



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

(T. Urol. Derg.)

Cilt : 2, 2, S: 67-71, 1976

PELVİS RENALİS TÜMÖRLERİ

(Üreter Metazıtı Yapmış 1 Vak'a Münasebetiyle)

TUMORS OF RENAL PELVİS

Hasan N. TOKTAY (*), Orhan YURTSEVEN (**), Atalay GÜRSAN (**)
Hidayet Hakim (***)

Vaka

Z.Ü., 54 yaşında, kadın.

Şikâyeti : İdrarının zaman zaman koyu renkte ve bulanık gelmesinden.

Hikâyesi : 2 ay önce idrarı çay renginde gelmiş, tıbbi tedavi ile geçip tekrar başlıyormuş.

Öz ve soy geçmişi : Kayda değer mühim bir hastalık geçirmemiş. 2 çocuğu sağ ve sıhhatte. Alışkanlık : Günde 4-5 adet sigara içiyor. Sistem muayenelerinde kayda değer bir bulgu yok.

Ürogenital sistem : Böbrekler ele gelmiyor, derin palpasyon ve vurma ile ağrı yok, Glob yok, Dış genital yapılar normal.

Laboratuvar bulguları : İdrar : 100 cc, sarı, bulanık, özel sahada mebzul, eritrosit, 7-8 lökosit, 2-3 epitel.

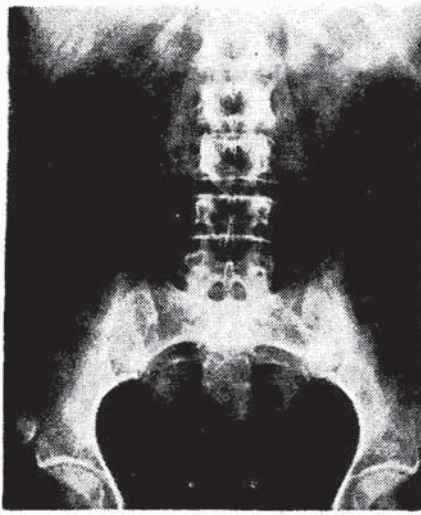
Kan : K.K. : 4.120.000, B.K. : 4.400. Hb : % 82, Sedim : 9 mm/1 saat, Kanama z. : 1 dk.; Pıht. z. : 5 dk.; Kanda şeker : % 106 mg.; Kanda üre : % 46 mg.

Radyolojik Bulgular : Direkt grafi : Normal (Resim 1) Ürografi : Heriki

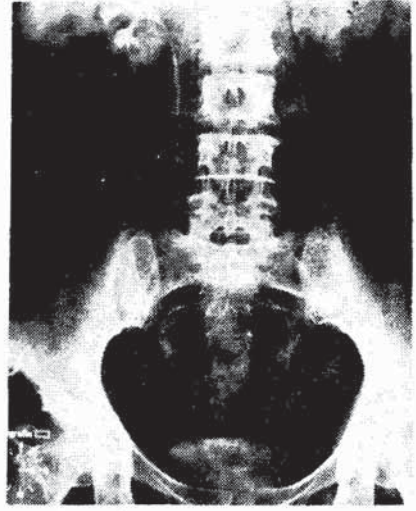
(*) Ege Ü. Tıp Fak. Üroloji Kliniği Kürsü Profesörü

(**) Ege Ü. Tıp Fak. Üroloji Kliniği Müh. Asistanları

(***) Ege Ü. Tıp Fak. Üroloji Kliniği Asistanı



Resim : 1



Resim : 2

böbrek ilk dakikalardan itibaren kontrast maddeyi elimine etmektedir. Sağ böbrek fizyolojik boşlukları normal görünümde. Solda pelvi-kalsiel bölüm orta derecede ektazik, Pelvisin tamamını orta ve alt kalisin büyük kısmını içine alan dolma defekti mevcut. Üreterler ve mesane normal dolma ve kontur göstermekte (Resim: 2). Rie grafisi : Normal, kemik grafileri : Normal.

