

Dev üreter taşı: olgu sunumu

İlhan Kılınc¹, Abdullah Gedik², Davut Akın³

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Radyoloji, ²Üroloji Anabilim Dalı, ³Nefroloji Bilim Dalı- D.Bakır

ÖZET

Üriner sistemde taşlar renal, üreterik, mesane ve üretra gibi değişik lokalizasyonlarda görülebilir. Üreter taşları genellikle tek ve 2 cm den küçük taşlardır. Nadir olarak dev üreter taşlarına rastlanılmaktadır. Biz de sol üreterde 10 cm uzunluğunda dev üreter taşı olan olguyu görüntüleme bulguları ile sunduk. Sol yan ağrısı nedeni ile hastanemize başvuran 28 yaşındaki erkek hastanın, çekilen direkt üriner sistem grafisi ve intravenöz ürografi ile sol üreterde yaklaşık 10 cm uzunluğunda taş olduğu görüldü. Hastaya açık üreterolitotomi gerçekleştirilip taş çıkarıldı. Cerrahi ile alınan taşın uzun çapı 10 cm ölçüldü. Dev üreter taşı tespit edilen olgularda taşın lokalizasyonu, böbrek fonksiyonlarını, obstrüksiyonun derecesini, olayın akut mu yoksa kronik mi olduğunu ve altta yatan başka bir patolojinin olup olmadığını belirlemek için görüntüleme yöntemleri önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Dev üreter taşı, üreter, üriner obstrüksiyon

ABSTRACT

Giant ureteral stone: a case report

Calculi of urinary system may be detected in ureter, bladder, and urethra. Calculi of ureter are commonly solitary and smaller than 2 cm in length. Giant ureteral stone is rare. We present our case of giant ureteral stone with imaging findings. An approximately 10 cm long stone was detected on direct urinary system graphy and intravenous urography of 28 year-old male admitted with left colic pain. The stone was extracted by open ureterolithotomy. The stone was 10 cm in length. Imaging methods are important to localize the stone, evaluate renal function, stage of hydronephrosis, differentiate acute from chronic, and diagnose predisposing factors in cases with giant ureteral stones.

Key words: giant ureteral stone, ureter, urinary obstruction

GİRİŞ

Üriner sistemde taşlar renal, üreterik, mesane ve üretra gibi değişik lokalizasyonlarda görülebilir. Üreter taşları genellikle tek ve 2 cm den küçük taşlardır. 5 cm'den büyük taşlar için dev üreter taşı terimi

kullanılır¹⁻³. Nadir olarak dev üreter taşlarına rastlanılmaktadır. Biz de 10 cm uzunluğunda dev üreter taşı olgusunu görüntüleme bulguları ile sunduk.

Yazışma Adresi: Dr. İlhan Kılınc, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır
Tel iş: 0412 2488158 Tel cep: 0532 5993767 E-mail: ilhankilinc@gmail.com

Geliş Tarihi : 18.09.2006

Yayına Kabul Tarihi : 18.10.2006

OLGU SUNUMU

Sol yan ağrısı nedeni ile hastanemize başvuran 28 yaşındaki erkek hastanın, çekilen direkt üriner sistem (DÜS) grafisinde solda üreter trasesine uyan lokalizasyonda yaklaşık 10 cm uzunluğunda radyoopasite izlendi (Resim 1). Bunun üzerine yapılan intravenöz ürografi (İVÜ) tetkikinde opasitenin üreter

orta ve distal kısım lokalizasyonunda olduğu, sol pelvikalisyel sistemin genişlediği ve dilatasyonun 3. dereceden hidronefrozla uyumlu olduğu görüldü (Resim 2). Hastaya açık üreterolitotomi gerçekleştirilip taş çıkarıldı. Cerrahi ile alınan taşın uzun çapı 10 cm, kalınlığı ise 1 cm ölçüldü (resim 3).

Resim 1: DÜS grafisinde solda üreter trasesine uyan lokalizasyonda yaklaşık 10 cm uzunluğunda radyoopasite izleniyor.



Resim 2: İVÜ'de sol üreter lokalizasyonunda taşa ait radyoopasite ve sol böbrek pelvikalisyel yapılarında 3.dereceden ektazi izlenmektedir.



