

## FAMİLYAL PRİMER OBSTRÜKTİF MEGAÜRETER\*

Dr. Sacit Yıldız\*\* Dr. A. Faik Yılmaz\*\*\* Dr. Recep Büyükalpelli\*\*\*\*

Key words : Megaureter, ureteral obstruction.

Anahtar terimler : Megaüreter, üreteral obstrüksiyon.

Megaüreter terimi basit anlamıyla büyük üreter demektir. İlk kez Caulk tarafından 1923 yılında intravenöz pyelografide (IVP) pelvikalisiyel sistemi normal, ancak distal üreter kısmının genişleme gösterdiği 32 yaşındaki bir kadında tanımlanmıştır.<sup>1</sup> Daha sonraları üreteral aklazy, primer obstrükte megaüreter aperistaltik distal üreteral segment ve fonksiyonel obstrükte megaüreter deyimleri kullanılmıştır.<sup>2,3</sup> Terminolojideki uyumsuzluk ve morfolojik görünümü tanımlama farklılıkları literatürde karışıklığa yol açmıştır. Ancak üreterin yapısı ve ultrasütrüktürü konusunda yapılan çalışmalar patolojiyi daha iyi anlaşılır hale getirmiş ve sınıflamada kolaylık sağlamıştır (Tablo 1).<sup>4</sup>

Megaüreter az görülen bir üreteral patoloji olmamakla birlikte, familyal bir özellik göstermesi oldukça nadirdir. Burada primer obstrükte megaüreterin saptandığı iki kardeş kadın hasta sunulacaktır.

### Vaka Takdimi

Vaka 1 : 34 yaşında (A.M., Protokol No. 75188) evli kadın hasta kliniğimize 1 yıldır sol lomber bölgede ağrı yakınmasıyla başvurdu. Ürinyasyona ilişkin herhangi bir yakınması yoktu. Fizik inceleme bulguları normaldi. İdrar

\* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı çalışmalarından.

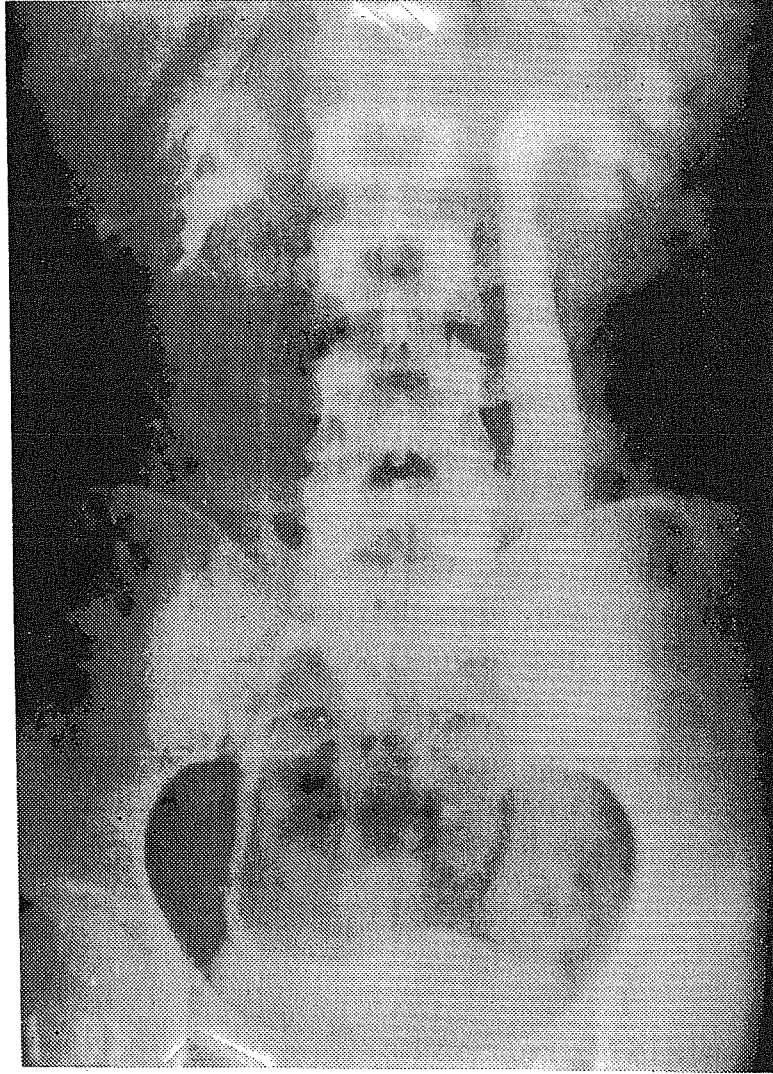
\*\* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Doçenti.