Sistoskopi : Meatus normal, uretra serbest, rezidü yok, kapasite 250 cc., mesane mukozası normal, üreter delikleri normal yer ve manzarada. Patolojik bulgu yok. Anestezi yönünden hastanın ancak kısa süreli bir operasyonu kaldırabileceği bildirildi.

Hastaya bu durumda önce böbrek boşluklarını dolduran tümör dolayısıyla müdahale edilmesi uygun görüldü ve genel anestezi altında solda Nefro-üretrektomi ameliyesi yapıldı. (14.10.1974 - 281), Üreterin lomber bölümü çıkarıldı.

Biopsi Raporu : Pelviste değişici epitel karsinomu. Grade 11. (Ege Ü. Tıp Fak. Patoloji Enstitüsü. 9147/74 - 22.10.1974)

Çok kısa süre sonra davet edilmesine rağmen, hasta ancak 26.6.1975 tarihinde Kliniğimize tekrar yatırılabilirdi. İdrar yaparken yanma ve zorla idraretme şikâyeti mevcut. Diğer sistem muayeneleri normal. Ürogenital sistem : normal, solda böbrek ameliyatı şak nedbesi mevcut.

Laboratuvar bulguları : İdrar : 100 cc., sarı, bulanık, koku : özel asit, 1020 protid : menfi, Glucid : menfi. Mikroskopi : Her sahada 3-4 lökosit 1-2 eritrosit **KAN :** K.K. : 4.220.000, B.K. : 4.000 Hb : % 85, sedim : 8-13 mm. Kanama z. : 1 dk. Pih.z. : 5 dk. Kanda şeker : % 88 mg. Kanda üre : % 53 mg

Radyolojik bulgular : **Direkt Grafi :** Normal. Solda böbrek kontürü seçilmiyor. (Nefrektomize). **ÜROGRAFI :** Sağ böbrek fizyolojik boşlukları normal, üretra serbest, rezidü yok. Kapasite 250 cc. Mesane mukozası normal

manzarada. Sol üreter deliğinden dışarıya doğru hafifçe sarkan papillomatöz küçük tümöral teşekkül mevcut. Ayrıca kollumda saat 7 hizasında papillomatöz küçük bir teşekkül görülüyor.

Ameliyat : Genel anestezi altında inguinal bölge ve mesane açıldı. Solda parsiyel sistektomi yapıldı. Üreterin kalan kısmı çıkarıldı. Saniyen mesane boynundaki küçük tümör de ekstirpe edildi. Mesane tamamen kapatıldı. Hasta ameliyatın 17. günü şifa ile taburcu edildi.

Biopsi : Değişici epitel karsinomu (Grade 2); No : 6556/8.7.75.

Tartışma

Pelvis renalis tümörleri böbrek tümörlerinin % 7-8 ini teşkil ederler. Çoğu Epitelyal olup, çok az bir kısmı Nonepitelyaldir. Pelvisin içini döşeyen değişici epitel hücrelerinden derive olurlar. (3,5,7).

Malign tümörler 1/3 veya 2/3 oranında benign olanlardan daha sıktır. Erkekten kadından 2 misli fazla görülür. 40 yaşından sonra rastlanırlar. % 1 vakada bilateralirdir. Sağ ve sol böbrek arasında musabiyet yönünden fark yoktur. Orijinleri hakkında kesin bilgi yoktur. Kronik infeksiyon ve taşın yapacağı irritasyon neticesi epitel metaplaziye bağlanmaktadır. Birçok yazarlar pelvis lökoplazisi ile Epidermoid kanser arasında bir ilgi olduğundan bahseder. **Dahagan ve Reed**, (2), 106 Epidermoid kanserli vakanın % 48 inde taş buldular. **Higgins**, (2), 7 vakanın 3 ünde aynı şeyi buldu. Ayrıca muhtelif kanserojenlerin rolünden de bahsedilmektedir. (2,3,7).

