TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 15, Sayı: 1, 177-184, 1989

ÜRETEROSEL'İN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ(*)

ENDOSCOPIC TREATMENT OF URETEROCELE

KURAL, A.R., ÖNER, A., TALAT, Z., SOLOK, V., YALÇIN, V., AVANOĞLU, H.(**)

GİRİŞ

Konjenital bir anomali olan üreterosel, üreterin terminal bölümünün kistik dilatasyonudur. Bu patoloji iki şekilde görülmektedir. Birinci şekil basit üreterosel olup tek bir üreterin terminal bölümünün kistik dilatasyonudur (Resim 1). İkinci şekil ise duplike üreterlerden birinde oluşan üreterosel şeklidir (Resim 2) (6).

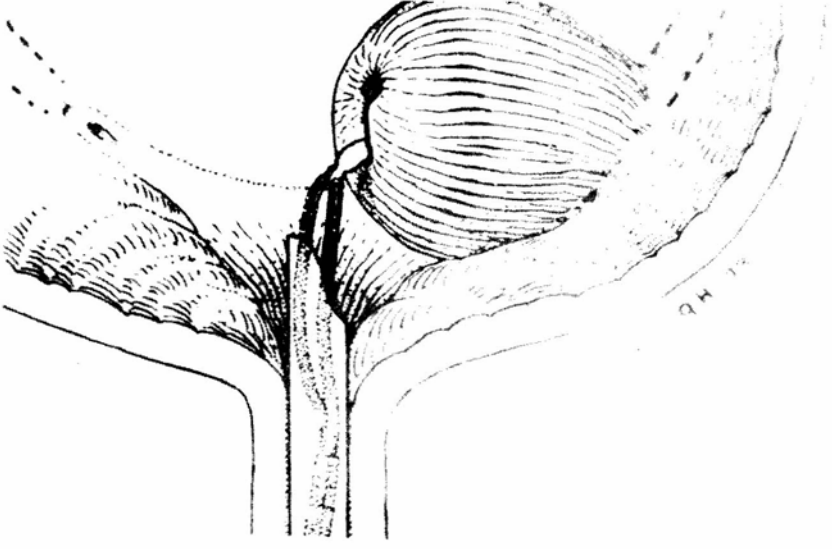
Üreteroseller üst üriner sistemde obstrüksiyona, enfeksiyonla birlikte taş oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca büyük üreteroseller mesane boynu obstrüksiyonuna yol açabileceği gibi, bası nedeniyle diğer üreterin obstrüksiyonuna da sebep olabilir (2, 3). Özellikle çocuklarda ve kısmen de erişkinlerde ileri derecede böbrek parankimi harabiyetine kadar varan patolojiler gelişmeden tedavileri gerekmektedir (4). Bugüne kadar üreterosellerin transvezikal yolla tedavileri mümkün olduğu gibi, son zamanlarda transüretral yol ile insizyon ve rezeksiyonu ile de tedavileri mümkündür (1, 5). Özellikle basit üreterosel olgularında transuretral ensizyon veya rezeksiyon seçkin bir yöntemdir (1, 2, 3).

Biz çalışmamızda, üreterosellerini transuretral yol ile rezeksiyon veya ensizyone ederek tedavi ettiğimiz on yetişkin olguyu sunduk.