\*\*\* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.

\*\*\*\* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

incelemesinde ve kültüründe patoloji saptanmadı. IVP de solda pyelokaliektazi ve distal üretere doğru progresif bulböz genişleme gösteren üreter izlendi (Resim 1). Sistogramda vezikoüreteral reflü saptanmadı.

Eksplorasyonda sol üreter alt ucunda yaklaşık 1.5 cm. lik dar fibröz segment gözlemlendi. Distal üreterde vaskülarizasyonu bozmadan yeterli inceltme yapıldıktan sonra, Politano-Leadbetter yöntemiyle üreteroneosistostomi yapıldı. Postoperatif kontrol IVP de solda normal pelvikalisiyel yapı ve üreter izlendi.



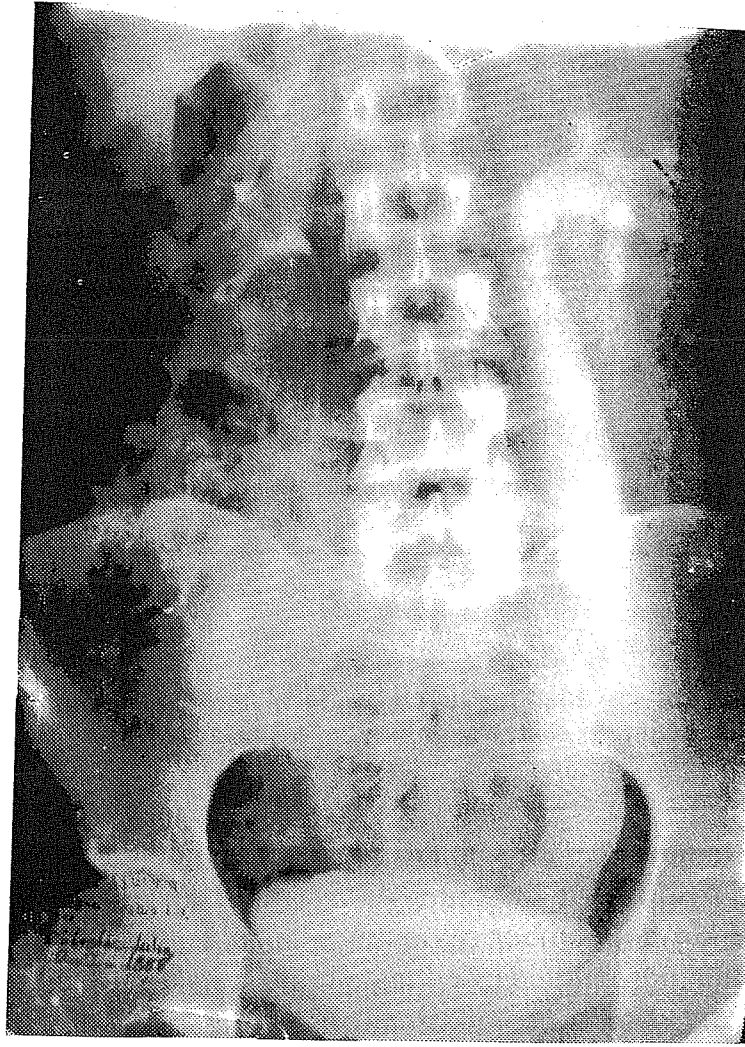
**Resim 1**

**A) Vaka 1'in IVP de sağ böbrek ve üreter normaldir. Solda pyelokaliektazi ve distale doğru progresif dilatasyon gösteren megaüreter görülmektedir. Dar distal üreteral segment mesaneye dolan opak madde superpozisyonu altındadır.**