Pelvis, Renalisin primer ve sekonder tümörleri mevcuttur. Primer tümörler büyük çoğunlukla epitelialdir. Benign ve malign olabilirler. Benign olanlar daima papiller tümörlerdir. Malign olanlar papiller veya infiltran olabilirler. Sekonder tümörler renal parankim tümörlerinin pelvise yayılması sonucu meydana gelirler. Prognozları fenadır. (2,3,5,7)

Pelvis renalis tümörleri : 1 — Epitelyal tümörler (değişici epitel papillomu, değişici epitel karsinomu, yassı hücreli karsinom, adenocarcinom) 2 — Non-Epitelyal tümörler (Lipom, Myolipom, Angiom gibi mezenşimal orijinli olanlar) şeklinde bir sınıflamaya tabi tutulabilirler. Epitelyal tümörler makroskopik olarak pediküllü, sessil ve infiltran tipte olabilirler. (2).

Higgins' e göre değişici epitel karsinomlarının % 85 i papillomatöz tabiidir. Tek veya multipl olabilirler. Kalislerden başlayıp pelvise, üretere ve mesaneye yayılabilirler. Vakaların % 40 ında tümör üreter ve mesaneye yayılır. üretero pelvik bileşikte gelişmesi orta derecede hidronefroza sebep olur. Vakaların % 50 sinde pelvis adelesine invazyon ile venöz ve lenfatik yayılma söz konusudur. **McDonald ve Priestly** (3), 1944 te 75 vakanın % 45,3 ünde vena renalis infiltrasyonu buldular. Uzak metastazlar akciğer, karaciğer ve lenf düğümlerinde görülür. **Mentell ve Hamilton** (3) 1 vakada ilk belirti olarak servikal lenf düğümü metastazı tesbit etmişlerdir. (1,2,3,5,7).

Bu tümörler yavaş büyürler. Kardinal semptom olan hematüri intermitten olarak 1 haftadan 1 seneye kadar sürebilir. Neticede devamlı kalabilir. Ağrı az görülür, ancak koagulum kolığı şeklindedir, bazan künt vasıfta

olur. Pollakiüri nadirdir. Lezyona infeksiyon eklenirse dizüri görülür, vakaların % 15 inde böbrek palpe edilebilir. (2,3,5,6,7)

Klinik teşhis, anamnez, fizik muayene, radyolojik ve endoskopik tetkiklerle konur. Ürografi, kesin teşhis için lüzumludur. Pelvi-kalisiel boşlukta dolma defekti ve düzensizlik görülür. Şüpheli durumlarda piyelografi yapılır. Böbrek fonksiyonu bozulmayabilir. Genellikle pelvis orta derecede dilatedir ve hidrokalis görülür. Bazan daha ileri pelvikalisiyel düzensizlik mevcut olabilir. Sistoskopide % 20-25 oranında lezyonun mesaneye infiltre olduğu görülür. Tümör genellikle aynı taraf orifisine infiltre olur. Üreterden kanlı idrar atımı görülebilir. Mesane papillomu vakalarında üst üriner sistem gözden geçirilmelidir. Sitoloji ve Angiografi diğer teşhis metodlarıdır (3,5,6,1)

En uygun tedavi Nefroureterektomidir. **Kimball ve Fariris** (3), hastaların % 86 sında Nefrektomiden sonra, % 68 inde ise Nefroureterektomiden sonra nüks görülebileceğini bildirmektedir. **Calston** (3) (1935), üreterin intramural parçasını koterize ettiyse de sonuç elde edilmedi. **Kirvin**, (3), üreterle birlikte mesaneden de segmental bir parça alınmasını önerir. (2,4,5)

Prognoz hakkında kesin birşey söylenemez. **Taylor'a** (3) göre hastaların % 23,3 ü 5 sene sürvi gösterir. **Mc. Donald ve Periestly** (), (1944) hiç yayılma tesbit edilmeyen 34 vakada 5 seneden fazla sürvi göremediler. **Higgins** (2), 7 vakada 2 exitus kaydetti. **Gahagan ve Reed** (2) 106 vakada 5 senelik sürvi buldular. Yayılma gösteren tümörlerde 5 senelik sürvi oranı en fazla % 4,3 tür. **Riches, Griffiths ve Thackray** (2) 1951 de 79 izole papiller epitelyoma vakasında % 41 oranında 10 seneñk sürvi buldular. Aynı müellifler (2), üreter ve mesaneye yayılma gösteren vakaların % 33 ünde 3 senelik sürvi bulmuşlardır. **Petkoviç** (2), 120 pelvis renalis kanserinden operasyona tabi tutulan 87 vakada 3 senenin üzerinde sürvi görmüştür. Pelvis renalis tümörlerinde pre ve postoperatif şua tedavisi değer taşımaktadır (3).

