

BİR RETROKAVAL ÜRETER OLGUSU

Dr. Azam DEMİREL x

Dr. Güray OKYAR xx

Dr. Yılmaz BAYRAKTAR xxx

Dr. Özkan POLAT xxxx

Dr. Ahmet Saim BİLGİN xxxx

ÖZET :

Üroloğlar arasında post kaval veya sirkumkaval üreter şeklinde bilinen bu hastalık abdominal kan damarlarının hatalı gelişimine bağlı bir anatomik varyasyondur. Yapılan otopsilerde 1/1000 sıklıkta rastlanan bu hastalık klinikte fazla görülmez. Bu yazıda bizim pek sık rastlamadığımız bir rektakaval üreter olgusu taktim edilmektedir.

GENEL BİLGİLER :

Retrokaval üreter sağ üreterin vena kava inferiorun arkasından geçtiği konjenital bir anomalidir(1). Embriyolojik olarak normal olan üreter abdominal kan damarlarının anormal gelişimine bağlı olarak vena kava inferiorun arkasında bulunur (2). Rektakaval üreter için çeşitli tasnifler yapılmıştır. Üreterin radyolojik görünümüne göre veya üreterin vena kava-inferiorun arkasından geçtiği seviye dikkate alınarak rektakaval üreter iki gruba ayrılır.

Tip I'de (Long Loop) retrokaval üreter bariz bir şekilde mediale deviedir ve (s) ya da (j) şeklini almıştır. Bu tipte genellikle şiddetli hidronefroz meydana gelir.

Tip II'de (High Loop) retrokaval üreter hafif şekilde mediale deviedir. Burada renal pelvis ve üst üreter horizontal veya buna yakın şekilde uzanır. Böylece üreterin retrokaval kısmı renal pelvisle aynı seviyededir. Bu tipte hidronefroz bulguları hafiftir (3,4).

x Atatürk Ü. Tıp Fak Üroloji Anabilim Dalı Uzmanı

xx Atatürk Ü. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğr. Üyesi (Doç Dr.)

xxx Atatürk Ü. Tıp Üroloji Anabilim Dalı Öğr. Üyesi (Prof. Dr.)

xxxx Atatürk Ü. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Araş. Görevlisi.

Retrokaval üreter hemen münhasıran sağdadır. 1962'de Brooks situs inversus nedeni ile bir sol sirkum kaval üreter olgusu rapor etmiştir(3).

Semptomların başlangıcı genellikle hayatın dördüncü dekadında (40 yaş civarında) ortaya çıkar. Hastalarda akut sağ pyeloneriti akla getiren tekrarlayıcı üriner enfeksiyon bulguları vardır. Staz nedeni ile taş insidansı yüksektir. Makroskopik veya mikroskopik hematüri genellikle vardır(1).

Retrokaval üreterin tanısı ekskretuar ürogramla (İVP) yapılabilir (1,2,5). İVP'de üreterde karakteristik değişiklikler görülür. Üreter, 3. veya 4. lomber vertebra viyesinde vena kavanın arkasından geçerken tipik ters (J) deformitesi gösterir. Proksimaldeki obstrüksiyon nedeni ile değişik derecelerde hidronefroz bulguları bulunabilir. Çekilecek birsağ oblik grafi üst üreterle vena kava arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilir(1). İVP'de elde edilen bulgular UPJ obstrüksiyonu, retroperitoneal kitle ve retroperitoneal fibrozis gibi patolojik durumlarla karışabilir. Bu durumda tanı retrograd pyelogram, venakavogram, ultrasonografi veya eksplorasyonla teyid edilebilir. Retrokaval üreter düşünülen olgularda emniyetli, ağrısız ve noninvazif olması ayrıca tanıyı teyid ve ekarte etmesi bakımından CT scan seçilecek tanı yöntemlerinden birisidir(5).

Retrokaval üreterin standart tedavisi retrokaval kısmın kesilmesi ve vena kava önünde uç uca anastomos yapılmasıdır. Bazen devam edecek bir obstrüksiyonu ve kinkleşmeyi önlemek için fazla üreterin eksizyonu gerekebilir (6).

Semptomsuz, olan, kaliektazi olmayan veya minimal kaliektezi olan retrokaval üreter olgularında hiçbir tedavi gerekmez. Bazen diğer böbrek normal olduğu takdirde belirgin hidronefroz ve kortikal atrofi sebebi ile nefrektomi seçilecek tedavi yöntemidir(1). UPJ (Uretero-pelvic junction) striktürü durumunda retrokaval üreter normal yapıda ise bir dismembered pyleoplasti (Anderson Hynes) yapılabilir(7).

