

## PRİMER ÜRETER TÜMÖRÜ VE LOKAL EKSİZYONLA TEDAVİ

Dr.Yılmaz Türkeri<sup>(x)</sup>

Dr.Mustafa Özyurt<sup>(xx)</sup>

Dr.Adnan Kaleli<sup>(xxx)</sup>

### ÖZET

*Primer bir üreter tümörü sunulmuş ve lokal eksizyonun tedavideki yeri literatürün ışığı altında tartışılmıştır.*

### SUMMARY

*Primary tumor of the ureter is presented and the place of local excision in the treatment is discussed under the light of the literature.*

Üreter tümörleri üriner sistem tümörleri arasında oldukça seyrek<sup>(1)</sup>. Çoğunlukla malign tabiatlı ve papiller yapıdadır. Hemen hemen 2/3'ü erkeklerde görülür ve üreterin alt ucunda lokalize olurlar.

Etyolojide bütün urothelial tümörlerde olduğu gibi kesin bir neden gösterilememiştir. Ancak, klasik bilgilere ilave son yıllarda aşırı p h e n a c e t i n kullanımı'nın değişici epitel tümörlerine neden olduğunu açıklayan yayınlar vardır<sup>(2)</sup>.

Aşağıda konservatif lokal eksizyon uyguladığımız bir üreter tümörü vakası sunulmuştur :

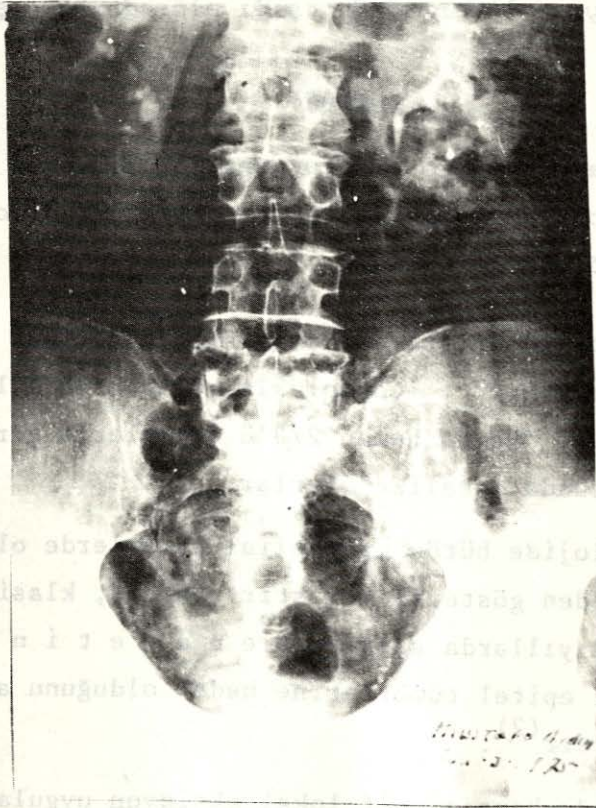
---

(x) Bursa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Doçenti.

(xx) Aynı Kürsü Uzman Asistanı

(xxx) Aynı Kürsü Asistanı.

M.A., 73 yaşında erkek hasta, (005187), sekiz ay önce idrarının kanlı geldiğini görmüş. Çekilen intravenöz pyelografilerde (IVP) patolojik bulguya rastlanmadı (Resim: 1). Yapılan sisto-panendoskopik tetkikte kanayan yer görülemedi. Hasta, kanlı idrar yaptığı zaman gelmesi salık verilerek taburcu edildi. Bu arada zaman zaman yineleyen kanamaları olmuş, değişik hastanelerde de kanama odağı saptanamamış.

