

Üriner sistemin dev fibroepitelyal poliplerinde tedavi değişkenlikleri: iki olgu sunumu

Hamit Ersoy (*), Levent Sağnak (*), Alpaslan Akbulut (*), Hikmet Topaloğlu (*), Nihat Karakoyunlu (*), Fulya Köybaşıoğlu (**)

Özet

Bu yazıda üreterin dev fibroepitelyal poliplerinde tedavi değişkenlikleri ile ilgili 2 olgudaki tecrübemizi paylaşmayı amaçladık. İki hastanın birincisi 53 yaşında hafif miksiyon problemleri olan bir kadındı. Polip intravezikal olarak büyümüş tek bir lezyonu ve tesadüfen saptanmıştı. İkinci hasta ise hematüri ve sağ yan ağrısı olan 36 yaşında bir erkek hastaydı. Polip üreterin 1/3 distal kısmındaydı ve üreterohidronefroza yol açmıştı. Her 2 hastada endoskopik muayene ve biyopsi uygulandı. Birinci hastaya yapılan transüretral rezeksiyon işlemi kitlenin aşırı hareketliliğinden dolayı zor oldu. Fakat bu endoskopik rezeksiyon zorluğu ikinci hastada kitlenin ileri derecedeki polipoid yapısından dolayı çok daha fazlaydı. Hasta eksplere edilerek 7x2 cm'lik polip eksize edildi, üretere uç uca anastomoz yapıldı. Distal dilate üreter segmenti eksize edildi ve double-j stent kondu. Görüntüleme metodlarıyla üriner sistemde yer kaplayan bir kitle saptandığında fibroepitelyal polipler mutlaka akılda tutulmalıdır. Tedavi modelleri değişkendir fakat endoskopik yaklaşımlar mutlaka tedavinin birinci basamağını oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: Endoskopik cerrahi, fibroepitelyal polip, tedavi, üreter

Summary

Treatment variabilities in the giant fibroepithelial polyps of the urinary system: presentation of two cases

* SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Üroloji Kliniği, Ankara

**SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Patoloji Kliniği, Ankara

Ayrı basım isteği: Dr. A.Levent Sağnak, Angoraevleri, Altınbel Villaları, Hitit Bulvarı, No: 38/A, Beysukent, Ankara
E-mail: leventsagnak@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 21.02.2007

Kabul tarihi: 16.07.2007

We aimed to share our experience on the treatment variabilities of giant fibroepithelial polyps of the ureter in 2 patients in this article. Of the two patients first was a 53-year-old female patient with mild micturation problems. The polyp was a lesion protruded into the urinary bladder and detected incidentally. The second patient was a 36-year-old male patient with hematuria and right side pain. The polyp was found in the 1/3 distal portion of the ureter and caused ureterohydronephrosis. Both of the patients were performed endoscopic examination and biopsy. In the first patient transuretral resection was made with difficulty because of the hypermobility of the mass. But this difficulty was higher in the second patient because of the severe polypoid nature of the polyp. Surgical exploration was made, and excision of the 7x2 cm polyp and end to end anastomosis of the ureter were performed. The dilated distal segment of the ureter was excised, and insertion of a double-j stent was performed. Fibroepithelial polyps should always be kept in mind when a space-occupying mass is detected in the urinary system by visualization methods. The treatment model is variable but the endoscopic procedures should be the first step in the treatment approach.
Key words: Endoscopic surgery, fibroepithelial polyp, treatment, ureter

Giriş

Renal pelvis ve üreterin fibroepitelyal polipleri seyrek görülen benign mezodermal tümörlerdir (1). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, konjenital olabilecekleri, obstrüksiyon, alerji ve travmanın da etiyojide rol oynayabileceği bilinmektedir (2). Kadın ve erkekte yaklaşık eşit oranda görülen bu lezyon, çocukluk çağı da dahil tüm yaş gruplarında görülmektedir (3). Obstrüksiyona yol açan benign üreteral lezyonların yanlışlıkla radikal cerrahi girişim ile tedavi edilme riski mevcut olsa da, fibroepitelyal polipler genellikle açık cerrahi ve rezeksiyon ile tedavi edilir, fakat son zaman-