OLGU TAKDİMİ :

53 yaşındaki erkek hasta (Z.U) kliniğimize kabul edilmeden önce 15 gün süre ile hastanemiz genel cerrahi kliniğinde intraabdominal kitle ön tanısıyla tetkik edilmişti. İstenen üroloji konsültasyonu sonucu bu kitlenin retroperitoneal olduğu düşünülerek üroloji kliniğine nakledildi.

Alınan anamnezde hastanın şikayetlerinin 13 sene önce (40 yaş civarında); sağ böğründe ağrı, zaman zaman yüksek ateş, halsizlik ve yine bu bölgede kitle belirmesi şeklinde başladığı hastanın bir çok defa doktora baş vurarak tıbbi tedavi gördüğü öğrenildi. Hasta ayrıca sağ karın bölgesindeki şişliğin son 6 senede iyice büyüdüğünü ifade etti.

Fizik muayenede hemen hemen bütün karını dolduran yaklaşık 40x20 cm ebadında sert, üzeri düz kitle mevcuttu. Palpasyonla ağrısızdı ve fluktuasyon negatifdi.

Yapılan laboratuvar tetkikleri; Hb. 11 gr. Bk 7500/mm³, Kan şekeri % 78 mg., BUN % 25 mg., Kreatinin % 1,2 mg., SGOT 36 ü, SGPT 22 ü, alkaleen fosfat 54 ü, sedimentasyon 1. saatte 68 mm., 2. saatte 91, mm, Casoni negatif, Weinberg negatif, idrar sedimentinde bol lökosit şeklindeydi.

Radyolojik tetkiler:

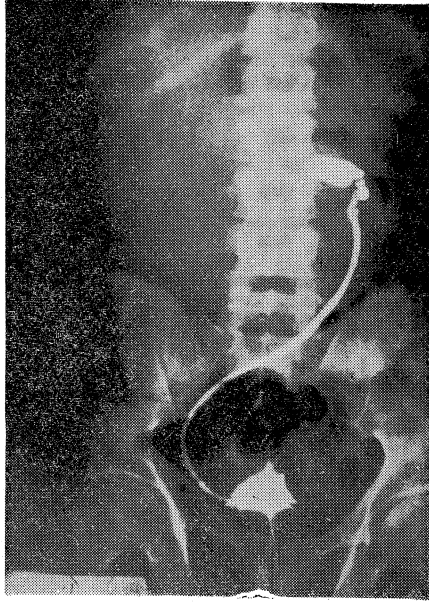
- DÜSG** : Tarnı tümüyle dolduran su dansitesinde kitle imajı ve L3 vertebra sol transvers çıkıntısı üzerinde 1x0,8 cm ebadında bir opasite görüldü.
- İVP** : Sol böbrekte pelvikalisiyel sistem ve üreter normal olarak tesbit edildi. Sağ böbrekte fonksiyon görülmedi. DÜSG'de sol L3 seviyesinde görülen opasitenin sol üreterin dışında olduğu anlaşıldı (Resim 1).
- Sav RGP**: Sağ üreterin ileriderecede mediale deviye olduğu ve sol üretere yaklaştığı, ayrıca solda görülen opasitenin sağ üreter üst kısım taş olduğu, taş nedeni ile opak maddenin sağ böbrek pelvisine geçemediği tespit edildi. (Resim 2).



Resim 1: İVP'de sağ böbrek afonksiyone, sol böbrek ve üreter normal, sol L3 seviyesinde opasite sol üreterin dışında kalıyor.

Ultrasonografi sağ pyonefroz şeklinde rapor edildi. Hastanemizdeki imkanlar müsait olmadığından CT scan tetkiki yaptırılmadı.

Elde edilen bu tetkiklerle kitlenin böbreğe ait olduğu ve büyük ihtimalle hidro-pyonefroz olabileceği düşünüldü. Lomber ekstraparitoneal yaklaşımı mümkün kılmak ve tanıyı teyid etmek amacıyla lokal anestezi altında perkütan nefrostomi ile kitleye girildi ve yaklaşık olarak 9000 cc pyurik vasıflı meteryal boşaltılarak kitle küçültüldü. Bir müddet antibiotik tedavisi uygulanarak genel anestezi altında sağ lomber ekstraparitoneal yaklaşımla kitleye ulaşıldı. Kitle



Resim 2: Sağ RGP (Retrograd pyelografi)'de sağ üreter ileri derecede sola devie. Opasite sağ üreter üst ucuna uyuyor. Taş nedeni ile opak madde sağ pelvis renalise geçmiyor.

etraf dokulara ileri derecede yapıştı. Zorlukla prepare edildi. Sağ üreterin normalden çok uzun olduğu, pelvisten çıkışından sonra yaklaşık 4-5 cm'den sonra vena kavanın arkasına girdi görüldü. Bukısım prepare edildiğinde retrokaval üreter kısmında taş olduğu, taşın proksimalinde de 1,5-2 cm.lik üreter kısmının fibrotik olduğu görüldü. Kitlenin şiddetli hidro-pyonefroz olduğu kesinlik kazandı. İleri kortikal atrofi gözlemlendi. Nefrektominin kaçınılmaz olduğu anlaşıldı ve sağ nefroureterektomi yapıldı.

