon gösterebilirler. Urethra epitelinde gelişirler. Urethral caruncle daha çok meatus üriner externde görülen vasküler yapısı çok olan tümördür. Çok daha ender görülen, hemangiom vasküler menşeylidir. Caruncle etyolojisinde, enfeksiyon, kronik irritasyonun rol oynadığı düşünülmektedir. Urethral darlık, cystocel veya mesane prolapsusu nedeni ile urethranın angulasyonu, distal kısımdaki urethrada, vasküler stazın yol açtığı varis gelişmesini ortaya çıkardığına ve bunun caruncle etyolojisinde önemli bir faktör olduğuna bazı yazarlarca inanılmaktadır (1,4).

Semptomatoloji :

Urethranın tümörleri, lokalizasyonuna göre, ön urethrada inisyel, arka urethrada ise terminal hematüriye yol açar. Kanlı urethral sekresyona neden olabilirler. Tümörün lokalizasyonuna ve kitlesine bağlı olarak, üriner obstrüksiyon semptomları verirler. Bazı kongenital urethral polypler, enuresis nedeni olabilirler. Obstrüksiyon yapan tümörlerde, enfeksiyon olağandır. Oluşan enfeksiyon, urethritis, periurethritis sonucu, ürethral

(*) İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği.

fistüle neden olabilir. Malign tümörlerde, inguinal lenfadenopati tesbit edilebilir (1,2,3,4,5).

Teşhis :

Fizik muayene ve enspeksiyon ile meatus üriner extern civarındaki tümörler, meatustan dışarı çıkarlar ve gözle görülebilirler. Ön ürethrada lokalize olanlar, kitle teşkil ettiklerinden el ile palpe edilebilirler. Diğer lokalizasyonlar için urethrographie, endoskopik muayeneler gereklidir (1,2,3,4,5).

Tedavi :

Malign ve benign urethra tümörlerinin tedavisi farklıdır.

Malign urethra tümörlerinin tedavisi; lokal eksizyon, radyoterapi, daha geniş lezyonlarda ve posterior ürethrada lokalize olanlarda, cerrahi müdahaleler; penectomy, cystectomy, lenfadenectomy ve uriner derivasyon ameliyatları gibi cerrahi girişimler yapılabilir (1,2,3,4).

Benign tümörlerin tedavisi; transurethral elektrokoagulasyondur. Meatus uriner externde lokalize caruncleler, eksizyon ve koterizasyon ile tedavi edilebilirler (1,2,3,4).

Vak'a Takdimi :

60 yaşında erkek olan hastanın, mesleği çiftçilikti. Güç idrar yapma, sık sık idrara çıkma ve sonunda idrar yapamama şikâyeti ile kliniğimize müracaat etti. Kliniğimize müracaatından iki gün önce, idrar yapamadığı için başka bir hastanede sonde à demeure konmuştu.

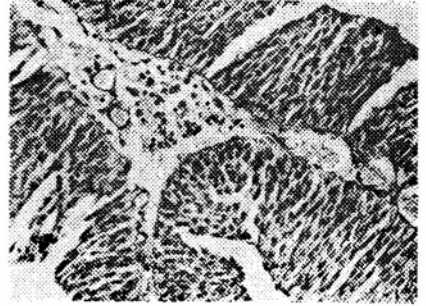
Ürogenital muayenede; böbrekler ele gelmiyordu. Özellik yoktu. Testisler ve epididimler normaldi. Rektal tuşede, prostat silik olarak palpe edildi. Hastada sonde demeure vardı. Meatus uriner externde nohut büyüklüğünde, caruncle veya papillom diye nitelediğimiz tümöral oluşum görüldü. Lenfadenopati bulunamadı.

Laboratuvar tetkikleri sonucu, üriner enfeksiyon (10^3 milyon E. Coll/cm³) bulundu. İntravenöz ürografide böbrekler ve ureterler normal görünümde ve cystographiye özellik yoktu. Postmiksiyonel cystographiye (Resim: 1) mesane boşalmıyordu.

Bu bulguları ile durum izah edilemediğinden, hastaya genel anestezi altında cystoskopi yapıldı. Mesane duvarları, mesane boynu, ureter orifisleri normal bulundu. Meatus üriner externdeki tümöral oluşum rezeke edildi. Rezeksiyon esnasında bu oluşumun, arka urethraya doğru devam ettiği görüldü. Hasta spontane idrar yapamadığı için sonde à demeure kondu. Biopsi sonucu alındığında tekrar kontrole gelmek üzere evine gönderildi.



Resim : 1 — post. miks. sistografi

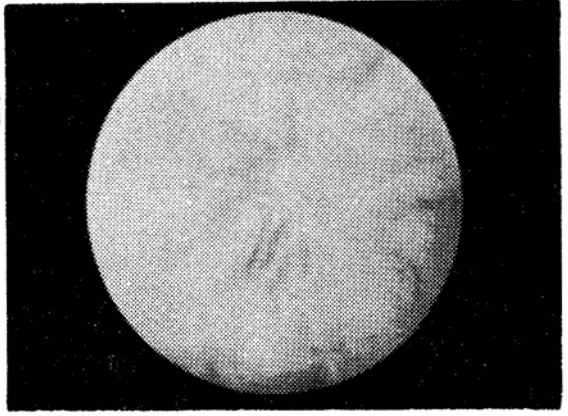


Resim : 2 — İlk biopsinin mikroskopik görünümü.