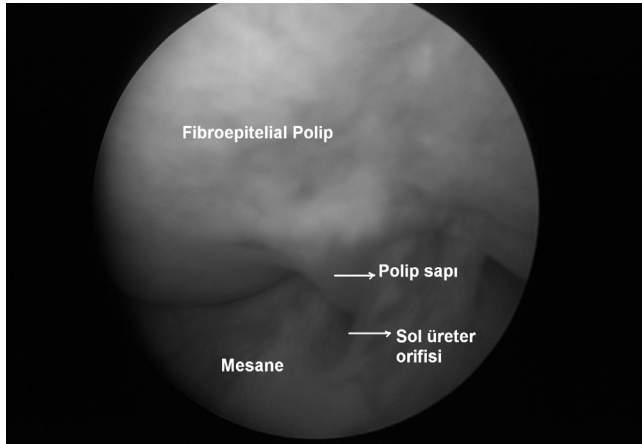
larda endoskopik tedaviler de (perkütan üreteroskopik eksizyon) alternatif metodlar olarak devreye girmiştir (4).

Bu çalışmada biri üreter, diğeri de mesaneye doğru büyümüş 2 adet dev üreteral fibroepitelyal polip olgusuna uygulanan tedavi modelleri literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

Olğuların Sunumu

Olgu 1

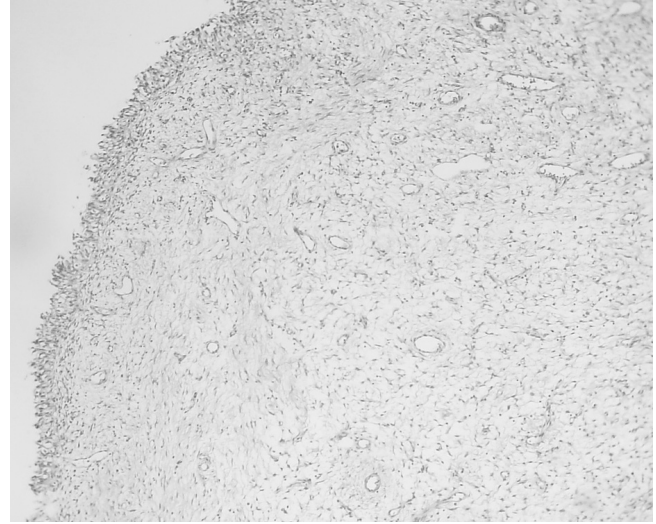
Elli üç yaşındaki kadın hasta hafif hematüri, dizüri, kesik kesik idrar yapma semptomları ile başvurdu. Ultrasonografide mesanede kitle görünümü, intravenöz piyelografide (İVP) ise sol yan duvarda yaklaşık 3 cm'lik dolma defekti saptandı. Üst üriner sistemde dilatasyon bulgusu yoktu. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları normaldi. Hastaya bu bulgularla sistoskopi yapıldı ve sol üreter orifisinin hemen ağzında 3x2 cm'lik düzgün konturlu bir kitle görüldü. Bu kitle sol üreter orifis duvarından köken aldığı bölge dışında tamamen üreterden bağımsız ve mobildi (Şekil 1). Rijid üreteroskop ile yapılan incelemede üreterde kitlenin devamı saptanmadı ve üreter lümeninin açık olduğu gözlemlendi. Kitleden biyopsi alındı. Histopatolojik tanının fibroepitelyal polip (Şekil 2) olması üzerine hastaya genel anestezi altında (GAA) endoskopik transüretral rezeksiyon uygulandı. Bu işlem kitlenin mobil olmasından dolayı zor oldu (Şekil 3). Operasyon sonrası komplikasyon olmadan taburcu edilen hasta, 6. ay kontrolünde sorunsuzdu.



