

Üreter Obstrüksiyonunun Nadir Bir Sebebi: Fibroepitelyal Polip

An Unusual Cause of Ureteral Obstruction: Fibroepithelial Polyp

Üroloji

Başvuru: 28.08.2014

Kabul: 17.09.2014

Yayın: 30.09.2014

Hakan Akdere¹

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Fibroepitelyal polipler, üriner sistemin nadir görülen, selim, epitelyal olmayan tümörleridir. Renal pelvis,üreter, mesane ve üretra tutulumu gösterebilirler. Mezoderm ve normal transizyonel epitel hücrelerinden bir araya gelmiş stromadan oluşurlar. Tümörlerin epitelyal kökenli olmalarının aksine, fibroepitelyal poliplerde maligniteye dönüşüm bildirilmemiştir. Fibroepitelyal polipler yeterince büyük ise, hematürinin eşlik ettiği yada etmediği en yaygın başvuru semptomu olan tek taraflı böğür ağrısı ile üriner obstrüksiyona neden olabilirler. Kliniğimize bilateral böğür ağrısı ve makroskopik hematüri şikayeti ile başvuran 49 yaşındaki bir olguyu bildirdik.

Anahtar kelimeler: *Fibroepitelyal polip, Hidronefroz Ureteral lazer*

Abstract

Fibroepithelial polyps of the urinary tract are rare, benign, non-epithelial tumors. They may involve the renal pelvis, ureter, bladder or urethra. They are composed of a stroma derived from mesoderm and covered by a layer of normal transitional epithelial cells. In contrast to tumors of epithelial origin, malignant degeneration of fibroepithelial polyps has not been reported. Fibroepithelial polyps can cause urinary obstruction with the most common presenting symptom being ipsilateral flank pain with or without hematuria. We report a 49 year-old woman who presented to our clinic with bilateral flank pain and macroscopic hematuria.

Keywords: *fibroepithelial polyp, Hydronephrosis Ureteral laser*

Giriş

Fibroepitelyal polipler (FEP), üriner sistemin nadir görülen, benign, epitelyal olmayan tümörleridir. Mezoderm ve normal transizyonel epitel hücrelerinden bir araya gelmiş stromadan oluşurlar. Tipik olarak genç hastalarda üst üriner sistemin düz, mobil, pediküllü kitlesel lezyonu olarak görülürler.

FEP'lerin çoğu üreterde görülürken %15'lik bir kısmı renal pelvis ve daha az oranda üretra ve mesanede görülür¹. FEP'ler üretelyum boyunca herhangi bir lokalizasyonda görülebilirler ancak sıklıkla üreterin proksimal kısmı tutulur. Genelde tek taraflı olarak görülürler. Sol üreter tutulumu sağdan iki kat daha fazladır². İntravenöz pyelografi (İVP) ya da retrograd üreterografide proksimal üreterden köken alan radyolusen dolun defekti ve negatif sitoloji mevcutsa FEP'ten şüphelenilmelidir³. FEP'ler genelde üreteropelvik bileşke (ÜPB)'de yerleştiği için, çoğu olgu çocukluk çağında hidronefroz nedeni olan konjenital ÜPB darlığı tanısı olarak takip edilebilir².

Bu makalede, sol yan ağrısı ve hidronefroz taş? Nedeniyle takip edilen 49 yaşındaki sol üreteral FEP'li bayan hastayı sunduk.

Olgu Sunumu

Kırkdokuz yaşında bayan hasta ilk olarak 2 yıl önce ateş, bulantı, kusma ve sol yan ağrısı şikayetleri ile sağlık merkezine başvurmuş. Bu dönemde yapılan tam idrar tetkikinde mikroskopik hematüri, ultrasonografi (USG)

tetkikinde ise sol böbrek pelvikalisyel sistemde solda grade 2 ektazi ve sol böbrek orta zonda parankim kalınlığında incelme tespit edilmiş. Hastanın idrar kültüründe üreme nedeniyle antibiyotik kullanmış. Hasta son 6 aydır aralıklı sol yan ağrısı nedeniyle çeşitli kereler doktora gitmiş. Yapılan USG’da taş döktüğü söylenmiş. Aldığı analjezikler ile şikayetlerinin gerilemesi üzerine kontrole gitmemiş. Hastanın 2 ay önce şikayetlerinin artması üzerine hastaya hidronefroz ve hematüri nedeniyle dış merkezde sistoskopi yapılmış. Sistoskopide sol üreter orifisinde papiller tümör görülerek transüretral reseksiyon (TUR) biyopsi yapılmış. Biyopsi sonucu: subepitelial ödem ve vaskuler konjesyon gösteren üreter epiteli olarak gelmiş. Postoperatif dönemde çekilen magnetik rezonans (MR) ürografide sol üreter proksimalinde dolum defekti (Şekil 1) görülmesi üzerine fakültemiz polikliniğine sevk edilmiş.

