

## ÜRETEROSELLERDE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI (\*)

Dr. Recai GÜRBÜZ\*, Dr. Ali ACAR\*, Dr. Şükrü ÇELİK\*, Dr. Esat M. ARSLAN\*,  
Dr. Şenol ERGÜNEY\*, Dr. Zafer YAMAN\*

\* S.Ü.T.F. Üroloji ABD

### ÖZET

1984 - 1994 yılları arasında kliniğimize böğür ağrısı, dizüri, pollaküri gibi şikayetlerle müraccat eden 11 hastanın 5'inde sağ, 3'ünde sol, 3'ünde bilateral olmak üzere üreteroseller tespit edildi.

Vakaların 5'ine transuretral insizyon, 3'üne transuretral parsiyel rezeksiyon, 3 vakaya transvezikal açık üreterosel eksizyonu, ilaveten ureteroneosistostomi uygulandı.

Tedavi uygulamalarımız ve sonuçları literatürle karşılaştırıldı ve tartışıldı.

Anahtar Kelimeler : Üreterosel, kistik dilatasyon.

### GİRİŞ

Üreterosel terminal üreterin mesane içine, üreteraya yada herikisine kistik dilatasyonudur. İnci gibi kistik submukozal üreteral dilatasyondan mesaneyi dolduran büyük bir balon kadar değişik boyutlarda üreterosel görülebilmektedir. Histolojik olarak kistin dış yüzeyini mesane mukozası, içini üreter mukozası örter ve arasında üreterosel duvarı değişik derecede düzensizlik gösteren adele bantları ve fibröz doku ihtiva eder (1).

1954'de Ericsson üreteroselleri basit bir klasifikasyonla ikiye ayırmıştır (basit = orthotopik, ektopik). Ericsson'un bu klasifikasyonu geniş klinik uygulama bulmasına rağmen Stephens'in (1963) klasifikasyonu patolojik anatominin daha detaylı anlaşılması yönünden faydalı olmaktadır. Yazar stenotik, sifinkterik ve sifinkterostenotik olmak üzere 3 major tip tanımlamıştır (1).

### SUMMARY

#### *Treatment Applications for Ureterocele*

From 1984 to 1994, 11 patients with ureterocele suffering from flank pain, dysuria, pollacuria were admitted to our hospital of these patient 5 had right ureterocele, 3 left ureterocele and 3 also bilateral ureteroceles.

Transurethral incision for 5 cases were applied, transurethral partial resection for 3 cases, both transvesical resection and ureteroneocystostomy for 3 cases. Treatment and results in the patients with ureterocele have been discussed.

Key Words : Ureterocele, cystic dilatation.

Basit üreteroseller genellikle yetişkinlerde ve duplike olmayan tek üreterli şahıslarda görülmektedir. Ektopik üreteroseller ise daha çok duplike üretere sahip çocukların üst polü drene eden üreter kısmında rastlanmaktadır. Üreterosellerin % 10 kadarı bilateral olarak görülmektedir. Ektopik üreteroseller bazen büyük boyutlara ulaşip mesaneyi doldururlar ve hatta üretradan prolabe olabilirler. Basit üreteroseller ise daha küçük kitle yapmaktadırlar. Basit üreterosellere erkek çocuklarda kızlardan iki kat daha sık rastlanmaktadır. Buna karşılık ektopik üreteroseller kızlarda 3-4 kat daha siktir ve sol yanda daha yaygındır (5).

Üreterosellere bu güne kadar çok değişik cerrahi metodlar uygulanmış ve gelmiştir. Cerrahi metodu seçerken hastanın yaşı, üreteroselin boyutu ve açılma yeri, böbrek fonksiyonlarının durumu vs. ekili olmaktadır. Bizde kliniğimizde takip edilen 11 hastamıza değişik cerrahi metodları uygulama fırsatı

Haberleşme Adresi : Yrd. Doç. Dr. Ali ACAR, S.Ü.T.F. Üroloji ABD, KONYA

(\*) 13. Ulusal Üroloji Kongresinde (Antalya) bildiri olarak sunuldu.

bulduk. Bunları literatür bilgileri ışığında sunuyoruz.

## MATERYAL VE METODLAR

1984 - 1994 yılları arasında kliniğimize böğür ağrısı, dizürü, pollaküri gibi şikayetlerle müracaat eden 11 hastanın tedavisi yapıldı. 5'inde sağ, 3'ünde sol, 3'ünde bilateral olmak üzere üreteroseller tespit edildi. Üreterosel vakalarının büyük boyutlu ve/veya multipl taşı bulunanlara açık cerrahi rezeksiyona ilaveten üreteroneosistostomi, orta boydakilere transuretral kısmi rezeksiyon, küçük boydakilere ise transuretral insizyon uygulandı.

Hastaları yaşı 9 ile 68 arasında değişmekte ve 6'sı kadın 5'i erkek idi. 9 yaşındaki bir hastamızda sol üreter triplikasyonu ile beraber sol üreterosel tespit edildi.

Üreterosellerin insizyonu 21 F storz rezektoskopi yapıldı. Elektrod olarak kırılmış rezektoskop lubu kullanıldı. 18 yaşında kadın bir hastamıza üreterosel rezeksiyonundan sonra aynı tarafa doubl J stent kondu. Üreter orifisinin iyi değerlendirilebilmesi için üreter katateri kullanıldı.