Bizim vakamızda ise 1 operasyondan sonra şua tedavisi uygun görülmüş, fakat mâli imkânsızlıklar dolayısıyla ancak ikinci ameliyattan sonra kabıl olmuştur.

Özet

Pelvis renalisin tümörleri böbrek parankıması tümörlerine nazaran çok daha az görülmektedirler ve takdim ettiğimiz vak'ada olduğu gibi üreteri ve hatta mesaneyi de istilâ edebilirler.

Vak'amız 54 yaşında bir kadın olup sadece idrarının renk değişikliği dolayısıyla hekime müracaat etmiş ve yapılan tetkiklerle sol böbrek pelvisini dolduran tümör mevcudiyeti dolayısıyla evvelâ o tarafta nefro-üreterektomi ameliyatı yapılmış, böbrekle beraber üreter'in lomber parçası çıkarılmıştır.

Bilâhare gerek üreter orifisinde ve gerekse mesane boynunda tümör teşekkülü görülerek tekrar ameliyat edilmiş ve mesane açılarak solda kısmi üreterektomi, mesane boynu tümörü ekstirpasyonu ve şua tedavisi yapılmıştır.

Summary

Tumors of Renal Pelvis (On the occasion of a case)

The tumors of renal pelvis constitute 7-8 % of all renal tumors. Most of them are of epithelial origin, and the others are non-epithelial. Malignant tumors of the pelvis are more common than the benign one. There is no definit knowledge concerning their origin. Epithelial metaplasia of various causes have been suggested.

The tumors of the renal pelvis are classified as primary and secondary. Primary ones are epithelial in origin where as the secondary tumors develop by the extension of parenchymal tumors to the renal pelvis.

This tumors grow slowly. The main symptom is intermittent hematuria. Pain is usually rare. Ureteral and vesical extension of the tumor may produce dysuria and pollakiuria. They extend locally to pelvic muscles and also may metastasize to distant organs such as lungs, liver, bone-marrow and lymph nodes by blood or lymph stream.

The clinical diagnosis is made by physical examination, x-ray and endoscopic studies. The treatment of choice is the nephro-ureterectomy. In suitable cases post-operative survival is about 3-5 years. The radiation therapy is considered to be of no value.

Kaynaklar

- 1 — Bergman, H., Friedenberq, R. M., Sayegh, V. : Carcinoma of the ureter : Clinical Report of Seven Cases, 87:119, 1962.
- 2 — Bitker, M. P., Chatelain, C. : Tumeur de la Voie excrétrice. Encyclopédie Medico-Chirurgicale. 18098 A10, 1967.
- 3 — Campbell and Harrison ; Tumor of Kidney. W. B. Saunders Company. Philadelphia, London - Toronto. 830, 1970.
- 4 — Carrol, G. : Bilateral transitional cell Carcinoma of the renal pelvis. Journal of Urology. 93:132, 1965.
- 5 — Cibert, J., Perrin, J. : Urologie Chirurgicale. Edition Medicale Flammarion. 22, Rue de Vaugirard, Paris - VIe, 294:1959.
- 6 — Lemaitre, G., Michel, J. R., Tavernier, J., Rémy, J., Sulman, Ch., Swyngedan, W. J., Vasselle, B. : Traité de Radiodiagnostic. Masson Cie, 120. Boulevard Saint-Germain-PARIS. 158, 1970.
- 7 — Smith, R. D. : General Urology. Lange Medical Publications. Los Altos, California. 253, 1969.