

RETROKAVAL ÜRETER, KONTARALATERAL TARAFTA LUMBAL DİSTOPIK BÖBREK: OLGU TEBLİĞİ

RETROCAVAL URETER, LOMBER DYSTOPIC KIDNEY ON THE CONTRALATERAL SIDE:
CASE REPORT

ALTIPARMAK, Z.(*), OKUMUŞ, M.(**), ÇALIŞIR, V., MENGÜL, N.(**)

(*) Taksim Hastanesi I. Üroloji Kliniği

(**) Taksim Hastanesi II. Üroloji Kliniği

ÖZET

Retrokaval üreter oldukça nadir görülen konjenital ve topoğrafik bir anomalidir. Abdominal venöz sisteminin kusurlu gelişmesine bağlıdır. Ellidokuz yaşındaki erkek olgumuzda rastladığımız retrokaval üretere, kontralateral tarafta ikinci bir anomali, malrotasyone ve lumbal distopik bir böbrek eşlik eden olgu takdim edilmektedir.

SUMMARY

Retrocaval ureter is a rare congenital and topographic anomaly the cause of the abnormality is due to a defect in the abdominal venous system. Fifty-nine years old male with retrocaval ureter and on the contralateral side another anomaly malrotated and lumbar dystopic kidney was presented as a case report.

GİRİŞ

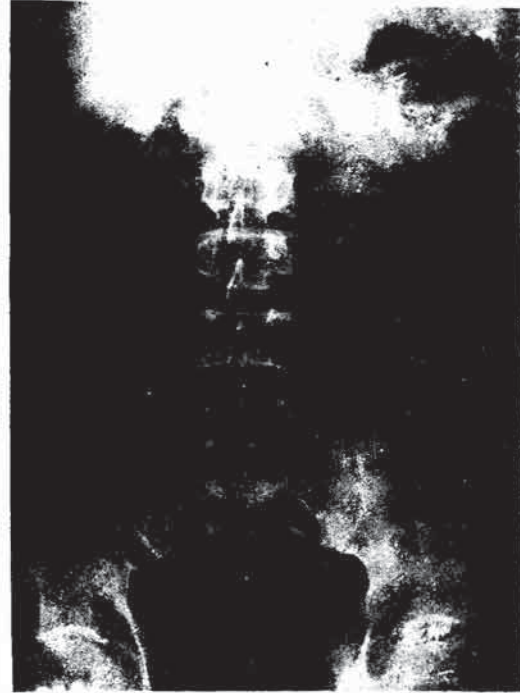
İlk defa 1893 yılında Hochsteter tarafından yayınlanan retrokaval üreter, 1935 yılında Kimbrough cerrahi olarak düzeltilmiş ve 1940 yılında ise Harrill preoperatif tanımını yapmıştır. Erkeklerde kadınlara oranla dört misli daha sık görülür (2). Günümüze kadar yayınlanan olgu sayısı 200 civarındadır (8).

Olgu 1: Ellidokuz yaşındaki erkek hasta (İ.D., Prot. No: 1553/87) dört aydır tekrarlayan ağrısız, profüz makroskopik hematüri nedeniyle İVP çektiildiğini, fakat tanı konulamadığını ifade ederek hastanemize müracaat etti.

Astenik tipteki hastanın fizik muayenesinde sol krista iliaka seviyesinde bir kitle palpe ediliyor-

du. Anal fistül ameliyatı dışında öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Yapılan rutin kan tetkikleri, EKG ve toraks grafisi normal bulundu. İdrar sedimentinde her sahada 40-50 eritrosit, 3-4 lökosit ve kalsiyum oksalat kristalleri görüldü. İdrar kültürü steril kaldı.

Çekilen DÜSG'de sağ böbrek alt polüne isabet eden, nohut büyüklüğünde yuvarlak bir taş gölgesi mevcuttu (Resim: 1). İVP'de sol böbrek



Resim: 1-DÜSG

ve üreter fonksiyonu normal fakat bariz bir rotasyon anomalisi ile birlikte lumbal distopik böbrek dikkati çekiyordu (Resim: 2). Sağ böbrek pyelokalisiyel sisteminde (PKS) bariz ektazi, proksimal üreterde dilatasyon ve tipik "S" görünümünün medial tarafında, bilhassa yüzüstü (PRONE) çekilen filmde hafif bir dolma defekti görülüyordu (Resim: 3).



Resim: 2-İVP

Yapılan uretro-sistoskopide patolojik bulgu saptanmadı. Sağ retrograd pyelografide, üreterin 3. ve 4. intervertebral aralık hizasından mediale S-şeklinde kıvrıldıktan sonra topoğrafik lojuna döndüğü görüldü. Üreterin mediale döndüğü proksimal bölümde, İVP'den beri tanınan takriben 2 cm. uzunluğundaki dolma defekti görünümü sürdürüyordu (Resim: 4).

Ultrasonografi'de, sol böbrekte bilinen rotasyon anomalisi ve lumbal distopik böbrek dışında herhangi bir patolojik değişim saptanmadı. Sağ böbrek alt kalisine uyan 6-7 mm. çapında taş ekosu alındı. PKS ve üreterin proksimalinde bariz ektazi ve bunun taş haricinde bir engelden ileri geldiği gözlemlendi.