Hastaların tümüne ameliyat öncesi İVP ve ameliyattan 2-3 ay sonra voiding sistouretrografi ve İVP yapıldı. Tüm hastalara operasyon esnasında ve operasyondan sonra geniş spektrumlu antibiyotik uygulandı.

## SONUÇLAR

9 yaşındaki sol üreter triplikasyonu tespit edilen kız çocuğu dışında diğer hastalarımız tek toplayıcı sisteme ve basit üreterosele sahipti. Ektopik üreterosel saptanan bu vakaya transvezikal üreterosel rezeksiyonundan sonra sol üreteroneosistostomi uygulandı. Postoperatif kontrol İVP'sinde sol üreter ve böbrekte varolan ektazinin iyileştiği görüldü ve reflü tespit edilmedi.

Transuretral insizyon uygulanan 5 vakanın sistouretrogramlarının tümünde reflü gözlenmedi. İlaveten böbrekte ve üreter de varolan ektazi ve dilatasyonları minimale indiği ve/veya tamamen iyileştiği tespit edildi. Açık rezeksiyondan sonra üreteroneosistostomi yaptığımız 3 vakada reflü saptanmadı. Sadece sistogramda mesaneden yapılan flaba ait güdükleşme izledi. Transuretral rezeksiyon

rezeksiyon yapılan 3 hastamızın birinde reflü saptandı, bu hastamız rezeksiyondan 15 gün sonra böğür ağrısı ile kliniğimize baş vurdu. Hastamız halen takip edilmektedir.

6 vakamızda üreterosel ile birlikte üreterosel içinde taş tespit edildi.

## TARTIŞMA

Böbrek fonksiyonlarının korunması ve ürün drenajının sağlanması için üreterosellerin transuretral rezeksiyonu ve özellikle transuretral insizyonu minimal düzeyde invaziv, basit ve etkili bir methodur.

Üreteroseller çok geniş anatomik yerleşim ve patofizyoloji sergilemektedir. Tüm üreteroseller için tek tedavi metodu yeterli olmamaktadır. Bununla birlikte taş, enfeksiyon ve minimal dilatasyonla birlikte küçük bir üreterelin minimal endoskopik insizyonu hala geçerli bir uygulamadır (5).

Tank (1986) Transuretral insizyon uyguladığı 40 hastanın 20'sinde fonksiyonel düzelme belirlemiş ve yalnız 2 hastada açık cerrahiye ihtiyaç duy

muştur (6).

Asemptomatik intravezikal üreteroselli yenidoğalar için tavsiye edilen endoskopik horizontal insizyon; klinik durumu bozuk, septik çocuklarda düşünülmemektedir. Üreterelin endoskopik insizyonu tıkanmış mesane ve böbrek üst polünün drenajını sağlamaktadır. Zaten genel durum itibarıyla bu hastalar büyük ameliyatlar için uygun değildir (5).

Büyük infant-tip üreterelin cerrahi olarak tedavisi çocuğun yaşı, çocuğun klinik durumu, böbreğin yeterlilik durumu, sepsisin varlığı, alt polde ve konturlateral böbrekte lezyon bulunması veya bilateral üreterosel saptanması ve cerrahin becerisini içeren birçok faktöre bağlıdır. İntravezikal üreterosele sahip üst pol böbrekte sıklıkla parankim hasarı ve displastik lezyonlar görülmektedir (3).

Üreterosellerin komplet rezeksiyonu fibrozisle duvarların kalınlaşması durumunda endikedir. Bu tür rezeksiyon yapıldıktan sonra reflü gelişen vakalarda son yıllarda açık cerrahi yanında teflon enfeksiyonlarında yapılmaktadır (2,4).

Üreteroselin küçük ve detrüsr zeminin kuvvetli olması durumunda transuretral insizyon yeterli olabilir. Basit üreteroseller kitle olarak küçük olduklarından böbrek fonksiyonları fazla etkilenmemiştir. Bu nedenle tedavisi daha kolay

yapılabilmektedir (5).

## KAYNAKLAR

1. Alan, B., Retik and Craig, A., Peters.: Ureterocele. Walsh, P et all. Compbell' Urology, 1992: 1754.
2. Daniel, Y.: An entirely endoscopic treatment for simple ureteroceles in nonduplicated systems: preliminary report. J. Urol., 1988; 140: 815.
3. Mark, A., Rich Michel, A. Keating., Howard, M., Synder, III and John, W. Duckett.: Low transurethral incision of single system intravesical ureteroceles in children. J. Urol., 1990; 144: 120.
4. Matouschek, E.: Transurethral treatment of a large ureterocele. Video presentation at IV International Congress of the International Society of Urologic Endoscopy. Buenos Aires, Argentina, 1987: August 23-27.
5. Schulman, C. C.: Ureteroceles, In: Glenn, J.F., Graham, S.D.: Urologic Surgery, J.B. Lippincold Company, 1991: 381-88.
6. Tank, E. S.: Experience with endoscopic incision and open unroofing of ureteroceles. J. Urol, 1986; 136: 241.