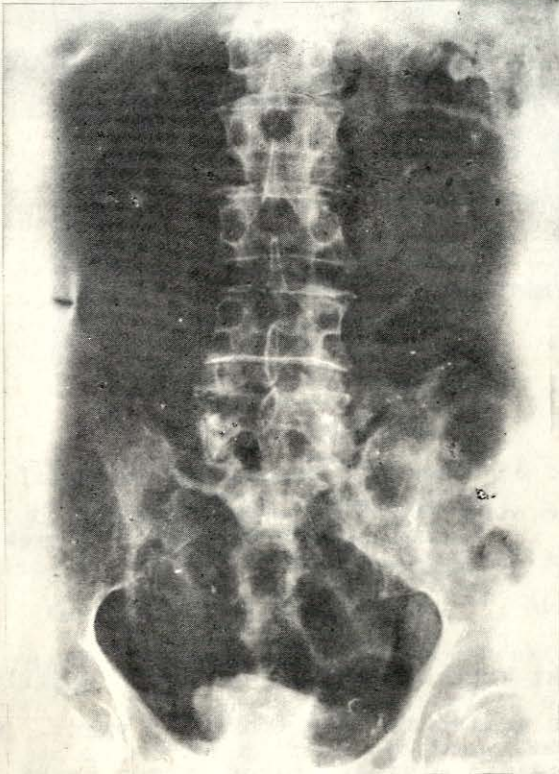


Resim: 1 - IVP'lerde İki Böbrekte  
Fonksiyon Başlamış, Kalisler ve Pelvi Dolmuştur.

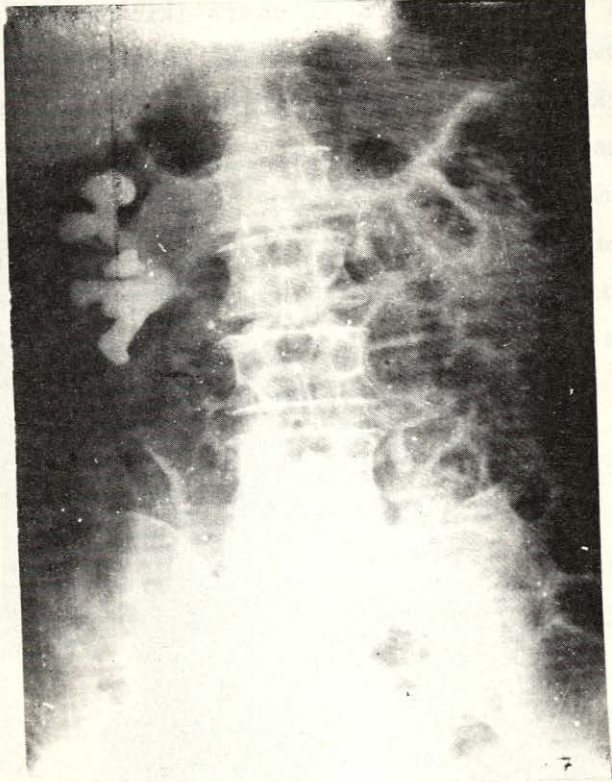
Hasta ikinci kez kliniğimize başvurduğunda çekilen IVP'lerde sağ böbreğin fonksiyone etmediği görüldü (Resim: 2).



Sağ retrograt pyelografide (RGP), böbrekte orta derecede hidronefroz ve üreterin alt ucunda belirgin bir dolma defekti dikkati çekiyordu (Resim: 3). Ameliyatta dolma defektinin bulunduğu yer fuziform bir şişkinlik görünümündeydi. Bu bölümün üstünde üreter genişti. Hem proksimal hem de distal uç, askıya alındıktan sonra iki tarafta elden geldiğince serbestleştirildi. Ortadaki dolgun gözüken üreter parçası çıkarıldığı zaman uç uca gelebileceği ölçüldükten sonra proksimal uç dik, distal uç eğik şekilde kesildi. Ağızlaştırma 4-0 chromic catgut ile ve kalıp (splint) konulmaksızın yapıldı. Ameliyat sonrası kesi yerinden idrar drenajı olmadı. Birgün sonra hematüri kayboldu. Hasta ameliyat sonrası sekizinci gün sağlıklı hastaneden ayrıldı.



Resim: 2 - İkinci Kez Çekilen IVP'lerde  
Sağ Böbrekte Fonksiyon Görül-  
memektedir.



