



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: VIII, (2), s: 113-118, 1982

(Üreter Tümörleri ve Tanıda Gecikme)

URETERAL TUMORS AND DELAYED DIAGNOSIS

**Dr. İ. Tuncay Sözer(*, Dr. M. Çakçak(*), Dr. C. K. İşeri (*),
Dr. R. Hacıassa(**), Dr. İ. Gürsoy(**),
Dr. E. Bazmanoğlu(**), Dr. H. Yazıcı(**)**

Anatomopatolojik olarak pelvis renalis ve idrar kesesi tümörleriyle aynı yapıda olan üreter tümörleri oldukça nadir görüldüklerinden, sıhhatli bir istatistik yapma olanağını vermezler. Bu nedenledir ki, bazı otörler «üretero-piyelo-kalisiyel tümörler» adı altında daha geniş grupta inceleme yapmak gereğini duymuşlardır.

Ducassou'ya ⁽¹⁾ göre üretero-piyelo-kalisiyel tümörler, böbrek tümörlerinin 1/5'i oranında; idrar kesesi tümörlerinde 1/8'i oranında görülüp, %2 oranında bilateral olabilirler. %20 oranında idrar kesesine yayılabilen bu tümörler vakaların %70'inde üreterin 1/3 distalinde yerleşirler.

Kliniğimizde son 10 yılda üreter tümörleri ile ilgili yapılan inceleme sonunda 230 idrar kesesi tümörü tespit ve tedavisine karşılık, 5 adet piyelo-kalisiyel tümör ve sadece 2 adet üreteral tümör olgusu bulundu.

Buradan, bizim materyelimize göre; üretero-piyelo-kalisiyel tümörlerin idrar kesesi tümörlerine oranının 1/33 olduğunu görüyoruz. Yabancı kaynaklarda, örneğin Ducassou'nun araştırmalarında bu oranın 1/18 gibi çok daha düşük olması; bölgesel, ırksal, meslekî ve konstitüsyonel farklar gözönüne alınmadığında bu tümörlerin üzerinde yeterince durulmadığını ve idrar kesesinde tekrarlayan papiller tümörlerde primer tümörün üreterde veya pelvis renaliste mutlaka aranması gereğine her zaman uyulmadığını gösterir.

(*) Haydarpaşa Numune Hastanesi, Üroloji Kliniği Şefi, Kl. Şef Yardımcıları

(**) » » » » » Asistanları

Bu özellik üreter orifislerinin etrafındaki papiller tümörlerde daha da önem kazanır.

Üreter tümörleri kendilerini en çok hematüri ve ağrı ile gösterirler. Ağrı, künt vasıfta olup; tümörün yaptığı obstrüksiyona bağlı olarak üreter ve sonunda pelvisin distansiyonundan ileri gelir. Klinik tanı genellikle kolay olmaz. Yapılan istatistikler bu tip tümörlerden sadece %51'inin kesin klinik tanı ile cerrahi tedavisinin yapıldığını göstermektedir (2). Teşhiste, İ. V. Ürografinin değeri olamaz. Çünkü İ.V. ürografide üreterin bir parçasının görülmemesi peristaltik dalga ile yorumlanır. Komplet obstrüksiyon hızla oluştuğu için, üreterde dolma defektini görmek zordur. Bu durumda böbreğin fonksiyon dışı kalması İ.V. ürografiden beklenen yardımcı engeller.

Tekrarlayan hematürilerle başvuran kişilerde başka bir sebep bulunmazsa, üreterin endoskopik vizüalizasyonuna gayret sarfedilmelidir. Asandan piyelografilerde kateter tatbiki sırasında meydana gelebilen ani kanamalar üreter tümörünün düşündürmelidir. Kateterizasyon esnasında tümörün üst kısmına geçilebilirse normal veya normale yakın görünümde idrarın geldiği görülür.