TARTIŞMA :

Retrokaval üreter fetal posterior kardinal venin sebatıyla üreterin pozisyonunda bozukluğa yol açan nadir bir konjenital anomalidir. Postmortem serilerde insidansın yaklaşık olarak 1/1000 olduğu tesbit edilmiştir(7). Klinik olarak 1988 yılı itibarıyla 200'den az olgu rapor edilmiştir. Bunların çoğu adult şahıslardır. Retrokaval üreter insidansı erkeklerde kadınlardan daha fazladır. (8). Hastalarda hidronefrozun tedrici olarak gelişmesi sebebiyle bulgular sıklıkla 3. veya 4. dekada ortaya çıkar. Çocuklarda hastalığın tanısı nadirdir (7).

Bizim olgumuz 53 yaşında bir erkek hastaydı. Semptomların başlaması 4. dekada sağ pyelonefrit şeklindeydi Olgumuzun erkek oluşu, ilk belirtilerin 40 yaş civarında ortaya çıkışı nedenleriyle klasik bilgiler ve literatürle uyumludur.

Clements ve arkadaşları bir olguda retrokaval üreter, vena kava duplikasyonu ve üreteral tümör patolojilerinin birlikte bulunduğunu rapor etmişlerdir(3). (3). Fernandes ve arkadaşları da 1988 yılı itibarıyla literatürde retrokaval üreterle birlikte 5 atnalı böbrek olgusu olduğunu, kendilerinin buna bir olgu ilavesi ile bu sayının altıya ulaştığını bildirmişlerdir(8).

Bizim olgumuzda sol böbreğin hafif hipoplazik olması dışında konjenital bir anomali tesbit edilmedi. Retrokaval bölgedeki üreter kısmında 1x0.8 cm. ebadında taş bulunması klasik bilgilerle uyumluydu. Taşın proksimalindeki, 1,5-2 cm.lik üreter kısmındaki fibrotik ve stenotik oluşum ilk etapta bir üreteral tümörü düşündürdü. Ancak histopatolojik tanı enfeksiyon lehine geldi.

Elde edilen grafiler ve eksplorasyonla üreterin görünümü ve pozisyonu tip II retrokaval üreter şeklindeydi. Hidronefrozun orta derecede olması bck'enirdi. Olgumuzda şiddetli hidroponefroz varlığı üreterin retrokaval olmasından çok bu kısımda taş teşekkülü ile izah edilebilir.

Olgumuzda belirtilen sebeplerle konservatif yaklaşım mümkün olmadığından zorunlu olarak sağ nefroüretrektomi yapılmıştır.

SUMMARY :

A CASE OF RETROCAVAL URETER

Retrocaval ureter is known by urologist as postcaval ureter or circumcaval ureter was caused by the faulty development of the abdominal blood vessels. In postmortem series the incidence of disease has been found to be approximately 1 of 1000 cases (1/1000), but it is not frequently encountered in clinical practies. In this paper, a case of retrocaval ureter is presented.

KAYNAKLAR :

- 1- Lester, Persky, Elroy, D. Kürsh.: Extrinsic Obstruction of the ureter. Campell's Urology Volum: 1 W.B. Saunders Company (1986).
- 2- Barry, A. Kogan.: Disorders of the ureter. General Urology (p: 514) Los Altos-California (1984)
- 3- Kenawi, M.M. and Williams, D.I.: Circumcaval ureter : a report of four cases in children with a review of the literature a new classification. Brit. J. Urol., 48: 183, 1976.
- 4- Bateson, E.M. and Atkinson, D.: Circumcaval ureter: a new classification Clin. Rad. 20: 173, 1969.
- 5- Chinn, Stephen K.B., Clayton, Michael dewit: Diagnostic Value of CT scan in patients with retrocaval ureter. J. Urol. 141:553A, 1989.

- 6- Clements, Joseph. C., McLeod David. G., Greene, William. R. and Stutzman, Ray. E.: A case Report: Duplicated Vena Cava with Right Retrocaval ureter and Ureteral Tumor. J. Urol. 119: 284-285, 1978.
- 7- Kumeda, Kousuke., Takamatsu, Masato and associates: Horseshoe Kidney with Retrocaval ureter. A case Report. J. Urol. 128: 361-362, 1982.
- 8- Fernandes, Manuel., Scheuch, John, Seebode, Joseph. J. Horseshoe Kidney with Retrocaval Ureter: A case Report. J. Urol. 140: 362-364, 1988.