



Üreter Tümörüne Bağlı Dev Üreterohidronefroz: Olgu Sunumu

Hüseyin Cihan Demirel*,
Cevdet Serkan Gökkaya*,
Binhan Kağan Aktaş*, Cüneyt
Özden*, Süleyman Bulut*, Ali
Memiş*

* Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi 1. Üroloji
Kliniği, Ankara

Başvuru Tarihi: 21.10.2011,
Kabul Tarihi: 05.12.2011



DOI: 10.7247/jiumf.2012.19.1.36_39

Üst üriner sistemde değişici epitel kökenli kanserler oldukça nadir görülür. Hatta bu kanserlerin eş zamanlı mesane tümörü ile birlikte görülmesi daha da nadirdir ve bu durumlarda hastanın tedavi sonrası sıkı takibi gerekir.

Biz de bu yazımızda kliniğimize sağ yan ağrısı, karında ele gelen kitle ve son dört yıl içinde dönem dönem olan hematüri şikayeti ile başvuran ve yapılan tetkiklerinde dev üreter tümörü ve eş zamanlı mesane tümörü saptanan 48 yaşında bir erkek hastayı güncel literatür ışığında tartıştık.

Anahtar Kelimeler: Dev Üreterohidronefroz; Üreter Tümörü; Değişici Epitel Kökenli Kanser.

Giant Hydrourteronephrosis Dependent to Ureter Tumor: A Case Report

Transitional epithelial cancers in upper urinary tract are considerably rare. It is more rare being synchronous with the bladder cancer and this situation needs closer follow-up of patient.

In this report, we evaluated a 48 years-old male having a giant ureter tumour in the light of novel literature. The patient presented with right flank pain, palpable abdominal mass and intermittent hematuria in last four years.

Key Words: Giant Ureterohidronephrosis; Ureter Tumour; Transitional Epithelial Cancer.

Giriş

Üst üriner sistemde görülen değişici epitel kökenli kanserler oldukça nadirdir. Renal pelvis yerleşimli değişici epitel tümörleri tüm ürotelyal kanserlerin %5' ini oluşturmakta iken, üreter tümörleri ancak renal pelvis tümörlerinin üçte birini oluştururlar.¹⁻⁴ Hastalar hastaneye sıklıkla hematüri, künt böğür ağrısı, disüri, sık idrar yolu enfeksiyonu ve karnın bir tarafında ele gelen kitle şikayetleri ile başvururlar, ya da başka bir sebep ile yapılan tetkikler ve görüntülemeler sırasında insidental olarak tespit edilebilir.

Biz de bu yazıda, kliniğimize uzun süreli hematüri, sağ yan ağrısı ve karın sağ tarafında ele gelen kitle şikayetleri ile başvuran bir hastayı güncel literatür eşliğinde tartıştık.

İletişim Adresi: Dr. Hüseyin Cihan DEMİREL
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, B Blok
3. Kat 1. Üroloji Kliniği, Ülkü Mahallesi Talatpaşa Bulvarı
No: 5 Altındağ, ANKARA, GSM: 0532 5047035
e-mail: drcdemirel@gmail.com

Olgu

48 yaşında erkek hasta, kliniğimize sağ yan ağrısı, karında ele gelen kitle ve son dört yıl içinde dönem dönem olan hematüri şikayeti ile başvurdu.

Hastanın özgeçmişinde; 30 paket-yıl sigara kullanımı olduğu, alkol tüketimi olduğu ve düzenli bir işinin olmadığı öğrenildi. Ayrıca hastanın hematüri periyodlarının ve ağrı şikayetinin son zamanlarda giderek arttığı ve karın sağ tarafına doğru uzanan asimetric şişliğin de daha da büyüdüğü öğrenildi. Hastanın hiçbir ek hastalığı yoktu. Soygeçmişinde belirgin bir özellik saptanmadı.