Resim: 3-Yüzüstü grafi (PRONE)



Hastaya retrokaval üreter ve sağ alt kaliks taşı ön tanısı ile birlikte klinik ve röntgenolojik bulgular da dikkate alınarak cerrahi girişimde bulunuldu. Explorasyonda üreterin vena kavanın arkasından dolanarak normal yoluna ilerlediği görüldü (Resim: 5). Üreterin vena kavanın arkasına sıkışan bölümü, röntgen bulgularına uygun



Resim: 5-Intraoperatif görünüm olarak ödemli ve lümeni kısmen daralmıştı. Bu, takriben 2 cm. uzunluğundaki segment vena kavadan serbestleştirildi, proksimal ve distal tarafından oblik olarak kesilerek, histopatolojik muayeneye verildi. Pyelotomi posteriorla taş çıkarıldı. Yeterli uzunlukta olan üreter içine Ch. 8 splint konulduktan sonra, normal anatomik pozisyonda end-to-end anastomozu uygulandı. Histopatolojik olarak nonspesifik üreterit tanısı konuldu.

Post-operatif dönemde hastada, lumbotomi yerinde oluşan yaygın selülit nedeniyle intermitent ateş yükselmeleri ve insizyon yerinin iyileşmesinde gecikme oldu. Splint 16. post-operatif günü alındı. Bu esnada yapılan röntgen kontrolünde, anastomoz yerinin henüz ödemli olmasına rağmen, üreter pasajının serbest olduğu saptandı. (Resim 6).

Altı ay sonra çekilen kontrol İVP'inde sağ PKS ve üreterin proksimalindeki belirgin ektazinin tamamen kaybolduğu ve üreterin mesaneye kadar normal bir pasajla ilerlediği tesbit edildi (Resim: 7).

TARTIŞMA

Retrokaval üreter, sağ üreterin V. Cava inferiora paralel olarak mesaneye ilerleyeceği yerde, arkadan dolanmasıdır. Oldukça nadir görülen bu



Resim: 6-Post-op. splint alındığı esnada grafi



Resim: 7-Altı ay sonra kontrol İVP

anomali, abdominal venöz sistemin kusurlu gelişmesine bağlıdır (5, 6, 7, 9). Üreter vena kava ve vertebralar arasında ileri derecede sıkışmadığı sürece, böbrekte herhangi bir patolojik etkiye neden olmaz. Fakat bu anomalinin klinikteki önemi, sıkışma olduğunda, artan üriner staz etkisiyle üreterin proksimalinde hidroüreter ve hidronefroza neden olması, üreterin basıya uğradığı bölümde ise genellikle fibrotik bir gelişme ve daralma meydana gelmesidir (4, 7).

Hastalık belirtisi olarak sağ lomber ağrı, rezidiv üriner enfeksiyon, böbrek taşı ve hematüri daha çocuk yaşlarda görülebilir. Kaide olarak ilk semptomlar 3 ve 4 yaşlarında ortaya çıkar. Bu semptomlar ya ilerideki obstrüksiyonun ilk belirtileridir ya da üretere bası yavaş olması nedeniyle başlangıçta semptomsuzdur. Erişkinlerdeki belirti ise sağ lomber bölgede lokal, intermittent veya permanent ağrılar, rezidiv ve tedaviye dirençli üriner enfeksiyon şeklindedir (3).

Ellidokuz yaşındaki olgumuzda 4 aydır tekrarlayan ağrısız, profüz makroskopik hematüri başlıca semptomdu. Beklenenin aksine sol böbrek krista iliaka seviyesinde palpe ediliyordu, sağ böbrek ise edilmiyordu. Sonradan yapılan röntgen tetkiklerinden bunun ikinci bir anomali, yani malrotasyone ve lumbal distopik bir böbreğin eşlik ettiği saptandı.

Retrokaval üreterin intravenöz veya retrograd pyelografideki röntgenolojik tanımı oldukça karakteristiktir. Çoğu kez daralan üreter, helezon şeklinde venakavayı dolandır, bazen ise yalnız üreterin medial tarafa kıvrılması ile dikkati çeker. Retrograd pyelografi, kavagrafi ile kombine edildiğinde anomali daha belirgin görülebilir (1, 4). Fakat genelde olgumuzda da olduğu gibi bu tetkike gerek yoktur.

Röntgenolojik tetkik esnasında a.p. grafilerde üreterin S-şeklinde medial tarafa döndüğü ve orta hatta kadar uzandığı görülür. Oblig çekilen grafide ise üreter, bariz şekilde kavisli bir görünüm verir ve bu kavisin tepesinin vertebralara yaklaşması karakteristiktir. Bu iki yönlü radyolojik tetkik üriner stazın belirgin olduğu hallerde yapıldığında, retrokaval üreter tanısı kesinlik kazanır (2).