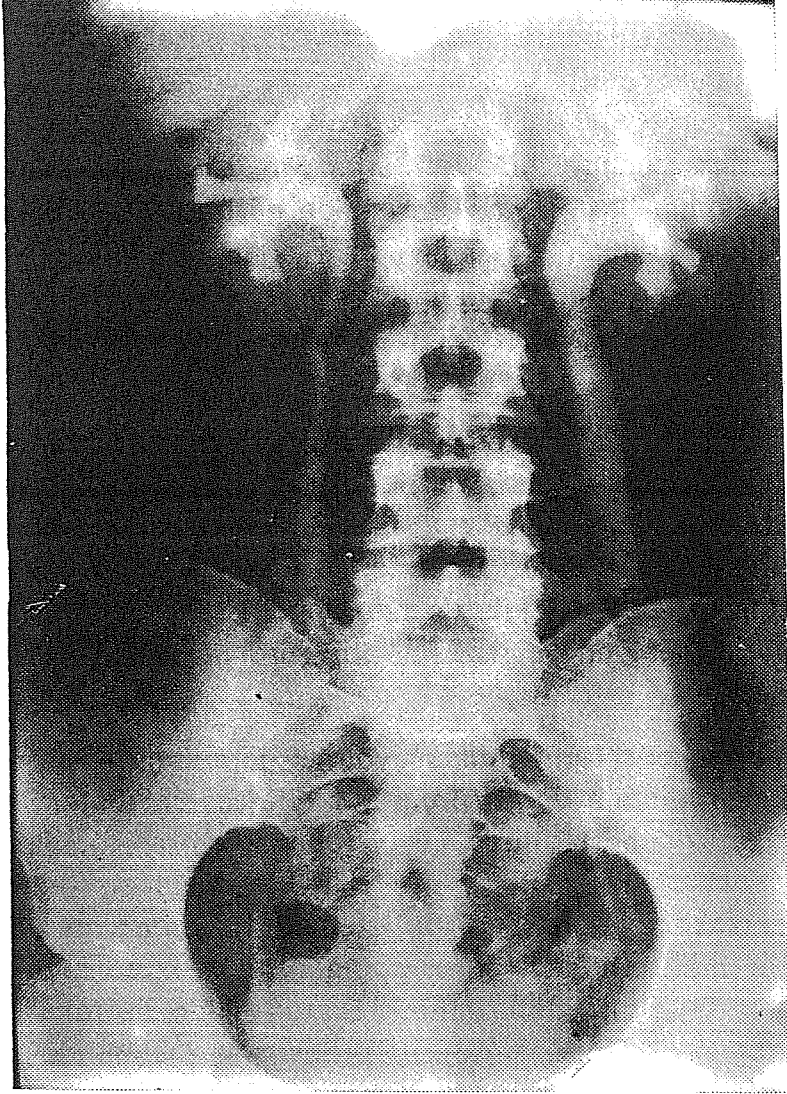
B) Post-voiding grafide dar distal üreteral segment ve proksimalinde boşalma güçlüğü gösteren genişlemiş üreter görülmektedir.

Vaka 2 : 25 yaşında (Z.K., Protokol No. 194709) evli bayan hasta kliniğimize sol akut pyelonefrit ön tanısıyla yatırıldı. Öyküsünden 8 yıldır aralıklı künt özellikle sol lomber ağrısının olduğu ve tekrarlayan pyelonefrit atakları geçirdiği öğrenildi. Fizik incelemede ateş 38°C idi ve sol lomber hassasiyet vardı. İdrarda eser proteinüri, mikroskopisinde bol lökosit gözlemlendi. İdrar kültüründe E.coli 100.000 col/ml üredi. Akut pyelonefritin uygun antimikrobiyal tedavisinden sonra çekilen IVP de sol böbrek ve üreterde Vaka 1'dekine benzer bulgular gözlemlendi (Resim 2). Sistogramda vezikoureteral reflü saptanmadı. Eksplozasyonda sol üreterin distalinde yaklaşık 2 cm. lik dar segment saptandı. Cerrahi işlem Vaka 1'deki gibi yapıldı. Postoperatif dönemde hasta yakınmalarından kurtuldu ve enfeksiyonu kontrol altına alındı (Resim 3).



Resim 2

Vaka 2'nin pre-operatif IVP de, Vaka 1'e benzer şekilde solda megaüreter.  
Üreterin tortosite göstermemesi dikkat çekicidir.