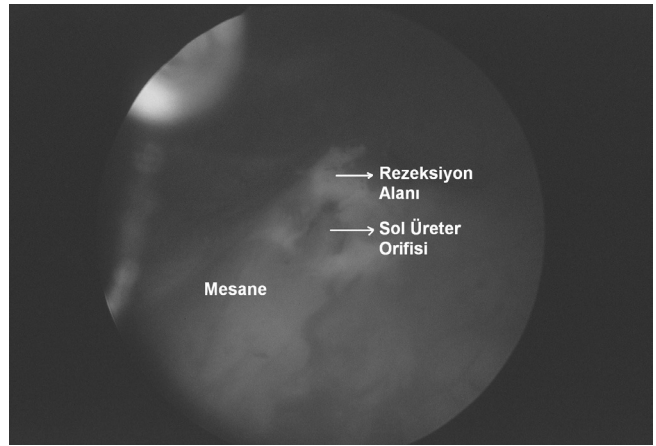
Şekil 1. Birinci olgunun operasyon öncesi sistoskopik görüntüsü

Olgu 2

Yirmi altı yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı ve hematüri şikayetleri ile başvurdu. İVP'de sağ üreterin alt 1/3'ünün üstünde üreterohidronefroz ve bu alanda dolma defekti saptandı (Şekil 4). Üriner sitoloji



Şekil 2. Ürotelyumun altında ödemli fibröz stromada ince duvarlı damar yapıları izlenmektedir (H.E. x 100)

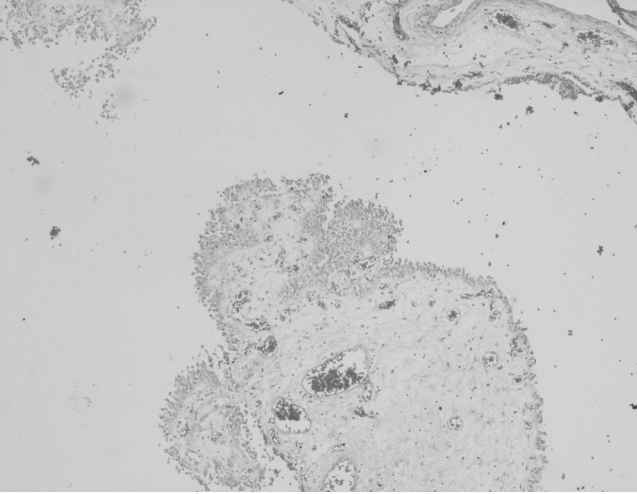


Şekil 3. Birinci olgunun operasyon sonrası sistoskopik görüntüsü

negatifti. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları normaldi. Bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları üreter alt ucunu tıkayan kitle tanımlıyordu. Sistoskopik incelemede sağ orifisten üreter peristaltizmi ile mesaneye doğan polipoid oluşumlar gözlemlendi. Bu oluşumlardan biyopsi alındı. Histopatolojik tanının fibroepitelyal polip (Şekil 5) olması üzerine hastaya üreteroskopik rezeksiyon planlandı. GAA rijid üreteroskop ile yapılan endoskopik transüretral rezeksiyon işlemi kitlenin üreter duvarından köken aldığı bölgenin rezeksiyonunda aşırı polipoid özellik gösterdiğinden dolayı zorlanıldı ve sağ inguinal insizyonla cerrahi eksplorasyona geçildi (Şekil 6). Bulunan üreterin çok dilate olduğu gözlemlendi. Üretere insizyon yapıldı ve içindeki dev polipoid oluşum gözlemlendi. Üreter proksimale doğru takip edildi ve kitlenin sonlandığı yer bulundu. Kitlenin proksimalinden üreter kesildi. Kitlenin köken aldığı üreter segmenti çıkarıldı ve üreterin dilate distal kısmına daraltma ("tailoring") uygulandı. Kesilen üretere uç uca anasto-



