

Üreteral fibroepitelyal polip ve eşlik eden üreter taşı: Tek merkez tecrübemiz

Ureteral fibroepithelial polyp and concomitant ureteral stone: Single center experience

Eyyüp Sabri Pelit, Gökhan Atış, Özgür Arıkan, Cengiz Çanakçı, Cenk Gürbüz, Turhan Çaşkurlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Özet

Üreteral fibroepitelyal polip üreterin en sık görülen benign lezyonudur. Makroskopik görünümü yüzeyi düzgün-parlak polipoid lezyon şeklindedir. Üreteral fibroepitelyal polipin taş eşlik etmesi nadirdir. Poliplerin en sık belirtisi kolik yan ağrısı ve hematüridir. Tedavi modaliteleri, geçmişte açık explorasyon ve rezeksiyon şeklinde iken, günümüzde perkutan, üreteroskopik ve laparoskopik yöntemler ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmada, kliniğimizde holmiyum - yttrium aluminum garnet (Ho-YAG) lazer ile endoskopik olarak tedavi edilmiş üreteral fibroepitelyal polip ve eşlik eden üreter taşı olan 3 hasta tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üreteral fibroepitelyal polip, üreter taşı, holmiyum-yttrium aluminum garnet lazer.

Abstract

Ureteral fibroepithelial polyp is the most common benign lesion of the ureter. It is macroscopically seen as polypoid lesions with smooth-shiny surface. Fibroepithelial polyp is rarely accompanied with ureteral stones. The most common symptom of polyps are colic flank pain and hematuria. Traditionally, polyps have been managed by open exploration and resection, but today patients can be treated endoscopically with percutaneous, ureteroscopic and laparoscopic techniques.

In this report, we present three cases with ureteral fibroepithelial polyp and concomitant ureteral stones treated with Ho-YAG laser endoscopically.

Key Words: Ureteral fibroepithelial polyp, ureteral stone, holmiyum-yttrium aluminum garnet laser.

Geliş tarihi (Submitted): 15.10.2012

Kabul tarihi (Accepted): 08.01.2013

Yazışma / Correspondence

Eyyüp Sabri Pelit

Mustafa mazharbey Cad. No: 38/9

Göztepe, Kadıköy-İstanbul

Tel: 0506 388 31 86

E-mail:dreyyupsabri@hotmail.com

Giriş

Üreteral fibroepitelyal polip üreterin en sık görülen benign lezyonudur. Genellikle yetişkin hastalarda üreter ve renal pelviste lokalize iken çocuklarda genellikle posterior üretra ve mesanede olma eğilimindedir (1). Fakat üreteral fibroepitelyal polipin taş eşlik etmesi nadirdir (2). Poliplerin tedavisi geçmişte açık explorasyon ve rezeksiyon şeklinde iken günümüzde endoskopik teknik ve aletlerin gelişmesi ile hastalar endoskopik olarak tedavi edilebilmektedir. Yakın zamanda üreteral fibroepitelyal polip tedavisinde perkutan, üreteroskopik ve laparoskopik tedavi modalitelerini içeren yayınlar rapor edilmektedir (3,4).

Olgu Sunumları

Olgu 1

25 yaşında kadın hasta 3 yıldır devam eden sol yan ağrısı ve ara ara olan bulantı kusma nedeni ile dış merkeze başvurmuş. Aynı dönemde çekilen intravenöz pyelografi (IVP) bilateral hidronefroz ve bilateral proksimal üreterde dolum defekti saptanmış. Hasta kliniğimize refere edildikten sonra yapılan bilgisayarlı tomografi ürografisinden (BT-Ürografi); sol böbrek renal pelvis genişlemiş, proksimal üreter lümeninde yaklaşık 4.5 cm uzunluğunda, lümeni tama yakın dolduran yumuşak doku dansiteli 50-60 Hounsfield Ünite'de (HU) polipoid dolum defekti ve çevresinde ince kontrastlanma izlen-