Resim 3

Vaka 2'nin post-operatif erken dönemde çekilen IVP de üreteral inceltme (tailoring) yapılan sol üreter distalinin normale döndüğü görülmektedir.

### Tartışma

İnfant ve çocuklarda yapılan 19046 otopsinin sonuçları incelendiğinde 26 (1 : 1907) megaüreter saptanmıştır.<sup>5</sup> Pitts ve Muecke üreteral dilatasyon gösteren 526 olgunun 80'inde (% 15.2) 113 nonrefluks megaüreterin olduğunu bildirmişlerdir.<sup>6</sup> Primer obstrükte megaüreter kadınlarda erkeklere oranla 3-5 kat daha sık görülür, sol tarafta görülme sıklığı sağdan 1.5-4.8

kat fazladır, % 15-25 bilateraldir, % 9 olguda ise kontralateral renal agenezi vardır.<sup>1,7</sup> Kliniğimizde Mayıs 1978 ile Mayıs 1988 yılları arasında 12 hastada 15 primer obstrükte megaüreter saptanıp, cerrahi olarak tedavi edildi. 3 Vakada patoloji bilateralidi. Vakalar 1.5 ile 34 yaşları arasındaydı (Ortalama 15,2) ve yarısı kadındı. Sol üreter sağa göre daha sık tutulmuştu (9/5). Burada sunduğumuz 2 vaka kadındır ve patolojiler her ikisinde de sol taraftadır. Asıl ilginç olan primer obstrükte megaüreterin iki kardeşte birden görülmesidir. Megaüreterin herediter bir özellik gösterdiği bilinmemektedir, ancak ailenin birden fazla bireyinde görüldüğüne ilişkin yeni bilgiler vardır. Tatu ve Brennan 1981 yılında bir anne ve onun erişkin kızında familyal özellik gösteren primer obstrükte megaüreter bildirmişlerdir.<sup>8</sup> King de solda primer idiopatik obstrükte megaüreterin olduğu, biri 4 yaşında kız, diğeri 8 yaşında erkek iki kardeşin IVP lerini sunmuştur.<sup>7</sup>

Bizim vakalarımızın birinde megaüreter tanısı, lomber ağrının değerlendirilmesi sırasında, diğeri ise akut pyelonefrit atağından sonra çekilen IVP ile konmuştur. Pitts ve Muecke 80 hastanın 52'sinde (% 65) megaüreter tanısını, üriner enfeksiyonunun değerlendirilmesi sırasında rutin çekilen IVP ile koymuşlardır.<sup>6</sup> Diğer olgularda tanı renal kolik, hematüri, üremi abdominal kitle, hipertansiyon ve travma gibi durumların incelenmesiyle konulmuştur.

Primer obstrükte megaüreterin tipik radyolojik görünümü, belli bir üreteral tortosite olmaksızın distale doğru progresif dilatasyon gösteren, ancak en distal dar segmenti genellikle mesaneye dolmuş kontras madde tarafından örtülen üreter şeklindedir.<sup>1,7</sup> Beraberinde pyelokaliyektazi, ilerlemiş olgularda üreteral tortosite ve hidronefroz izlenebilir. Primer obstrükte megaüreter genellikle bir distal dinamik segmentle birlikte, fakat nadiren anatomik bir obstrüksiyon gösterilebilir. Sistoskopide üreter orifisleri genellikle normaldir ve üreteral kataterin proksimale geçişinde bir engelle karşılaşılabilir. Dar segmentin uzunluğu 0.5-4 cm. arasında değişmektedir.<sup>7</sup> McLaughlin ve arkadaşlarına göre primer obstrükte megaüreterde obstrüksiyon nedeni; 1) Üreterde peristaltizmin ilerlemesine engel olan kas fibrillerinin yokluğuna, 2) Üreterin genişlemesine ve idrarın pasif geçişine engel olan fibrotik rijiditenin varlığına bağlıdır.<sup>9</sup> Tanagho ve arkadaşları ise üreter peristaltizmini bozan, idrar akımını azaltan ve progresif staz ve dilatasyona yol açan anormal bir musküler yapılanın olduğunu bildirmişlerdir.<sup>10</sup>