Resim 3: Cerrahi sonrası taşın görünümü



TARTIŞMA

Üreter taşlarının çoğunluğu böbrekte oluşmakta ve daha sonra üretere inmektedir. Genellikle 4 mm'den küçük taşlar kendiliklerinden düşme eğilimindedirler⁴. Ancak 1 cm'den büyük taşlarda spontan pasaj daha azdır⁵. Üreter trasesine uyan lokalizasyonda opasitelerde zaman zaman tamda güçlük yaşanabilir. DÜS grafisinde üreter trasesine uyan lokalizasyonda opasite bulunması, oblik grafilerde, inspirasyon-expirasyon grafilerinde opasitenin üreterle yakın ilişkisinin devam ediyor olması ve İVÜ'de kontrast maddenin üreter boyunca aşağı inmesinde gecikme ve opasitenin kontrast madde içinde kalması üreter taşının röntgen

bulgularıdır. Ayrıca böbrek fonksiyonlarını, obstrüksiyonun derecesini, olayın akut veya kronik olup olmadığını değerlendirebilmek için de İVÜ gereklidir⁶.

Üreter taşları akut obstrüksiyonun en sık nedenidir. Herhangi bir şekilde ani olarak üreter trasesinde yerleşen bir taş genellikle tam tıkanmaya ve akut obstrüksiyon bulgularına yol açar. Bununla beraber pasaj geçişi, gecikme olmakla birlikte devam edebilir ve kronik obstrüksiyon bulguları ortaya çıkar. Akut obstrüksiyonun en önemli ürografi bulgusu olan nefrogram fazının uzaması, kronik obstrüksiyonlarda görülmez. Toplayıcı sistem genişlemesi karakteristiktir. Renal parankim kalınlığında azalma, negatif

piyelogram da kronik obstrüksiyonlarda görülür⁷. Bizim olgumuzda da dev üreter taşına sekonder akut obstrüksiyonun İVÜ bulguları izlendi.

Üreterin primer taşları çok nadir olup genelde böbrek taşlarına sekonderdir. Bunun nedeni üreterin düz mukozal örtüsünün idrarla devamlı yıkanmasıdır. Primer taşlar üreterosel, neoplazm, kör uçlu üreter, ektopik üreter, sakkülasyonlar, striktür gibi bir anomali ile birliktedir. Prostat hipertrofisi, doğumsal defektler, tümörler, fonksiyonel bozukluklar ve gebelik enfeksiyona yol açarak taş oluşumuna neden olurlar^{6,8}. Olgumuzda taşa neden olabilecek primer patoloji saptanmadı.

Üreterde görülen taşların büyüklüğü sıklıkla 0.3-1 cm arasındadır. Ancak anatomik darlıklar, striktür ve predispozan diğer faktörler nedeniyle üreter trasesinde yerleşen küçük bir taşın tam obstrüksiyon yapmaksızın zaman içerisinde büyümesi mümkündür. Uzun eksenleri üretere paralel olacak şekilde yerleşirler⁶⁻⁸.

Literatürde az sayıda dev üreter taşı bildirilmiştir. Bunların çoğunda da tam obstrüksiyondan bahsedilmekte ve altta üreterosel, bifid üreter gibi primer patoloji bulunmaktadır^{9,10}. Bizim olgumuzda da literatürle uyumlu olarak tam obstrüksiyon bulunmaktaydı, ancak altta yatan herhangi bir patoloji saptanmadı.

Dev üreter taşları nadir görülmekte olup, dev üreter taşı tespit edilen olgularda taşın lokalizasyonu, böbrek fonksiyonlarını, obstrüksiyonun derecesini, olayın akut mu

yoksa kronik mi olduğunu ve altta yatan başka başka bir patolojinin olup olmadığını belirlemek için görüntüleme yöntemleri önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sabnis RB, Deasi RM, Bradoo AM, Puneekar SV, Bapat SD. Giant ureteral stone. J Urol 1995;148:861-863.
2. Pereira Arias JG, Catalina AJ, Gallego Sanchez JA, Gurtubay Arrieta I, et al. Multiple giant ureteral lithiasis. Arch Esp Urol 1996;49:984-986.
3. Jouini R, Maazoun K, Sahnoun L, et al. Giant ureteric stones: report of two cases. Prog Urol 2005;15:505-510.
4. Drach GW. Transurethral ureteral stone manipulation. Urol Clin North Am 1983;10:709-712.
5. Sutor DJ and Wooley SE. Some data on urinary stones which were passed. Brit J Urol 1975;47:131-134.
6. Arslan H, Şişman E, Ünal Ö, Harman M. Dev üreter taşı: Olgu bildirisi. Van Tıp Dergisi 1999;6:27-29.
7. Tuncel E. Klinik Radyoloji, 1. Baskı. Bursa: Güneş Nobel, 1994: 398-402.
8. Ödev K. Üriner Sistem Radyolojisi, 1. Baskı, Konya: Atlas Tıp Kitabevi, 1992: 1352-1372.
9. Golomb J, Korczak D, Lindner A. Giant obstructing calculus in the distal ureter secondary to obstruction by a ureterocele. Urol Radiol 1987;168-170.
10. Hemal AK, Sharma DK, Sood R, Wadhwa SN. Giant staghorn ureteral calculus. Urol Int 1995;54:177-178.