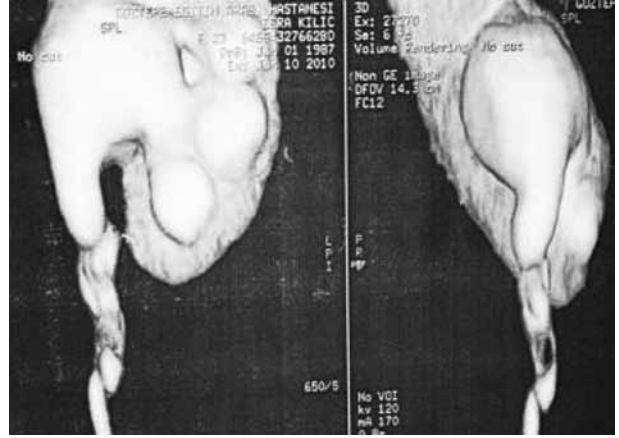
mekte olup fibroepitelyal polip üreteryal neoplazi ayrımı yapılamamaktadır. Sağ böbrekte extrarenal pelvis görünümünü izlenirken üreterde patoloji izlenilmedi (Şekil 1-2). Tam idrar tahlilinde mikrohematüri, mevcut sitoloji negatif olarak rapor edildi. Hastaya Genel Anestezi Altında tanısıl üreterorenoskopi (URS) yapıldı. Mesane-de herhangi bir patoloji izlenilmezken, URS' de proksimal üreter lümenini tama yakın obstrükte eden, yüzeyi düzgün-parlak polipoid lezyon izlendi ve punch biyopsi alınarak işlem sonlandırıldı (Şekil 3). Punch biyopsi patolojisi malign komponent içermeyen, fibroepitelyal polip ile uyumlu gelen hastaya re-URS yapıldı ve sol üreter üst uçtaki yaklaşık 2 cm' lik lezyon ile sağ üreterdeki 2 adet milimetrik fibroepitelyal polip odakları, Ho-YAG lazer ile ablate edildi (Şekil 4). Bilateral Double-J stent yerleştirildi. Final patoloji malign komponent içermeyen, normal değişici epitel hücre tabakası ile kaplı fibroepitelyal polip olarak rapor edildi. Hastanın Double-J stentleri 6 hafta sonra ekstrakte edildi.

Olgu 2

67 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı nedeni ile yapılan kontrastsız tüm batın BT' de sol mid-üreteral bölgede 13x10 mm kalkül ve sol böbrek alt polde 2 adet 0,5 cmlik kalkül izlendi. Hastaya yapılan URS' de sol üreter orta kesimde yaklaşık 1 cm' lik polipoid lezyon izlendi. Polipoid lezyondan punch biyopsi alındıktan sonra Ho-YAG lazer ile ablate edildi ve sonrasında kalkül lazer ile fragmente edildi. İşleme Fleksible üreterorenoskop ile devam edilerek renal alt poldeki kalküller fragmente edildi. 4,8 Fr Double-J stent yerleştirildi. Kontrol grafisinde kalkül izlenmeyen hastanın post-operatif 1.gün ultrasonografisinde (USG) hidronefroz saptanmadı. Punch biyopsi patolojisi malign potansiyel içermeyen fibroepitelyal polip olarak rapor edildi. Hastanın Double-J stenti 6 hafta sonra ekstrakte edildi.

Olgu 3

44 yaşında kadın hasta polikliniğe sol yan ağrısı nedeni ile başvurdu. Tüm batın kontrastsız BT' de sol üreter proksimalinde 12 mm çapında kalkül izlendi. Yapılan üreterorenoskopide sol orifis 3 cm distalinde, lümeni obstrükte etmeyen, saplı, yaklaşık 0,5 cm' lik polipoid lezyon izlendi. Polipoid lezyondan punch biyopsi alındıktan sonra Ho-YAG lazer ile ablate edildi. Ardından proksimal üreterdeki kalkül fleksible üreterorenoskop kulla-



Şekil 1. Fibroepitelyal polipin BT ürografi görünümü



Şekil 2. Fibroepitelyal polipin BT ürografi görünümü

nılarak lazer ile fragmente edildi. Hastaya 4,8 Fr Doble-J stent yerleştirildi. Kontrol grafisinde kalkül izlenmedi. Hastanın Double-J stenti 6 hafta sonra ekstrakte edildi.

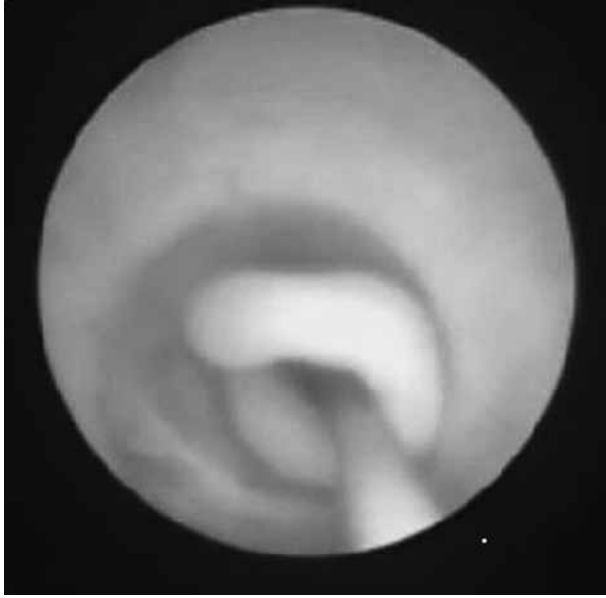
Tüm hastalara 3. aylarında IVP çekildi herhangi bir dolum defekti veya hidroüreteronefroz saptan-

madı. 1. olgu 2. senesinde, 2. olgu 1. Senesinde, 3. olgu ise 6. ayında olup herhangi bir nüks saptanmadı.