Megaüreterin cerrahi tedavisi progresif üreteral genişleme gösteren veya parankim kaybı ile birlikte hidronefroz olan, daha az derecede dilatasyonlu ancak tanısal testlerin (Whitaker testi) obstrüksiyonu gösterdiği vakalarda yapılmalıdır.<sup>7</sup> Megaüreterin diğeri bir cerrahi endikasyonu hidronefrotik üst

üriner sistemde tekrarlayan ve dirençli enfeksiyonun olduğu olgulardır. Bizim bir vakamızda tekrarlayan pyelonefrit atakları vardır. Megaüreter cerrahi tedavisinden önerilen ve giderek yaygınlık kazanan teknik, üreteral inceltme (tailoring) veya katlama (folding) yapılarak üreterin mesaneye reimplantasyonudur. Biz 2 vakamızda da genişlemiş olan üreteral segmentte yeterli inceltmeden sonra Politano-Leadbetter yöntemiyle üreteroneostomi uyguladık ve diğer olgularımızda olduğu gibi başarılı sonuçlar aldık. Sunduğumuz bu iki kardeş vakada olduğu gibi megaüreterin ayrıca famiyal bir özellik gösterebileceğini vurgulamak istedik. Bu nedenle özellikle primer obstrükte megaüreterli Vakalarda aile bireylerinin taranmasının yararlı olacağı inancındayız.

**TABLO I**  
**Megaüreterin Uluslararası Sınıflaması<sup>1</sup>**

Megaüreter	Primer	Sekonder
1. Obstrükte	İntrensek üreteral obstrüksiyon — Stenoz — Adinamik segment	Üretral obstrüksiyon Nörojenik mesane Ekstrensek obstrüksiyon — Retroperitoneal tümör
2. Refluks	Primer refluks megaüreter — Prune-belly — Üreterosel — Ektopik üreter	Üretral obstrüksiyon Nörojenik mesane
3. Nonrefluks- Nonobstrükte	Nonrefluks-nonobstrükte megaüreter (İdiopatik üreteral dilatasyon)	Poliüri Enfeksiyon Distal obstrüksiyonun düzeltmesinden sonra üreterin geniş kalması

### Özet

Bu makalede, primer obstrüktif megaüreterli iki kızkardeş sunulmuş ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

### SUMMARY

#### Familial Primary Obstructive Megaureter

In this article, primary obstructive megaureter in two sisters were presented and relevant literature has been reviewed.

## KAYNAKLAR

- 1 → Perlmutter A D, Retik A B, Bauer S B : Anomalies of the upper urinary tract, In Walsh, P.C., Gittes, R.F., Perlmutter, A.D., Stamey, (eds): **Campbell's Urology**, 5th ed., Vol. I. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1986. 1726-1730.
- 2 — Creevy C D : The atonic distal ureteral segment (ureteral achalasia), **J Urol** 97: 457, 1970.
- 3 — Williams D I, Hulme-Moir I : Primary obstructive megaureter, **Br J Urol**. 42:140, 1970.
- 4 — Smith D E : Report of Working Party to Establish an International Nomenclature for the large Ureter. In Bergsma, D., Duckett J.W. (eds.): **Urinary System Malformation in Children. Birth defects: Original Article Series**, Vol. 13, New York, Alan R. Liss 1977. No. 5, 3.
- 5 — Campbell M F : Anomalies of the ureter, In Campbell M F: (eds.): **Urology**, 3th ed., Vol 2. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1970. 1487-1542.
- 6 — Pitts W P, Muecke E C : Congenital Megaureter. A review of 80 patients. **J Urol**. 3:468, 1974.
- 7 — King L R : Ureter and ureterovesical junction, In Kelalis P P, King L R, Belman A B (eds.): **Clinical Pediatric Urology**, 2nd ed., Vol. 1, Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1985. 486-512.
- 8 — Tatu W, Brennan R E : Primary megaureter in a mother and daughter. **Urol Radiol** 3:185, 1981.
- 9 — Mclaughlin A P III, Pfister R C, Leadbetter W F et al: The pathophysiology of primary megaloureter. **J Urol** 109:805, 1973.
- 10 — Tanagho E A, Smith D R, Guthrie T H : Pathophysiology of functional ureteral obstruction. **J Urol**. 104:73, 1970.