Yapılan fizik muayenede; sağ lomber bölgede yapılan yüzeysel palpasyonda dahi ele gelen kitle, hassasiyet ve karnın ortasında umblikusun hemen sağında palpasyonda hissedilen kranialden kaudale doğru uzanan yaklaşık 5 cm çaplı kitle hissedildi (Şekil 1).

Üreter Tümörüne Bağlı Dev Üreterohidronefroz: Olgu Sunumu

Hastanın laboratuvar analizlerinde üre, kreatinin değerleri normal olarak bulunurken, hemoglobin düzeyinin 10,5 gr/dl olduğu tespit edildi.

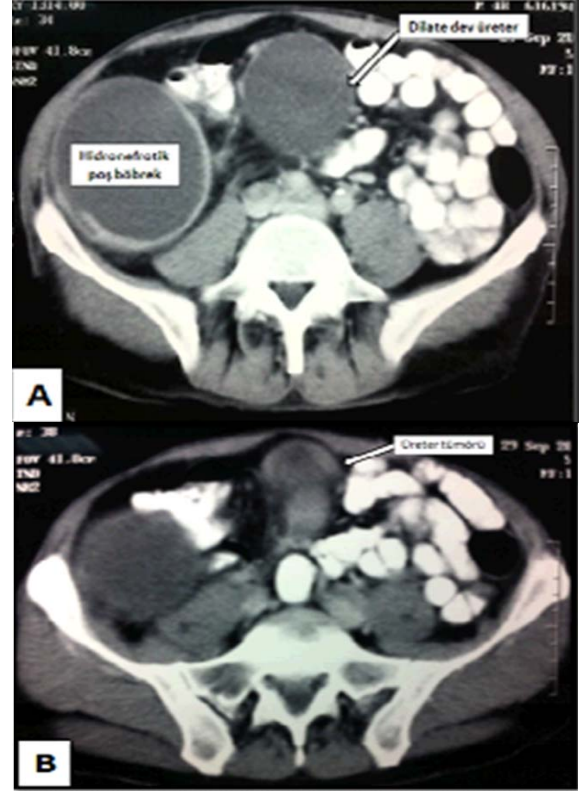
Bu bulguların ışığında hastaya yaptırılan ultrasonografi; sağ böbrek lojunu tamamen dolduran ve pelvise kadar uzanan 30x10x18 cm boyutlarında, lobüle konturlu, içinde debrisler olan (pyonefroz?), hiç parankimi kalmamış, üst pol düzeyinde yer yer solid komponent olan ve orta kesimde 12 mm taş ekosu izlenen, poşe haline gelmiş böbrek ve izlenebildiği kadarıyla sağ üreterin oldukça geniş olduğu şeklinde rapor edildi. Ayrıca mesane içinde sol yan duvarda yaklaşık 4 cm ve sağ üreter orifisi etrafında yaklaşık 2-3 cm'lik tümöral oluşum izlendiği de rapor edildi. Bunun üzerine hastaya kontrastlı bilgisayarlı tomografi çektirildi. Tomografide de böbreğin ileri derecede hidronefrotik, parankiminin izlenmediği ve sağ üreterin ise ileri derecede genişlemiş, karın ön duvarı düzeyinde seyrettiği ayrıca üreter lümeni içinde kontrastlanma gösteren yumuşak doku mevcut olduğu ve mesanede de ultrasonografideki benzer şekilde tümöral oluşum olduğu belirtildi. Hastanın akciğer grafisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı (Şekil 2A, B).



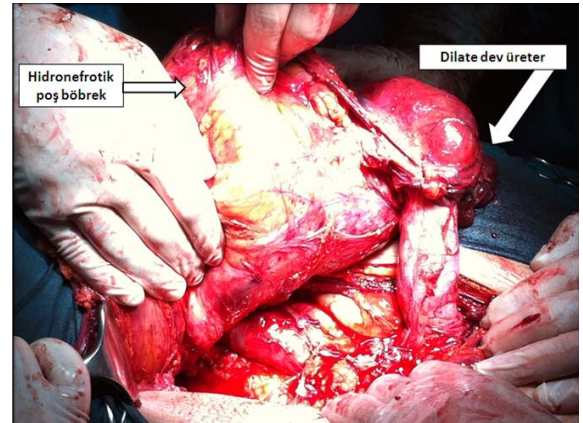
Şekil 1. Fizik muayene sırasında umblikusun sağında karın cildi üzerinden ele gelen kitle.