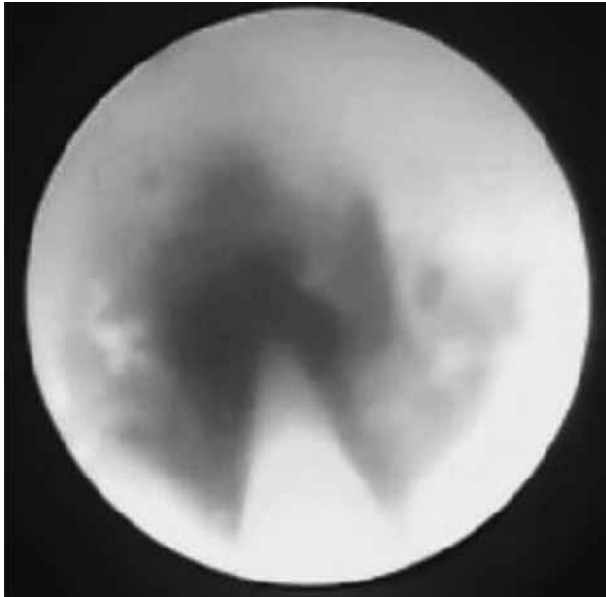
Tartışma

Fibroepitelyal polipler üreterin en sık görülen benign mezodermal tümürüdür (5). Üriner sistem tümörlerinin %5-10'unu benign primitif non-epitelyal tümörler oluşturmaktadır ve bunların büyük çoğunluğunu fibroepitelyal polipler kapsamaktadır. Fibroepitelyal polipler; histolojik olarak yüzeyi normal üreterepitelyum ile kaplı, gevşek fibrovasküler stroma içeren yapılardır (5). Histolojik organizasyonundan dolayı benign hamartomlar olarak sınıflandırılabilir de literatürde malign dejenerasyon ve kistik dejenerasyonun eşlik ettiği olgular bildirilmiştir (6,7). Çalışmamızda hasta takiplerinde nüks izlenmemiştir.

Fibroepitelyal polipli hastaların en yaygın başvuru şekli kolik yan ağrısı (%79) ve hematüri (%50) olmakla



Şekil 3. Fibroepitelyal polipin üreteroskopik görünümü



Şekil 4. Lazer ablasyon sonrası üreterin görünümü

beraber dizüri, pollaküri ve piyüri de semptomlar arasında görülebilir (1). Bizim çalışmamızda tüm hastalarda ana semptom yan ağrısıydı.

Geçmişte fibroepitelyal polip tedavisinde açık cerrahi yöntemler kullanılmakta iken günümüzde minimal invaziv yöntem olarak perkutan, üreterorenoskopik ve laparoskopik yöntemler kullanılmaktadır. Günümüzde tedavi modalitelerinden en sık kullanılanı Ho-YAG lazer ile üreterorenoskopik ablasyon yöntemidir ve çalışmaların

çoğu Ho-YAG lazer ile üreterorenoskopik ablasyon yöntemini ön plana çıkarmaktadır (2-4). Minimal invaziv diğer bir yöntem ise perkutan antegrad yaklaşımdır. Perkutan antegrad yaklaşım, daha çok proksimal üreter ve renal pelvisteki polip ablasyonunda tercih edilmektedir (5).

Laparoskopik yöntem, endoskopik tedavi ile tamamen eksize edilemeyecek kadar büyük poliplerin tedavisinde yeri vardır ve açık cerrahinin yerini almıştır (6). Childs ve ark'ı, yaptığı çalışmada 22 hastanın ilk 10 tanesine açık cerrahi işlem uygulanırken, diğer 11 hastaya üreteroskopik ablasyon ve 1 hastaya perkutan ablasyon uygulamışlardır ve endoskopik yöntemlerle de tam tedavi başarısı elde ettiklerini bildirmişlerdir (5). Sun ve ark'ı, ortalama fibroepitelyal tümör boyutu 11 cm olan 5 hastanın tamamına üreteroskopik ablasyon uygulanarak uzun fibroepitelyal poliplerin de üreterorenoskopik yöntemle tedavi edilebileceğini göstermişlerdir (10). Kijvikai ve ark'ı ise yaptıkları olgu sunumunda 17 cm'lik fibroepitelyal polipi laparoskopik yöntemle eksize ederek tedavi etme yolunu seçmişlerdir (8).