Resim: 3 - Ameliyat Öncesi RGP de Hafif Hidronefroz ve Üreter Alt Ucunda Dolma Defekti Görülmektedir.

İki ay sonraki kontrol IVP'lerinde erken grafilerden itibaren ameliyat edilen tarafta fonksiyon vardı. Ancak RGP'lerde saptadığımız minimal hidronefrozun henüz kaybolmadığı görüldü (Resim: 4).





Resim: 4 - Ameliyat Sonrası Kontrol IVP'lerinde Sağ Böbrekte Fonksiyon Görülmektedir.

### TARTIŞMA

Kaynaklar gözden geçirildiğinde üst üriner sistemin urethelial tümörlerinin tedavisi yönteminde iki ana görüş vardır : Counseller ve arkadaşları<sup>(3)</sup>, Abeshouse<sup>(4)</sup> ve diğer pekçok araştırmacılar nefroüreterektomiye salık verirken; Vest<sup>(5)</sup>, 1945 ten buyana malignite derecesi düşük tümörlerde konservatif lokal eksizyonu savunmaktadır. Carroll<sup>(6)</sup>, infiltratif ve sguamöz hücreli karsinomlarda nefroüreterektomiye seçkin tedavi yöntemi olarak kabul

etmektedir. Robart ve arkadaşları<sup>(7)</sup>, eğer tümör lokalize ve bütünü ile çıkarma olanağı varsa tıpkı mesane tümörlerinde olduğu gibi yalnız parsiyel üreterektomiye inanmaktadırlar. Bütün üst üriner sistem değişici epitel tümörlerinde total nefro-üreterektomi veya lokal eksizyon tedavi yönteminin henüz açıklığa kavuşmamış bir yönüdür. Ancak, bu doktorun tartışmasının yanı sıra hastanın yaşı, diğer böbreğin fonksiyonel ve anatomik durum gibi etkenler tedavi yönteminin seçimini etkileyen diğer faktörlerdir.

Üreter tümörlerinin lokal eksizyonundan sonra uçuca dikmede Thomas'ın<sup>(8)</sup> tanımladığı gibi, üreter uçlarının hafif dikine keserek anastomoz ağızlarını genişletmeği önerenler vardır. Diğer bir görüş ise Mohaney ve Persky<sup>(9)</sup>, mukoza ve müskülarisin değişik sürelerde iyileştiklerini gözönüne alarak mukoza ve diğer tabakaları iki kat dikilmesini önermişlerdir. Ancak, hafif hidronefroz ve hidroüreter olan vakalarda, ağızlaştırmanın kolay ve kesit yüzeylerinin çakışması bakımından, proksimal kesitin dik (çember), alt kesi yüzeyinin eğik (elips) şekilde yapılmasını salık verenler çoğunluktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Scott, W.W., and others: Tumors of the ureter. In: Urology. Edited by M.F. Campbell and J.H. Harrison, Vol. 2, 1970, pp. 977-992.
2. Johansson, S., and others: Uroepithelial tumors of the renal pelvis associated with abuse of phenacetin-containing analgesics. Cancer 33: 743, 1974.



3. Counseller, V.S., and others: Primary epithelioma of the uretere: A followup study of eighteen ceses with the addition of nine new cases. *J. Urol.*, 51: 606, 1944.
4. Abeshouse, B.S.: Primary benign and malignant tumors of the ureter; review of literature and report of one benign and 12 malignant tumors. *Amer. J. Surg.*, 91:237, 1956.
5. Vest, S.A.: Conservative surgery in certain benign tumors of the ureter. *J. Urol.*, 53:97, 1945.
6. Carroll, G.: Bilateral transitional cell carcinoma of the renal pelvis. *J. Urol.*, 93:132, 1965.
7. Robards, V.L., Jr., and others: Primary tumors of the ureter. *J.A.M.A.*, 187:778, 1964.
8. Thomas, E.G.: Local excision in transitional cell tumors of the upper urinary tract. *J. Urol.*, 97: 619, 1967.
9. Mahoney, S.A., and Persky, L.: Urine flow and ureteral repair. *Surg., Gynec., and Obst.*, 117:597, 1963.