Hasta operasyona hazırlandı ve hastaya aynı seansta sol yan duvardaki yaklaşık 4 cm'lik ve sağ orifis etrafındaki yaklaşık 3 cm'lik tümörler için trans üretral rezeksiyon, sağ radikal nefroureterektomi, rejyonal lenf nodu diseksiyonu ve mesaneden cuff eksizyonu yapıldı.

Operasyon esnasında sağ üreterin karın içi organları da iterek orta hatta yaklaşmış olduğu içinde tüm lümeni dolduran yumuşak doku palpe edilen yaklaşık 5 cm çaplı, etraf dokulara oldukça yapışık vaskülaritesinin artmış olduğu görüldü. Ayrıca sağ böbreğin de ileri derecede büyümüş, poşe haline gelmiş, içinde hemorajik vasıfta sıvı olan, karaciğere ve vena cava'ya yapışık bir hal almış olduğu görüldü (Şekil 3).



Şekil 2. A) Hidronefrotik poşe böbreğin ve dilate dev üreterin görüntüsü. B) Tümör ile dolu olan üreterin görüntüsü.

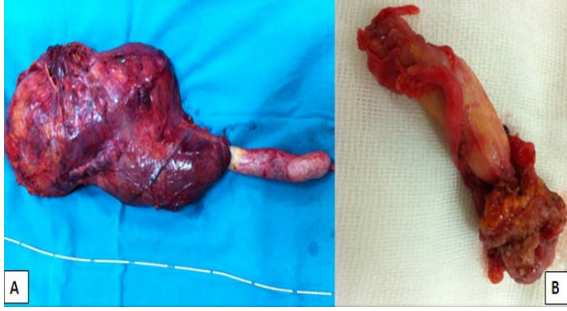


Şekil 3. Operasyon sırasında hidronefrotik poşe böbreğin ve dilate dev üreterin görünümü.

Etrafında yaklaşık 3-4 cm lenf nodları tespit edildi. Hastada postopertaif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi, postopretif 7. günde sondası alınarak taburcu edildi.

Patolojiye gönderilen dokuların raporu; üreter ve böbrek için, cerrahi sınırlarında tümöre rastlanmayan üreteri ve renal pelvisi dolduran, fokal alanlarda yüksek

gradeli olan (WHO/ISUP) düşük gradeli noninvaziv papiller ürotelyal karsinoma, tüm lenf nodları reaktif şeklinde iken mesane için ise lamina propriya ve muskularis propriya invazyonu gözlenmeyen düşük gradeli noninvaziv papiller ürotelyal karsinom şeklinde geldi (Şekil 4).



Şekil 4. (A) Nefroüretrektomi spesimeni. (B) Çıkarılan üreter alt ucu ve mesane güdüğü.

Tartışma

Üst üriner sistemde görülen değişik epitel kökenli tümörler oldukça nadir görülen tümörlerdir. Bu tümörler tüm böbrek tümörlerinin yaklaşık %10'unu oluştururken, tüm ürotelyal tümörlerin ise yaklaşık %5'ini oluştururlar.³ Üst üriner sistemde görülen tüm toplayıcı sistem tümörlerinin %75'i böbreğin toplayıcı sisteminde yerleşirken, ancak %25'i üreterlerde yerleşir.^{3,4} Kuzey Amerika verilerine göre yıllık insidansın renal pelvis tümörlerinde 1/100.000 iken, üreter tümörlerinde 0,6-1,1/100.000 civarında olduğu bildirilmiştir.¹