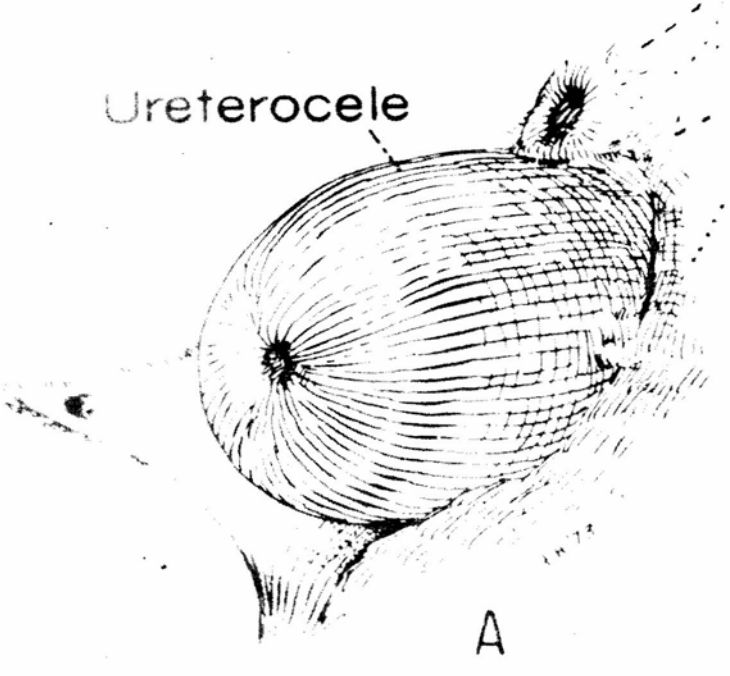
MATERYAL VE METOD

Çalışmamızı, 1984-87 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'ne başvuran 10 üreterosel olgusu oluşturmaktadır.

(*) 9. Üroloji Kongresi'nde tebliğ edilmiştir. 28 Eylül-2 Ekim Torba Tatil Köyü-Bodrum.
(**) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı



Resim 1: Basit üreterosel görülmekte.



Resim 2: Duplike üreterlerden birinde bulunan üreterosel görülmekte.

TABLO I

Ad	Yaş	Cinsiyet	Semptomlar	Taraf	Taş	Enfeksiyon	İVP bulguları
BB	34	Erkek	------	Sağ	(—)	(—)	Normal
MT	43	Erkek	Lomber ağrı, pollakiüri, dizüri	Sol	(+)	(—)	Normal
ZO	48	Erkek	------	Sol	(—)*	(—)	Normal
BB	26	Erkek	Lomber ağrı, hematüri dizüri	Sol	(+) Mültiple	(+)	Sol böbrek alt kaliste mültipl taşlar.
AE	21	Kadın	Lomber ağrı, hematüri dizüri	Bilateral	(+) Sol	(+)	Bilateral üreter 1/3 alt bölümde dilatasyon.
LS	55	Kadın	Pollakiüri, dizüri	Sağ	(—)	(+)	Sağ üreter ve pelvis renaliste ektazi.
MG	70	Kadın	Lomber ağrı, hematüri dizüri	Sol	(+)	(+)	Sol böbrek ren superpose ve bifid üreter.
BY	45	Kadın	Lomber ağrı, hematüri dizüri	Sol	(+) iki adet	(+)	Sol böbrekte mültipl taşlar
FM	45	Kadın	Dizüri, pollakiüri	Sağ	(—)	(+)	Normal
BT	54	Kadın	Lomber ağrı, hematüri dizüri	Sol	(+)	(—)	Sağda çift üreter.

Olgularımızın en küçüğü 21, en büyüğü 70 yaşında olup 4'ünü erkek, 6'sını kadın oluşturmaktadır (Tablo 1). Olguların semptomlarına göre klinik muayeneleri, idrar kültürleri, radyolojik olarak direk üriner sistem grafileri, İ.V.pyelografileri ve sistografileri değerlendirilerek ve genel anestezi altında sistoskopileri yapılarak üreterosel tanıları konulmuştur. Aynı seansta transuretral yolla soğuk makas ile ensizyonları veya rezektoskop ile rezeksiyonları yapılmıştır. Her olguya 48 saat müddetle kateter uygulanmış ve bir haftalık uygun antibiotik tedavisi verilmiştir.

Olguların üç ila altı aylık klinik, laboratuvar ve radyolojik kontrolleri yapılmış ve ayrıca vezikoüreteral reflü açısından araştırılmıştır.