## OVER'DE DEV BASİT SERÖZ KİST\*

Dr. Arif Kökçü\*\*

Dr. Şükrü Çokşenim\*\*\*

Dr. Bedri Kandemir\*\*\*\*

Key words : Ovary, simple serous cyst.

Anahtar terimler : Over, basit seröz kist.

Overin iyi huylu seröz ve müsinöz tümörlerinin, dev boyutlara erişebildikleri halde, karında şişkinlik dışında herhangi bir semptom oluşturmaya bildikleri bilinmektedir.<sup>1</sup> Bu yazımızda, karında şişkinlik dışında semptomu olmayan, 22.5 kg ağırlığında dev bir büyüklüğe erişmiş, sol overden köken alan basit seröz kist olgusunu sunmayı uygun bulduk.

### Vaka takdimi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına karında şişkinlik yakınması ile başvuran 47 yaşındaki kadın hastanın öyküsünden, karındaki şişkinliği 2 yıl önce farkettiği, gittikçe bu şişkinliğin arttığı, bu yakınma ile 1 yıl önce doktora başvurduğu, karnından iğne ile sıvı alındığı, kendisine ilaçlar verildiği, ancak tedaviden yarar görmediği ve karnındaki şişkinliğin büyümeye devam ettiği öğrenildi. Öz ve soy geçmişi önemli bir özellik tanımlamıyordu.

---

\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı çalışmalarından.

\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Yrd. Doçenti.

\*\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Doçenti.

\*\*\*\* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Profesörü.

Fizik incelemede, ksifoide kadar tüm karını dolduran kitle mevcuttu. Karın ileri derecede bombe idi. Perküsyonda karının her tarafında matite alınıyordu. Jinekolojik incelemede, dış genital organlar, vajen, serviks normal görünümde idi. Uterus ve adneksler palpe edilemiyordu.

Laboratuvar incelemelerinde, Hemoglobin: 11.4 g/dl, Beyaz küre : 6000/mm<sup>3</sup> İdrar tetkiki: normal, BUN, Kreatinin, Açlık kan şekeri, karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Radyolojik incelemede, akciğer grafisi normal, ayakta ve yatarak direk karın grafisinde yaygın sıvı dansitesi görünümü vardı. Ultrasonografik incelemede tüm karın boşluğunu dolduran sıvı dansitesi görünümü mevcuttu.

#### **Operasyon bulguları ve klinik gidiş**

Over tümörü ve karında ascite ön tanısı ile hastaya laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda, sol overden köken alan, tüm pelvis ve karın boşluğunu dolduran, karın içinde yapışıklıklar göstermeyen, yüzeyi düzgün, 40x40 cm. boyutlarında içi sıvı dolu over tümörü ile karşılaşıldı. Tümör intakt olarak çıkarıldı, total abdominal histerektomi sol salpenjektomi ve sağ asalingooferektomi yapıldı. Herhangi bir komplikasyon olmaksızın postoperatif 7 inci günde hasta taburcu edildi.

Makroskopik incelemede, içi sıvı ile dolu ve belirgin fluktuasyon veren kistik yapının 22.5 kg. ağırlıkta ve 40x40 cm. boyutlarında olduğu saptandı. Soluk gri renkteki dış yüzeyinde belirgin olarak vasküler yapılar izleniyordu. Kistik oluşum açıldığında içerisinden 21 litre seröz karakterde berrak bir mayinin boşaldığı, duvar kalınlığının 1 cm. ile 1.5 cm. arasında bölgeden bölgeye değiştiği gözlemlendi (Resim : 1)

Mikroskopik incelemede, kistik yapının duvarındaki değişik görümlü alanlardan hazırlanan çok sayıdaki kesitlerde, çeperinin tek sıra seröz karakterde yer yer yassı, yer yer de kübik epitelle döşeli, yaygın hyalini ve mukoid dejenerasyon gösteren fibrokollajenöz dokudan oluştuğu izlendi. Kesitlerin bir kısmında damarsal yapılar çevresinde lenfosit infiltrasyonu ve fibroblastik proliferasyon mevcuttu (Resim : 2). Makroskopik ve mikroskopik inceleme bulguları basit seröz kist ile uyumlu idi.