Olgumuzda klasik röntgenolojik tanımlama bulguları aynen mevcuttu. Hastanın ilerlemiş yaşına rağmen, sağ böbrekte nohut büyüklüğündeki alt kaliks taşı hariç, PKS ve üreterin proksimal kısmında optimal bir ektazi, böbrek parenkim ve PKS'inde ise herhangi bir destrüktif değişim oluşmamıştı. İVP, retrograd pyelografi ve ultrasonografik tetkiklerle retrokaval üreter, alt kaliks taşı ön tanısı konmasına rağmen, ağrısız, rezidiv profüz kanama, üreterin retrokaval kisdolum defekti ve yaş faktörü de dikkate alındığında, retroperitoneal veya intraüreteral tümörül bir gelişimi ekarte ettirmiyordu. Bu nedenle eksplorasyona karar verildi ve cerrahi tedavi uygulandı.

Ayırıcı tanı olarak retroperitoneal tümörler (metastazlar) ve retroperitoneal fibrozis hatırlanmalıdır. Bu hastalıklarda da üreterde medial çekilme bilateralidir. Ayrıca üreter kompresyonuna, arter anomalilerinin de neden olabildiğini anımsamak gerekir. Buradaki bası üreterin medial bölümünde değil, aksine distal kısmındadır. Başlıca sorumlu arterler ise A. Umbilicalis, A. Obturatoria veya A. İliaca'dır. Etkileri aynen retrokaval üreterdeki gibidir (4).

Üriner tıkanıklığa neden olmayan, tesadüfen teşhis edilen retrokaval üreterin tedavisine gerek yoktur. Pozisyon düzeltilmesi için operatif endikasyon sadece üriner obstrüksiyondur (3). Bu anomalinin tedavisi için iki yöntem tavsiye edilmektedir. Ya üreterin kesilerek retrokaval segmentin rezeksiyonu ve anastomozu ya da vena kava'nın kesilerek üreterin pozisyonunun düzeltilmesinden sonra reanastomozudur. Bu yöntemlerin tarihi gelişimlerini kısaca özetlersek (2):

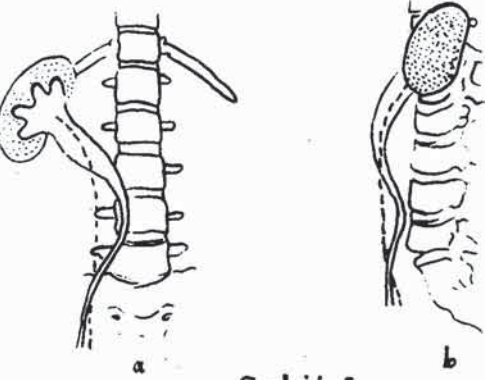
1. Üreterin kesilerek, normal ön pozisyonda anastomoz edilmesidir (Kimbrough 1935).

2. Vena kava'nın kesilerek, proksimal ve distal uçlarının ligatüre edilmesi ve üreterlerin öne alınması (Chatro, 1952).

3- Vena kava'nın kesilip, üreterin ön tarafa alınmasından sonra, kava'nın reanastomozu (Abeshouse ve Tanken, Goodwin, Burke ve Müller).

4. Üreterin vena kava ile temas eden yerinden değil, aksine dilate kısmının daha üst seviye-

sinden veya pelvis renalis'den kesilerek öne alınması ve anastomozu (Harrill, 1940). Bu esnada gerektiğinde, pelvis renalisin rezeke edilerek küçültülmesi, yani pyeloplasti yapılması maksada daha uygundur. (Andersen ve Hynes).



Sekil I

KAYNAKLAR

- 1- Altuğ, F., Karabay, K., Çetinel, B., Talat, Z., Karakaya, A.: Bir retrokaval olusu. T. Ürol. Derg. 3:215, 1984.
- 2- Boeminghaus, H.: Urologie. Bd. I, Operative Therapie, Indikation. Klinik Werk-Verlag Dr. Edmud Banaschewski, München, 382, 1971.
- 3- Klosterhalfen, H.: Urologie Fibel für Praxis, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 116. 1971.
- 4- Netter, Frank, H.: Farbaufgaben der Medizin, The Ciba Collection of Medical Illustrations (1973), Bd. 2, Niere und Harnwege. Deutsche Ausgabe: Georg Thieme Verlag Stuttgart, 237, 1976.
- 5- Miroğlu, C., Gürpınar, İ., Fertan, N.: Retrokaval ureter: Olgu tebliği, T. Ürol. Derg. 3:221, 1984.
- 6- Özyurt, M.: Çocuk Ürolojisi, 1. Baskı, İsmail Akgün Vakfı, İstanbul, 157, 1983.
- 7- Sevin, G., Sargın, O., Taşçı, A.İ.: Retrokaval üretere, Bezm-i Âlem Valide Sutan, Vakıf Gureba Hastanesi Dergisi, 13, Ayrı baskı, 1986.
- 8- Shown, T.E., Moore, C.A.: Retrocaval ureter, 4 cases, J. Urol. 105:497, 1971.
- 9- Yıldırım, C., Okumuş, M., Kazado, M.: Operate retrocaval ureter vakası ve orijinal organografik tetkik bulguları. T. Ürol. Derg., 2:31, 1976.