BULGULAR

Olgularımızın 6'sında lomber ağzı, hematüri ve dizüri, 2'sinde dizüri ve pollakiüri semptomları mevcut, 2'sinde de hiçbir semptom mevcut değildi. 6 olgumuzda üriner enfeksiyon mevcut, 4'ünün idrarı ise sterildi. Olguların DÜSG ve İVP tetkiklerinde üreterosel 6'sında sol, 3'ünde sağ, birinde de bilateral lokalizasyon göstermekte olup, 6'sında üreterosel içinde taş mevcut olup bunlardan ikisinde taşlar mültipldir (Resim 3 a-b-c). İki olgumuzun aynı taraf böbreklerinde de mültipl taşlar mevcuttu (Tablo 1). Olguların sistografilerinde tipik kobra başı görünümü mevcut olup, iki olguda sadece aynı taraf üreterin 1/3 alt tarafı genişleme göstermekte, bir tanesinde bütün üreterde ve pelvis renaliste ektazi görülmekte, bir tanesinde üreterosel tarafında sol ren superpose ve bifid üreter görünümü, bir tanesinde de üreteroselin karşısındaki üreterde çift üreter sistemi mevcuttu. Diğer olgularımızın böbrek ve üreterleri anatomik ve fonksiyonel olarak normaldi (Tablo 1).

Resim 3a: Olgumuzun DÜSG'sinde üreterosel içerisindeki taş görülmekte.

Resim 3b: Olgumuzun İVP'sinde bilateral üreterosel görülmekte

Resim 3c: Olgumuza ait İVP'de tek taraflı üreterosel görülmekte.

Resim 4a: Bilteral üreteroselli olgumuzun transüretral rezeksiyondan sonraki kontrol İVP'sinde, üreterosellerde düzelme görülmekte.

Sistoskopik muayeneleri genel anestezi altında yapılan olgularımızın hepsinin mesanelerinde üreterosel dışında bir patoloji saptanmamıştır. Olguların 3'ünde transuretral girişim ile soğuk makas kullanılarak üreterosel üreter orifisinden üreterin boyunca 0.2 ila 0.5 cm.lik ensizyon uygulandı. 7 olgumuzda da üreterosellere tüm mesane katlarını içine alacak şekilde rezeksiyon uygulandı. Daha önce insizyon yapmış ve yeterli olmayan bir olgumuza bilahare rezeksiyon işlemi yapıldı (Tablo 2). Taşlı olguların hepsinde taşlar litolapexie ile çıkarıldı. Tüm hastalara 48 saat süre ile uretral sonda uygulandı. Bir haftalık uygun antibiotik tedavisi verilerek sondasız taburcu edildiler.

Olgularımızın 3 ila 6 aylık periodik klinik ve radyolojik kontrollerinde semptomatik ve radyolojik düzelme saptandı (Resim 4 a-b). Olgularımızdan kontrollere gelmeyen biri dışında hepsine yapılan vezikoüreteral reflü araştırma tetkiklerinde reflü saptanmadı.

TABLO II

TEDAVİ ŞEKLİ	OLGU SAYISI
Transuretral rezeksiyon	7
Transuretral ensizyon	3
Toplam	10

Resim 4b: Tek taraflı üreteroselli olgumuzun rezeksiyondan sonraki İVP'sinde düzelme görülmektedir.

TARTIŞMA

Basit üreterosel tesadüfen radyolojik olarak bulunmuş ise ve klinik semptom vermiyorsa, üst üriner sistemde harabiyet yapmamışsa tedavisi gerekmez. Fakat tekrarlayan enfeksiyonlarla birlikte, taş teşekkülü mevcut ise ve üst üriner sistemde bozulmalar var ise cerrahi tedavisi gerekir. Cerrahi tedavi yöntemi ya endoskopik ya da açık operasyondur (2, 3, 5). Cerrahi yöntemin türünü seçerken klinik semptomlar, üreteroselin büyüklüğü ve yukarı üriner sistemin bozukluğu önemli rol oynamaktadır. Genellikle büyük üreteroseller (3-4 cm.den büyük olanlar) açık ameliyatı gerektirirler. Bu da üreteroselin eksizyonu ve üreterin mesaneye yeniden emplantasyonudur (1, 3, 5).