Ayrıcı tanıda tümör gibi dolma defekti veren non-opak taş ve kıl pıhtılarını da düşünmek gerekir. Üreteral tümörlerde üreter taşlarının aksine tümörün altındaki üreter kısmında genişleme vardır. Lenfanjiografi ve flebografi tümörün lokalize veya yaygın olup olmadığını göstermesi yönünden ayrıca önem kazanır. İdrarda tümör hücrelerinin aranması her zaman sonuç vermeyebilir.

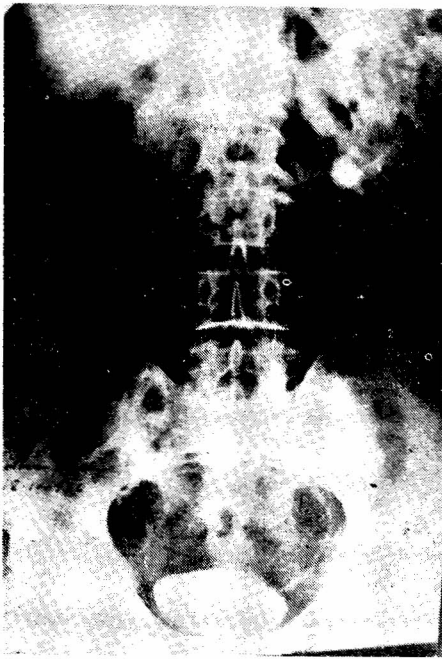
Tedavide en önemli husus, böbreğin anatomik ve fonksiyonel durumudur. Böbreğin muhafazasını öngören cerrahi tedaviden; nefro-üretorektomiye kadar çeşitli müdahaleler düşünülebilir. Ayrıca hastanın ve diğer böbreğin durumu da dikkate alınarak palyatif müdahaleler veya konservatif tedaviler tatbik olunabilir. Aşağıda konu edilecek olgudaki gibi geç tanınabilen üreter tümörlerinde, böbrek fonksiyonel ve anatomik olarak tamamen iflas etmiş durumda bulunur. Bu nedenle Nefro-üretorektomi ve hatta ilâve olarak parsiel sistektomi tercih edilmelidir.

Radyoterapinin postoperatif faydası görülmemiştir. Ancak lokal envazyonlar ve ağrılar için endike olabilir. Methotrexate, endoxan, thio tepa 5—fluorouracil, bleomycin gibi kemoterapötiklerden daha iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir (3,4).

OLGU TAKDİMİ

İ.T., 75 yaşında, imam. (Prot. No. 26-1371). 21.1.1980 tarihinde makroskopik hematüri, dizüri, noktüri ile başvuran hasta incelenip tedavi edilmek üzere hospitalize edildi.

Şikâyetleri 5 yıl evvel sağ lomber ağrı ve hematüri ile başlamış olup, 1975 yılında yapılan İ.V. ürografide sağ afonksiyone böbrek ve normal bir idrar kesesi olduğu tesbit edilmiş ve tedavisi için çeşitli ilaçlar kullanmış (Resim: 1). 1 yıl sonra şikâyetlerinin tekrarı sebebi ile yeniden İ.V. ürografi yapıp, yine sağ afonksiyone böbrek ve normal bir idrar kesesi bulunmuş. Retrograt piyeolografi için sağ üretere kateter ithal edilememiş. Bir müddet daha şikâyetleri arttıkça ilaç kullanan hasta. 1 ay önce massif bir hematüri geçirmesi üzerine yeniden çekilen İ.V. ürografide; sağ afonksiyone böbrekle beraber, idrar kesesinin sağ tarafında 2,5 cm. büyüklüğünde dolma defekti tespit edildi (Resim: 2—3). Yapılan sistoskopik muayenesinde; tümörün sağ üreter orifisini tıkadığı görülüp, üreteral orifis seçilemediği için sağ üretere kateter konulamadı. Bunun üzerine cerrahi tedaviye karar verilip, 28.1.1980 tarihinde evvela idrar kesesi explore edildi. İ.V. olarak verilen Bleu de Methylen'in 10 dakika içinde sağ üreter orifisinden geldiği