Literatürde tedavi öncesi biyopsi konusunda fikir ayrılığı mevcuttur. Childs ve ark'ı, yaptıkları çalışmada radyolojik görüntüleme veya üreteroskopik görünüm ile ürotelyal karsinomdan ayırım yapılamayacağı için biyopsinin zorunlu olduğunu ileri sürerken, Sun ve ark'ı ise tipik görünümü olan fibroepitelyal poliplerde biyopsi almanın şart olmadığını ve şüphe olması durumunda frozen inceleme yapıldıktan sonra ablasyon yapılabileceğini bildirmişlerdir (5,10). Çalışmamızda 1. vakada biyopsi sonrası sonucuna göre ablasyon yapıldı. 2. ve 3. vakada ise tipik fibroepitelyal polip görünümü olması nedeniyle, biyopsi alınarak sonucu beklenmeden aynı seansta lazer ablasyon yapılmıştır. Lazer ablasyon işlemi, poliplerin dip noktasına yapılmıştır. Uzun fibroepitelyal poliplerin de dip noktasının kısa olabileceği ve bu noktaya yapılan ablasyon işlemi ile uzun fibroepitelyal poliplerin de tedavi edilebileceği bildirilmektedir (5,10). Tüm hastalarımız, post-operatif 3. ay kontrollerinde İVP çekilerek kontrol edilmiş ve hiçbir hastamızda dolun defekti veya üreteral darlık saptanmamıştır. Post-operatif 6.ay kontrollerinde ise yapılan ultrasonografilerde hiçbir hastamızda hidronefroz izlenmemiştir. Bununla birlikte hastaların tümünde semptomların ortadan kalktığı ve klinik olarak anlamlı iyileşme sağlandığı görülmüştür.

Sonuç

Sonuç olarak, fibroepitelyal polipler minimal invaziv yöntemlerden URS ve Ho-YAG lazer ablasyon ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir. Hastalar gereksiz nefroüretrektomi ve açık cerrahi komorbitelerinden korunmaktadır. Tedavi öncesi biyopsi zorunluluğu için daha geniş serilere ihtiyaç vardır. Fibroepitelyal poliplerin üreter taşlarına eşlik edebileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Williams TR, Wagner BJ, Corse WR, Vestevich JC. Fibroepithelial polyps of the urinary tract. *Abdom Imaging* 2001;27:217-21.
2. Coloma del Peso A, Bocardo Fajardo G, Teba del Pino F et al. Endoscopic treatment of a giant fibroepithelial polyp of the ureter. *Arch Esp Urol* 2010;63(4):305-8.
3. Kojima Y, Lambert SM, Steixner BL, Laryngakis N, Casale P. Multiple metachronous fibroepithelial polyps in children. *J Urol* 2011;185(3):1053-7.
4. Turunc T, Kuzgunbay B, Canpolat T. Ureteral fibroepithelial polyps with calculi: a case series. *Journal of Medical Case Reports* 2008;2:280 doi:10.1186/1752-1947-2-280.
5. M. Adam Childs, Eric C. Umbreit, Amy E. Krambeck et al. Fibroepithelial Polyps of the Ureter: A Single-Institutional Experience. *J Endourol* 2009;23:1415-19.
6. Kittinut Kijvikai, Lincoln J. Maynes, and S. Duke Herrell. Laparoscopic Management of Large Ureteral Fibroepithelial Polyp. *Urology* 2007;70:373.e4-373.e7
7. Liddell RM, Weinberger E, Schofield DE, Pelman RS. Fibroepithelial polyp of the ureter in a child. *AJR Am J Roentgenol* 1991;157:1273-74.
8. Lam JS, Bingham BJ, Gupta M: Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. *Urology* 2003;62:810-3.
9. Mariscal A, Mate JL, Guasch I, Casas D. Cystic transformation of a fibroepithelial polyp of the renal pelvis: radiologic and pathologic findings. *AJR* 1995;164:1445-6.
10. Yinghao Sun, Chuanliang Xu, Xiaofei Wen et al. Is Endoscopic Management Suitable for Long Ureteral Fibroepithelial Polyps? *J Endourol* 2008;22:1459-62.