Erişkinlerdeki basit üreteroseller küçük veya orta büyüklükte ise, veya üreter tonisitesi iyi ise transuretral ensizyon veya rezeksiyonun uygun bir tedavi yöntemi olduğu günümüzde bilinmektedir (1, 2, 3, 4). Literatüre bakıldığında; Wines ve ark. 45 erişkin olgudaki 39 üreterosele transuretral rezeksiyon uygulamış ve 21 semptomatik iyileşme bildirmiş, 11 üreterosele transuretral insizyon uygulamış, 7 semptomatik iyileşme bildirmiştir (1). Gershom ve ark. 92 erişkin olgunun 24'üne transuretral rezeksiyon, 65'ine de transuretral insizyon uygulamış, 65 olgudan 59'unda semptomatik iyileşme bildirmiştir (2). Rodriguez 25 üreteroselli olguya transuretral insizyon uygulamış, 22'sinde iyi sonuç aldığını bildirmiştir (3). Bizim serimizde 7 olguya transuretral rezeksiyon, 3 olguya da transuretral insizyon uyguladık ve hepsinde de semptomatik düzelme gördük.

Duplike ve ektopik üreterde oluşan üreterosellerin cerrahi tedavisinde de aynı endikasyon ve ameliyat yöntemleri geçerlidir. Burada önemli olan üreter ve buna ait böbrek pollerindeki harabiyetin derecesi ve tedavi seçimidir (2, 4, 5).

Üreterosellerin transuretral tedavisinden sonra görülen yegane önemli komplikasyon vezikoüreteral reflü'dür (1, 2, 3, 4, 5, 6). Literatürdeki olgu serilerinde Gershom ve ark. bir olguda, Wines ve ark. üç olguda vezikoüreteral reflü bildirmişlerdir (1, 2). Rodriguez olgularında reflü saptamamıştır (3). Biz serimizde vezikoüreteral reflü'ye rastlamadık. Eğer vezikoüreteral reflü meydana gelirse transvezikal antireflü ameliyatları gereklidir (1, 2, 3, 4, 6). Literatürde reflü dışında erken kanama ve buna bağlı idrar retansiyonu ender görülen komplikasyon olarak tarif edilmektedir (1, 2, 3). Bu nedenle hastalara en az 48 saat uretral kateter uygulanmalıdır. Olgularımızda bu yönde bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç olarak; basit üreterosellerde transuretral rezeksiyon ve insizyonun seçkin bir metod olduğu, ameliyat yarasının olmayışı, yatış müddetinin kısa oluşu nedeniyle açık ameliyata oranla üstün bir tedavi yöntemidir.

ÖZET

Üreteroselin endoskopik tedavisi, özellikle single üreter olgularında tercih edilen tedavi yöntemidir. Üreteroselin yol açtığı patolojiler, transuretral insizyon veya rezek

siyon yapmak suretiyle tamamen düzeltilebilir. Bu tedaviden sonra vezikoüreteral reflü görülme şansı bir hayli düşüktür. Üreteroseli olan 10 erişkin hastaya endoskopik tedavi uygulandı. 1 hastada bilateral üreterosel mevcut idi. Olguların hepsinde endoskopik tedavi ile olumlu sonuçlar elde edildi.

SUMMARY

Endoscopic treatment of ureterocele has been widely used especially in case of single ureter. Pathologies caused by ureterocele can be completely relieved by transurethral incision or resection. The incidence of sevicoureteral reflux is very low after treatment. 10 adult patients with ureterocele were treated endoscopically. In one patient ureterocele was bilateral. Results were favourable in all the obtained cases.

LİTERATÜR

1. **Wines, R.D. and O'Flynn, Dermot J.**, Transurethral Treatment of Ureteroceles. British Journal of Urology, 44: 207-216, 1972.
2. **Thompson, Gershom, J. and Kelalis Panoyotis P., Ureterocele:** Clinical Appraisal of 176 Cases. The Journal of Urology, 91: 488-492, 1964.
3. **Rodriguez, Vicente J.**, Endoscopic Surgery of Calculi in Ureteroceles. Eur. Urol., 10: 36-39, 1984.
4. **Tank, Edward S.**, Experience with endoscopic incision and open unroofing of ureteroceles. The Journal of Urology, 136: 241-242, 1986.
5. **Amar, Arjan D.**, Management of urinary clculcus disease in patients with ureterocele. The Journal of Urology, 117: 34-38, 1977.
6. **Glenn, James F.**, Urologic Surgery. Third Edition: 483, 1983.