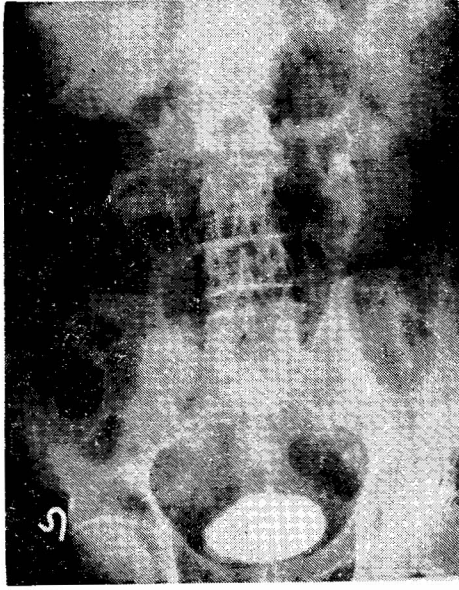


Resim 1

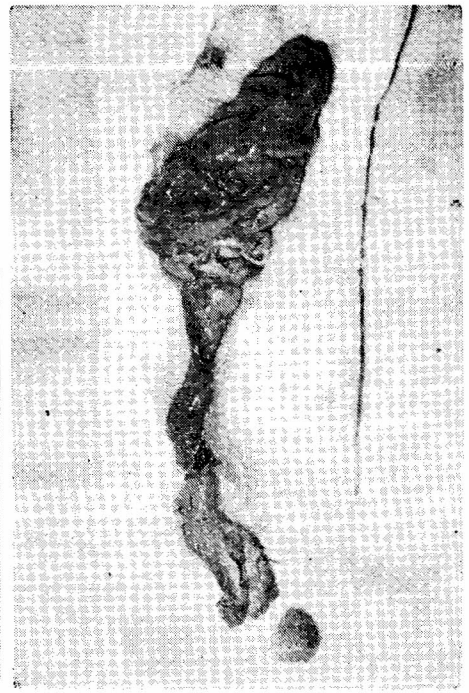


Resim 2

görülememi. İdrar kesesinde sağ üreter orifisi üzerinde 2,5 cm. çapındaki tümör extirpe edildi. Daha sonra retro-vesikal olarak ileri derecede dilate ve adeta sigmoid kolonu andıran üreter bulundu ve curf rezeksiyonu ile beraber üreterektomi ve sonra da lomber ensizyonla nefro-üreterektomi yapılarak ameliyata son verildi (Resim: 1—4). Normal bir postoperatif seyir takip edildi. Bundan sonra 15 gün arayla 100 mgr. Methotrexate 9 ay süre ile tatbiki planlandı.



Resim 3



Resim 4

Patolojik anatomi muayenesinde (Port. No. 341—803).

1 — 3X2X1,5 cm. ölçülerinde karnabahar görünümünde, kolay kesilebilen, pembe renkli doku parçası.

2 — Topluca 6X2,5X1,5 cm. ölçülerinde koyu pembe renkte doku kitlesi, bir sahada bir lümenin içinde imiş intibainı veren ve kesin yüzü sarımtırak beyaz renkte sert kıvamda ortası nekrotik bir kitle görüldü.

3 — 21 cm. boyunda üreteri havi, normal görünümünü tamamen kaybetmiş, 13X7X5 cm. ölçülerinde böbrek, üreterin alt ucu çapı 2 cm.'ve varan bir kalınlık farkedilmekte olup, 8 cm.'lik mesafe 2 cm. kalınlıktadır. Bu kısımda lümen kolay parçalanabilen gri beyaz renkte bir kitle ile doludur. Alt uçtan 12 cm. mesafeye kadar da lümeni tam doldurmasa bile mukozada kalınlaşma görülmektedir. Böbrekte kalıs, pelvis çok genişlemiş, korteks bir kist cidarı haline gelmiştir. Mukozaları yer yer parlak soluk gri pembe, bilhassa pelviste peteşial kanama mevcuttur.