Etiyolojide rol oynayan başlıca risk faktörleri; sigara (yıl ve doza bağlı olarak riski 3 kat artırır), Balkan nefropatisi, papiller nekroz, uygunsuz ve aşırı analjezik kullanımı (renal pelvis kanseri olanların %22'si, üreter tümörü olanların %11'inde analjezik öyküsü vardır), aşırı kahve tüketimi (günde >7 bardak içenlerde risk 1,8 kat fazla), mesane kanserlerine benzer şekilde kimyasallara maruziyet, boya ve plastik sanayiinde çalışmak, ayrıca mesanenin ve üst üriner sistemin değişik epitel dışı tümörlerinde de kronik enfeksiyonlar, üriner sistem taşları, hidronefroz, şistozoma enfeksiyonu, siklofosamid gibi etkenler rol alır.^{1,2}

Hastaların başvuru sebeplerinin en başında (%75 hastada) makroskopik veya mikroskopik hematüri gelir.⁵ Ayrıca hastaların yaklaşık üçte birinde görülen künt böğür ağrısı da ikinci en sık sebeptir. Diğer sebepler arasında ise disüri, idrar yolu enfeksiyonu ve ele gelen kitle sayılabilir. Hastalar ayrıca yaygın hastalığa bağlı olarak anemi, kilo kaybı, bulantı-kusma, iştahsızlık, kemik ağrıları ile başvurabilir.

Başka bir sebeple görüntüleme yapılırken insidental olarak saptanabileceği gibi perkütan taş cerrahisi sırasında da tesadüfen görülebilirler.^{1,6} Çok nadir olarak da yüksek lökositöz ve venöz trombüs nedeni ile inceleme yapılırken de saptanabilir.⁶⁻⁷

Bizim hastamızın başvuru sebepleri ise güncel bilgilere uygun şekilde yaklaşık 4 yıldır süren aralıklı hematüri, sağ yan ağrısı, karın sağ tarafında ele gelen kitlesi ve anemisi mevcut idi.

Şüphelenilen hastalarda, çekilen intravenöz piyelografilerde (İVP) %50-70 oranında dolmuş defekti görülürken, %10-30 oranında bir hasta grubunda ise çok invazif hastalığa bağlı olarak obstrüksiyon-hidronefroz ve üreteropelvik bileşke darlığına benzer şekilde kontrast maddenin süzülmediği görülür.⁸ Bu durumda retrograd piyelografi çekilebilir.

Ultrasonografi ucuz, faydalı ve kolay uygulanabilir bir görüntüleme yöntemidir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme hem evrelemede hem de tedavi yöntemi seçiminde çok faydalı yöntemlerdir. BT ürografi, MR ürografi (özellikle T2 ağırlıklı sekanslarda), 3 boyutlu yöntemler de tanda ve yeri doğru belirlemede oldukça önemli ama pahalı yöntemlerdir.

Bu tümörlerde son 40 yıl içinde yaşam süresini belirleyebileceği söylenen bir çok sebep ortaya atılmıştır. Bunların başında tümörün evresi ve derecesi gelirken, diğer sebepler ise beraberinde karsinoma insitu varlığı, pozitif lenf nodu sayısı, DNA ploïdisi, tümörün lokalizasyonu (üreter vs renal pelvis), tümörün multifokalitesi, beraberinde mesane tümörünün olup olmaması, uygulanan cerrahinin tipi, hastanın yaş-performans statusu ve kadın cinsiyet şeklinde sıralanabilir.²

Üreter tümörleri, muhtemelen akış yönüne bağlı olarak üst üretere nazaran altta daha sık görülürler. Görülme oranları alt üreterde yaklaşık %70 iken, orta üreterde %25, üst üreterde ise sadece %5'tir.² Bizim hastamızda ise tümör daha yaygın olup tüm üreteri ve renal pelvisi doldurur mahiyette idi. Ayrıca mesanede sağ orifis etrafında ve sol yan duvarda da tümöral oluşum mevcuttu.