Şekil 4. İkinci olgunun tanısıl intravenöz piyelografisi



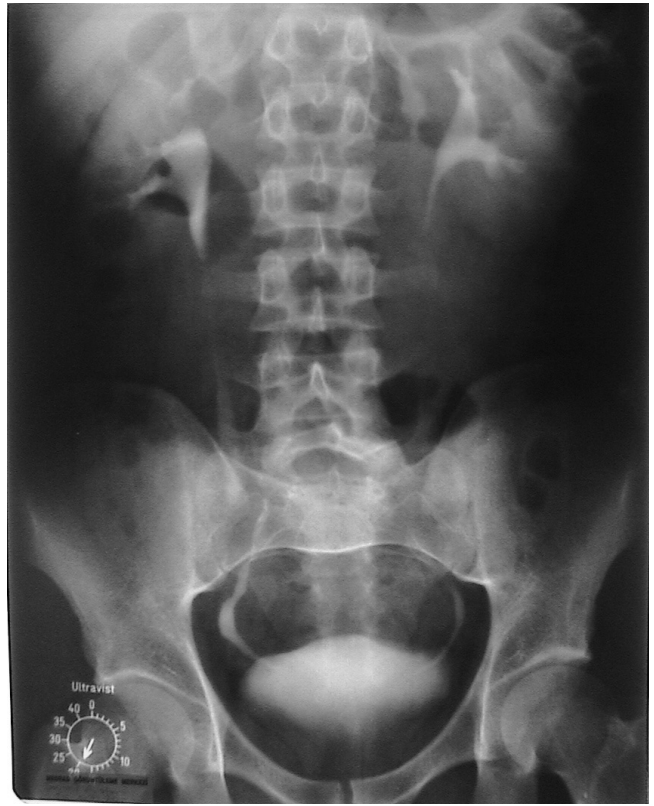
Şekil 5. Ürotelyal epitel ile çevrili dokuda subepitelyal ödemli (fibroblastların izlendiği) stromadan ince çeperli damar yapıları (H.E. x 100)

moz yapıldı ve d-j üreteral stent yerleştirildi. Kitle makroskopik olarak en büyüğü 7x2x0.3 cm ve en küçüğü 1x0.3x0.3 cm boyutlarında ve bazı yerlerinde lümenli polipoid yapılardan oluşmaktaydı. Operasyon sonrası komplikasyonu olmayan hastanın 6. ay İVP'sinde üreterohidronefrozun tamamen kaybolduğu

saptandı (Şekil 7). Hastaya düzenli aralıklarla kontrol önerildi.



Şekil 6. İkinci olgudaki fibroepitelyal polibin açık cerrahi sırasındaki makroskopik görüntüsü



Şekil 7. İkinci olgunun takip dönemi 6. ay intravenöz piyelografi görünümü

Tartışma

Üriner obstrüktif lezyonlar içinde benign üreteral lezyonlar oldukça ender görülmektedir. Bir benign mezodermal tümör olan fibroepitelyal polipler dışında üst üriner sistemin benign lezyonları arasında endometriyoma, leiomyoma, fibroma, granüloma,

nörofibrom, hemanjiyoma ve lenfanjiyoma sayılabilir (5,6). Üst üriner sistemin primer epitelyal tümörleri daha sık ve genellikle maligndir (4). Fibroepitelyal polipler histolojik yapılarından dolayı benign hamartom olarak sınıflandırılır, fakat malign dönüşüm de bildirilmiştir (7). Gerçek neoplazm değildir. Histopatolojik olarak ödematöz stromada çeşitli oranlarda düz kas, kollajen ve ince duvarlı damarlar gibi multipl komponent içerir. Akut ve kronik inflamasyon, stromada fokal hiyalinizasyon, kalsifikasyon nadir özelliklerdir (8).

Fibroepitelyal polipler, yenidoğan ve 70 yaş üzeri erişkinlerde de görülebilmekle birlikte, genellikle 3. ve 4. dekad erişkinlerde görülür. Erkek/kadın oranı 3/2'dir (4). Bu polipler üreterde sık oluşmasına rağmen, %15 kadarı renal pelviste ve çok azı posteriyor üretra ve mesanede oluşur (9). Renal pelvik polipler çoğunlukla kadınlarda ve sağ tarafta görülürken (%79), üreteral polipler çoğunlukla erkeklerde, proksimal üreterde ve sol tarafta bulunur (%70) (9,10). Bizim 2 olgumuz da bu genellemenin tam tersi lokalizasyondaydı. Üreteral fibroepitelyal poliplerin yaklaşık %60'ı üreteropelvik bileşke ve üst üreterde oluşur (9). Alt üriner sistemin fibroepitelyal polipleri sıklıkla posteriyor üretrada ve çocuklarda oluşur. Poliplerin çoğu 5 cm'den küçüktür. Multipl ve bilateral lezyonlar bildirilmiştir (5).