10 gün sonra biopsi sonucu ile müracaat ettiğinde; patoloji raporu, hücreden zengin papillom olarak tesbit edildi (Resim: 2). Mikroskopik görünümde, mukoza epitelinin, spinal kısmında, hücre artışı, kısmen düzensizlik, buna karşın, bazal membranda düzenlilik hali, küçük bir bölgede stroma içinde kronik iltihap hücrelerinin yerleşmiş olduğu damar kesitleri görülmektedir. (İ.Ü. İst. Tıp Fak. Pat. Anat. Prot. No. 5257/79: 18.6.1979)

Bu müracaatında periürethritis ile birlikte, penoscrotal seviyede fistül tesbit edildi. Sondası çıkarıldı. Fistül yerinden spontane idrar yaptığı saptanarak yeniden sonda konmadı. Periürethritis için uygun antibiotik tedavisine başlandı. Kısa süre sonra, sık sık kontrollere gelen hastanın durumu müsait görülerek, ürethranın endoskopik tetkiki yapıldı. Sistopanendoskopide, mesane duvarlarının normal olduğu, hiçbir tümöral oluşumun bulunmadığı görüldü. Ürethroskopide (Resim: 3) prostatik ürethranın normal olduğu, verumontanumun hemen altından başlamak üzere bütün ürethranın papiller venöz görünümü tümör ile döşenmiş olduğu saptandı. Hasta yatırıldı.

İlk müdahalede, posterior ürethradaki papillomlar, penoscrotal fistül ağzına kadar ball elektrod ile rezeke-koagüle edildi. Sonda kondu. İki gün sonra çıkarıldı. Hasta penoscrotal fistülden idrar yapmaya devam etti. Alınan materyel histopatolojik tetkik için gönderildi. Sonuç: Hücreden zengin papillom olarak geldi. (Düzenli papillalar oluşturan ve spinal tabakası proliferen olan epitel dokusu görülmektedir. Epitel tabakası altında odaklar yapmış görünümde, hücreden zengin yer yer lumenlerinde vakuelleri bulunan asidofilik polarizasyon bozuklukları gösteren hücre toplulukları görülmektedir. (İ. Ü. İst. Tıp Fak. Pat. Anat. Prot. No.: 5595/79, tarih: 22.6.1979)



Resim : 3 — Urethroskopik görünüm.

Resim : 4 — ass. ürethrografi

İkinci müdahale için 20 gün sonra yatırıldığında, ürethrographie yapılarak, birinci müdahalenin sonucu görüldü (Resim: 4) Üretrographiede arka ürethranın tamamen normal olduğu, penoscrotal fistül ağzının ürethraya uyan yeri gözlendi. Anterler ürethrada bir iki doluş defektinden başka belirgin bir özellik yoktu. Hastaya yapılan ikinci müdahalede, arka ürethranın endoskopik kontrolü yapıldı. Normal bulundu. Penoscrotal fistül ağzından meatus externe kadar olan papillomlar rezekekoagüle edildi. Hastaya sonda konmadı. Spontane idrar yaptığı görülerek kendi haline bırakıldı.

Bundan sonraki evrede, peniste giderek artan hiperemi, ödem, idrar kalibrinde incelmeye gibi bulgular ortaya çıktı. Periürethritis ve cavernitis tablosu, yapılan medikal tedaviye cevap vermedi. Hasta bu nedenle sistostomize edildi. Bu girişimden birkaç gün sonra penisteki infeksiyonun, gerilediği görüldü. Hasta postoperatuar 8. gün önerilen zamanlarda kontrollere gelmek üzere sistostomize durumda çıkarıldı.

Daha ileri dönemde, ürethral dilatasyon ve fistül reparasyonu yapılması, daha sonra sistostomiye son verilmesi düşünülmektedir.

Ö Z E T

Urethra papillomları, urethranın herhangi bir yerinde lokalize olan ve mukoza-dan menşei alan, ancak daha çok urethra posteriorda görülen, selim tümörlerdir. Sistizm semptomları verirler. Bazen ilk semptom inisyal hematüridir.

Bizim vak'amızda papillomlar bütün urethrayı tutmuş ve biopsi sonucu hücreden zengin papillom gelmiştir. Hastamıza iki seansta transürethral elektrokoagülasyon tedavisi uygulanmıştır.

S U M M A R Y

A Case Of Urethral Papillomatosis

Urethral papillomas are benign tumors which are localized at any place of urethra but mostly on the posterior part and they usually originate from the mucosa. The cases usually show cystitis symptoms. Sometimes the initial symptom is haematuria.

In our case the whole urethra was occupied by papillomas and the pathologic result of biopsy was benign papilloma. The treatment was transurethral electrocoagulation with the ball electrode in two sessions.

K A Y N A K L A R

- 1 — Prof. Dr. Korkut G. : Üroloji, sayfa 383-384, 1965.
- 2 — Smith, D. R. : General urology, pp 281, 1975.
- 3 — Fletcher, H. Colby : Essential Urology, pp 450-452, 1961.
- 4 — Meredith, F. Campbell : Principles of Urology, pp 500-502, 1962
- 5 — Meredith, F. Campbell : Urology, Vol III pp 2076, 1963.