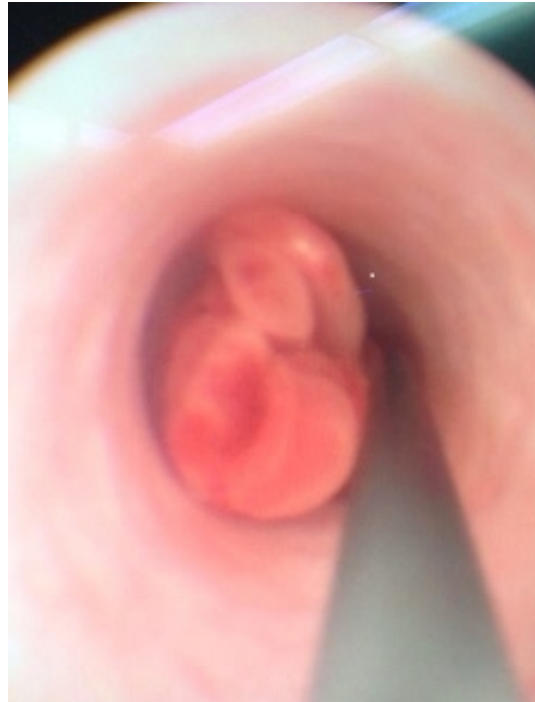


Şekil 1 : Sol taraf UPJ proksimalinde dolum defekti

Hastaya genel anestezi altında sistoskopi yapıldı sistoskopide üreter orifisinde tümör izlendi, tümör orifiste suyun hareket yönünün tersi yönünde hareket etmekteydi (Şekil 2). Polipoid bir yapı olduğu düşünülerek sistoskopi sona erdirilip hidrofilik kateter klavuzluğunda URS ile girildi. URS’de orifis hizasından üreteropelvik bileşke (ÜPB-ureteropelvic junction-(UPJ))’nin proksimaline kadar uzanan saplı polipoid yapı izlendi (Şekil 3).



Şekil 2 : Orifisten polip görünümü



Şekil 3 : Üreter içi polip ve hidrofilik klavuz katater

Polipin sapı Ho YAG lazer ile yakılarak üreter duvarından ayrıldı. Daha sonra yabancı cisim pensi ile tüm doku dışarıya alındı. Şekil 4 (8,5 cm).



Şekil 4 : Polip dışarı alındı (8,5cm)

Üretere skopi eşliğinde 6f 26 cm pigtail kateter takıldı. Hastaya sonda takılarak işleme son verildi. Hasta postoperatif 1. gün sondası alınarak taburcu edildi.

Hastanın patoloji raporu vermiform fibroepitelyal polip olarak geldi. Postoperatif 4. hafta pigtaili alınan hastanın USG takiplerinde hidronefroz izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç

Benign üreteral poliplerin etyolojisi net değildir. Anormal gelişime sahip konjenital olarak ya da enfeksiyon, kronik irritasyon, obstrüksiyon ve travma gibi edinsel nedenlerden geliştiğine inanılır³. Epitelyal kökenli tümör olmalarına karşın, FEP'lerde malign dönüşüm bildirilmemiştir. Diğer benign üreteral neoplaziler leiomyom, papillom, hemanjiyom, lenfanjiyom, granülom ve fibromaları içerir. FEP'lerin yaklaşık %62'lik kısmı ÜPB ya da üst üriner sistemde görülür⁴. Çocuklarda konjenital nedenler ön plandayken erişkinlerde daha çok inflamatuvar ya da enfeksiyöz sebepler ön plandadır. FEP'ler taş oluşumu ve obstrüksiyon ile ilişkili olabildikleri gibi malign tümörler ile de karıştırılabilirler⁵. FEP'lerde en sık başvuru semptomu böğür ağrısı ve/veya karın ağrısının eşlik ettiği hematüridir. İntravenöz pyelografi (İVP) ve retrograd üreterografide genelde hidronefrozun eşlik ettiği ya da etmediği uzun, düz üreteral dolun defektleri şeklinde görülürler. Ancak FEP tanısı sadece görüntüleme yöntemleri ile konulamaz. Üreteroskopiye FEP'in tipik düz ve düzenli görünümü, düzensiz üreteryal karsinom görünümünden kolaylıkla ayırt edilebilir⁶. FEP'lerin üst üriner sistem karsinomlarından ayırımı önemlidir çünkü prognoz ve tedavi yöntemleri birbirinden oldukça farklıdır. Bu nedenle, definitif tedaviye başlanmadan önce bütün hastalardan histolojik kanıt elde etmek için biyopsi alınmalıdır¹. Bu poliplerin tedavisi obstrüksiyon derecesi, üriner sistem enfeksiyonunun varlığı ve intraoperatif potansiyel malignite şüphesine göre düzenlenir⁶. Bazı yazarlar bu poliplerin tedavisinde gelişen endoskopik ve laparoskopik araçların da yardımıyla perkütan ve/veya üreteroskopik yaklaşımla başarılı sonuçlar alınabileceğini bildirmişlerdir⁷. Lam ve ark. üst üriner sistemde FEP'i mevcut 5 hastadan 3'ünde perkütan yoldan elektrozeksizyon ile, 2 hastada ise üreteroskopik olarak Ho-YAG lazer ablasyon ile tedavilerini bildirmişlerdir¹. Carey ve ark. üreteral duvarda polip tabanını göstermek için fleksibl üreteroskop kullanmışlar ve tanı koydukları 10 hastayı üreteroskopik lazer ablasyon ile tedavi etmişlerdir⁵. Kijvikai ve ark. ÜPB'nin distalinden köken alan 17 cm uzunluğunda laparoskopik piyeloplasti ile tedavi edilen dev bir FEP olgusu bildirmişlerdir⁶. Hastamızda, 8,5 cm'lik polip, renal pelvisten değil ÜPB'nin proksimalinden kaynaklanan tümör başarılı bir lazer ablasyon ile tedavi edilmiştir. Literatürde laparoskopik ve açık cerrahi tedaviler bildirilmekle birlikte ilk seçenek endoskopik tedavi denenmeli eğer doku çıkartılamaz ise diğer seçenekler düşünülmelidir⁸. Açık ve laparoskopik tedavilerde ureter kaybı ve darlık gelişme riskleri nedeniyle ilk seçenek olarak değerlendirilmemesi gerekmektedir⁸. Endoskopik ablasyonda ureter

darlığı açısından pigtail katater kesinlikle takılmalı ve üreterin durumuna göre pigtail 2-4 hafta arasında bırakılmalıdır⁹.

Kaynaklar

1. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. *Urology*. 2003;62(5):810-3.
2. Bhalla RS, Schulsinger DA, Wasnick RJ. Treatment of bilateral fibroepithelial polyps in a child. *J Endourol*. 2002;16(8):581-2.
3. Oguzkurt P, et al. An unusual cause of complete distal ureteral obstruction: giant fibroepithelial polyp. *J Pediatr Surg*. 2004;39(11):1733-4.
4. Williams TR, Wagner BJ, Corse WR, Vestevich JC. Fibroepithelial polyps of the urinary tract. *Abdom Imaging*. 2002;27(2):217-21.
5. Carey RI, Bird VG. Endoscopic management of 10 separate fibroepithelial polyps arising in a single ureter. *Urology*. 2006;67(2):413-5.
6. Kijvikai K, Maynes LJ, Herrell SD. Laparoscopic management of large ureteral fibroepithelial polyp. *Urology*. 2007;70(2):373.e4-7.
7. Güneş M, et al. Bilateral nadir hidroüreteronefroz sebebi; Fibroepithelial polip. *Marmara Med J*. 2010;23(3):382-5.
8. Romesburg JW, et al. Treatment of child with bilateral ureteropelvic junction obstruction due to fibroepithelial polyps and review of the literature. *Urology*. 2009;73(4):929.e9-11.
9. Bartone FF, Johansson SL, Markin RJ, Imray TJ. Bilateral fibroepithelial polyps of ureter in a child. *Urology*. 1990;35(6):519-2.