En sık görülen semptom hematüri ve/veya yan veya abdominal ağrıdır. Daha az olarak işeme aciliyeti, dizüri ve piyüri bildirilmiştir (4). İVP'deki üreteral dolma defekti ve negatif sitoloji fibroepitelyal polipden şüphelendirebilir. Hidronefroz bulunabilir veya eşlik etmeyebilir. Gereksiz nefroureterektomilerden kaçınmak için biyopsi ile desteklenen sistoüretroskopi veya intraoperatif frozen inceleme yapılmalıdır (11).

Küçük kalibreli üreteroskopların gelişmesi bu tümörlerin endoskopik rezeksiyonunu daha popüler hale getirmesine rağmen, üreteroskopik rezeksiyon 2. olgumuzda olduğu gibi uzun ve polipoid lezyonlarda zordur. Buradaki zorluk santimetrelerce uzunluktaki polipoid lezyonun üreter lümenini doldurması ve bunların arkasına gizlenmiş olan tümör sapının tabanına ulaşma ve değişik açılardan bu noktaya transüretral rezeksiyon uygulanmasındadır. Ayrıca görüş zayıf ve çalışma alanı dardır. Uygun noktadan transüretral rezeksiyon uygulanmazsa kalan sap bölümünün nüks için bir risk oluşturacağı açıktır. Literatürde üreteroskopik ve perkütan endoskopik, laparoskopik yaklaşımlar,

açık cerrahi veya takip tedavi seçenekleri olarak sunulmuştur (4,6). Son yıllarda endoskopik tedavide Holmium:ytrium-aluminum-garnet (Ho:YAG) lazer tümör sapını kesmede kullanılmakla birlikte, bu yöntemin üreter duvarında hasar yapma riski mevcuttur (4).

Sonuç olarak, malign lezyonlardan konvansiyonel görüntüleme yöntemleri ile ayırt edilmeleri güç olan fibroepitelyal polipler, intraüreteral veya intravezikal dolma defekti/kitle saptanan olgularda mutlaka akılda tutulmalı ve tanısal sistoüretroskopi ve biyopsi tedavi yönetiminin ilk basamağını oluşturmalıdır. Tedavi modeli ise lezyonun yeri ve büyüklüğü ile cerrahın tecrübesine ve olanaklarına bağlı olarak değişkendir.

Kaynaklar

1. Muslumanoglu AY, Karaman MI, Ergenekon E, Semercioz A, Sakiz D. A distal ureteral fibrous polyp and the role of ureteroscopic resection in its management. *J Endourol* 1994; 8: 199-201.
2. Camacho GC, Martin BD, Diaz IJM, Garcia SC, Chesa PN, Baez MO. A fibroepithelial myxoid polyp of the renal pelvis in a patient with horseshoe kidneys. *Apropos a case. Actas Urol Esp* 1999; 23: 609-612.
3. Bolton D, Stoller ML, Irby P III. Fibroepithelial ureteral polyps and urolithiasis. *Urology* 1994; 44: 582-587.
4. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. *Urology* 2003; 62: 810-813.
5. Kiel H, Ullrich T, Roessler W, Wieland WF, Knuechel-Clarke R. Benign ureteral tumors: four case reports and a review of the literature. *Urol Int* 1999; 63: 201-205.
6. Messing EM. Üriner traktın ürotelyal tümörleri. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr (eds). (Türkçe çeviri editörleri: Baltacı S, Zümrütbaş AE, Akand M, Gülpınar Ö). *Campbell's Urology*. 8th ed. Vol 4. Philadelphia: WB Saunders, 2002: 2732-2784.
7. Davides KC, King LM. Fibrous polyps of the ureter. *J Urol* 1976; 115: 651-653.
8. Williams TR, Wagner BJ, Corse WR, Vestevich JC. Fibroepithelial polyps of the urinary tract. *Abdom Imaging* 2002; 27: 217-221.
9. Peterson RO. Ureter. In: *Urologic Pathology*. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992: 213-259.
10. Brady JD, Korman HJ, Civantos F, Soloway MS. Fibroepithelial polyp of the renal pelvis: nephron-sparing surgery after false-positive biopsy for transitional cell carcinoma. *Urology* 1997; 49: 460-464.
11. Endo F, Matsumoto S, Naka A, et al. Inflammatory pseudotumor of the ureter: a case report. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 1998; 89: 58-61.