Üst üriner sistem tümörleri genellikle kötü prognoz ile karakterlidir. Çünkü hastaların %19 kadarı başvurularında metastatik hastalık ile karakterizedir.² Ayrıca birçok çalışmada pelvis renalis tümörlerinin prognozunun ve hastalısız sağkalım oranlarının üreter tümörlerine göre daha iyi prognozlu olduğu gösterilmiş olsa da,² Milojevic ve ark.'nın 2011 yılı içinde kabul edilen klinik çalışmalarında üst üriner sistem tümörlü 133 hastaya (88'i renal pelvis tm., 45'i üreter tm.) radikal nefroüretrektomi ve mesaneden "cuff" rezeksiyonu

Üreter Tümörüne Bağlı Dev Üreterohidronefroz: Olgu Sunumu

uygulanmış ve bu hastaların median takip sürelerinin 35 ay (2-113 ay) olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre bu hastalarda kansere özgü sağkalım %62 olarak bulunmuş ve tümörün lokalizasyonundan ziyade, hastalığın pT evresinin ve lenf nodlarının durumunun prognozu belirlemede daha etkili olduğu gösterilmiştir.⁹

Ayrıca 2010 yılında Demirtaş ve ark.'nın 32 hastayı içeren 15 yıllık klinik deneyimlerini yayınladıkları retrospektif bir çalışmada da progresyona etki eden faktörün tümörün evresi olduğunu saptamışlardır.¹⁰ Hall ve ark.'nın serisine göre; radikal cerrahi sonrası median rekürrens zamanı 12 ay olarak bulunmuştur. İstatistiksel verilere göre ise 5 yıllık kansere özgü sağkalım oranları; Ta/Cis tümörlerde %100, T1 tümörlerde %92, T2 tümörlerde %73, T3 tümörlerde %41 iken T4 tümörlerde ise median sağkalım 6 aydır. Özşahin ve arkadaşlarının 126 hastalık serilerine göre ise; yüksek "grade"li, organa sınırlı olmayan ve yüksek cerrahi sınır pozitifliği olan olgularda sonuçların daha kötü olduğu, median sağkalımın 39 ay, median rekürrens zamanının 9 ay (%66 hastada), 5 ve 10 yıllık sağkalımlarının ise sırası ile %29 ve %19 olduğu saptanmıştır.²

Evrelemede AJCC (The American Joint Committee on Cancer) ve UICC (Union International Contre le Cancer) tarafından kabul edilen TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır. Bizim hastamızda TNM evreleme sistemine göre pTaN0M0 G1, fokal odaklarda G3 evresine girmekte olup stage olarak da hastalığı stage 1 dir. Retrograd veya antegrad rezeksiyon ve fulgurasyon yöntemleri, segmental (parsiyel) yöntemler gibi organ koruyucu yöntemler olsa da "altın standart" yöntem radikal nefroüretrektomi ve mesaneden "cuff" rezeksiyonudur.

Özellikle geniş, yüksek dereceli ve invazif ve yine özellikle geniş, multifokal ve sık tekrarlayan orta dereceli invazif olmayan pelvis renalis ve üst üreter tümörleri için altın standart tedavi yine radikal nefroüretrektomi ve mesaneden "cuff" rezeksiyonudur.² Bu yaklaşım, açık cerrahi yöntemle uygulanabileceği gibi laparoskopik yöntemle veya her iki yöntemin kombinasyonu şeklinde de uygulanabilir.

Kalan üreterde %33' ten %75' e kadar varan bir oranda rekürrens ihtimali olduğundan mesaneden "cuff" rezeksiyonu yapılmalıdır.² Ayrıca mesanede eş zamanlı görülen mesane tümörü varlığında prognoz daha kötüdür ve ileride karşı taraf üst üriner sistemde değişici epitel kökenli kanser gelişmesi riski artar.² Bununla birlikte Akdoğan ve ark. ile Park ve ark. 'nın serilerinde tümörün üreterde görülmesinin renal pelviste olmasına göre daha kötü prognozu gösterdiği söylenmektedir.^{1,2} Bu durumda hastaların takibi 3 ayda bir sistoskopi ve 6 ayda bir bilgisayarlı tomografi şeklinde çok sıkı yapılmalıdır.