Teşhis: Değişici Epitel Ca. (Grade IV) üreter. Kronik piyelonefrit. Hydronefroz.

TARTIŞMA

Bildirimizin başlığında da görüleceği üzere, klinik tanısı geç yapmış bir primer üreteral tümör olgusu tetkik edilerek tedavisi üzerinde duruldu.

Olgunun geç tanısı yayında, 1975 yılından beri üreter distalinde obstrüksiyon yapması ve üreteral orifisi tutan aynı karakterdeki idrar kesesi tümörü görünümünü vermesini de özellikleri arasında saymak isteriz. Hasta bize de idrar kesesindeki dolma defekti ile başvurmuştu.

Üreterde üreteral obstrüksiyon, kanımızca 1975 yılında az da olsa başlamış ve 1976 yılında üreteral kateterizasyon yapılması bu sebepten mümkün olmamıştı. Üreter distalindeki obstrüksiyonun tam blokajı ile böbrek, ameliyatta bulunan kese haline gelmiştir. Üreterin eksplorasyonunda etrafındaki dokulara envazyonu tespit edilemedi ve kolaylıkla libere edildi. Bu özelliği de üreterdeki primer tümörün yavaş ilerlediğinin diğer bir belirtisidir. Cidarı bu kadar ince tübüler bir organdaki neoplazm'ın 6 yıl içerisinde belirtildiği kadar yavaş ilerlemesi; olgunun üzerinde durulması icabeden diğer bir özelliğidir. 1973 yılında Graham'ın (5) bildirdiği bizimkine benzer 4 olguda da kati tedavi yapılmayan hastalarda 6 yıldanberi mevcut üreteral tümör bildirilmekteydi.

Bahis konusu edilen olguların ışığında primer ve obstrüksiyon yapan üreter tümörlerinde klinik seyrin yavaş olduğu fikri uyanmaktadır. Bu yönden bakılacak olursa bilhassa hematüri ile beraber olan üreteral obstrüksiyonlarda, üreterdeki obstrüksiyonun bir tümöre de ait olabileceği düşünü- lüp, klinik araştırmayı derinleştirmek gerektiği inancındayız. Yukarıda da değinildiği gibi, tekrarlayan ve bilhassa üreter orifisine yakın olan papiller tümörlerde üreterin iyice incelenmesi yerinde olur.

Ö Z E T

Sağ üreterin distal ucunda olup, klinik tanısı 5 yıl sonra yapılmış bir üreter tümörü olgusu takdim edildi.

Hasta ilk defa kliniğimizde görüldüğünde, idrar kesesinin sağ tarafında bir dolma defekti mevcuttu. Bilinenlerin aksine olgudaki tümöral oluşum yavaş ilerleyip böbrekte de obstrüksiyona bağlı olarak tam bir keseleşme meydana gelmişti.

S U M A R Y

A case of delayed diagnosed ureteral tumor which was localized on the distal end is presented.

The patient was seen with a filling defect on the right side of the urinary bladder in our clinic. We have observed a complete obstruction on the distal ureter there was a sacculated hydronephrotic right kidney.

KAYNAKLAR

- 1 — **Ducassau, J.** ve ark. d'Urol., 9:212, 1978.
- 2 — **Raymond, G.** ve ark. d'Urol., 7:459, 1977.
- 3 — **Sözer, İ. T.**, İlerlemiş İdrar Kesesi Tümörlerinde Kemoterapi. Baskıda.
- 4 — **Turner, A. G.**, **Hendry, W. P.**, **Williamson, G. B.**, and **Bloom, H. F. G.**: Treatment of advanced Bladder Cancer with Methotrexate. Brit. J. Urol. 49:673, 1977.
- 5 — **Graham, J. B.**, Delayed Recognition of Ureteral Tumors. Urol., 110:191, 1973.