Biz de hastamıza güncel kabul edilen algoritmada belirtildiği şekilde radikal nefroüretrektomi, mesaneden "cuff" eksizyonu, lenf nodu diseksiyonu ve mesane tümörü için de transüretral rezeksiyon uyguladık. Ayrıca hastamızda yukarıdaki paragrafta bahsettiğimiz kötü prognoz bulguları mevcut olduğundan, rekürrens gelişebileceği göz önüne alınarak üçer ay ara ile sistoskopi ve 6 ayda bir bilgisayarlı tomografi takibine aldık.

Kaynaklar

1. Akdoğan B. Üst Üriner sistemin ürotelyal tümörleri: epidemiyoloji, tanı, sınıflandırma ve prognostik faktörler. In: Özen H, Türkeri L, ed(s). Üroonkoloji Kitabı. 1. Basım. Ankara: Ertem Basım Yayın 2007: 389-400.
2. Flanigan RC. Urothelial tumors of the upper urinary tract. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, ed(s). Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia: Saunders 2007: 1653-86.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2006. CA. Cancer J Clin 2006; 56: 106-30. DOI: 10.3322/canjclin.56.2.106
4. Hall MC, Womack S, Sagalowsky AI, Carmody T, Erickstad MD, Roehrborn CG. Prognostic Factors, Recurrence, and Survival in Transitional Cell Carcinoma of the Upper Urinary Tract: A 30-Year Experience in 252 Patients Urology 1998; 52: 594-601.
5. Terao S, Yamada Y, Shirakawa T, Hara I, Kanomata N, Kamidono S. Granulocyte-Colony Stimulating Factor Producing Urothelial Carcinoma of Renal Pelvis. Int J Urol 2005; 12: 500-2. DOI: 10.1111/j.1442-2042.2005.01084.x
6. Katz R, Gofrit ON, Golijanin D, et al. Urothelial Cancer of the Renal Pelvis in Percutaneous Nephrolithotomy Patients. Urol Int 2005; 75: 17-20. DOI: 10.1159/000085921
7. Williams JH, Frazier HA 2nd, Gawith KE, Laskin WB, Christenson PJ. Transitional Cell Carcinoma of the Kidney with Tumor Thrombus into the Vena Cava. Urology 1996; 48: 932-5. DOI: 10.1016/S0090-4295(96)00312-3
8. Oosterlinck W, Solsona E, van der Meijden AP, et al. European Association of Urology. EAU Guidelines on Diagnosis and Treatment of Upper Urinary Tract Transitional Cell Carcinoma. Eur Urol 2004; 46: 147-54. DOI: 10.1016/j.eururo.2004.04.011
9. Milojevic B, Djokic M, Sipetic-Grujicic S, et al. Upper Urinary Tract Transitional Cell Carcinoma: Location is not Correlated with Prognosis. BJU Int 2011 DOI: 10.1111/j.1464-410X.2011.10461.x
10. Demirtaş A, Şahin N, Ekmekçioglu O, Sofikerim M, Tatlışen A. Üst Üriner Sistem Ürotelyal Tümörlerinde Prognoza Etki Eden Faktörler: 15 Yıllık Deneyimimiz. Erciyes Tıp Dergisi 2010; 32: 97-102.

Bu olgu sunumuna atf yapmak için: Demirel HC, Gökçaya CS, Aktaş BK, Özden C, Bulut S, Memiş A. Üreter Tümörüne Bağlı Dev Üreterohidronefroz: Olgu Sunumu. JIUMF 2012; 19(1): 36-9. DOI: 10.7247/iiumf.2012.19.1.36 39