Endoüroloji Bülteni 2013;6:195-197
DOI: 10.5350/ENDO2013060312

Üreteral Fibroepitelyal Polipte Endoskopik Tedavi

Çağatay Doğan, Çetin Demirdağ, Oktay Demirkesen

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Primer üretelyal neoplazmlar erişkinlerde nadirdir (yılda 1-2/100.000) ve genitoüriner tümörlerin yaklaşık %1'ini oluştururlar (1). Üreterdeki tümörlerin beşte biri benigndir ve bunların çoğunluğunu mezodermden kaynaklanan fibroepitelyal polipler oluşturur (2). Ortalama 30-40 yaş civarında görülürken, erkek/bayan oranı 3/2 olarak belirtilmiştir (3).

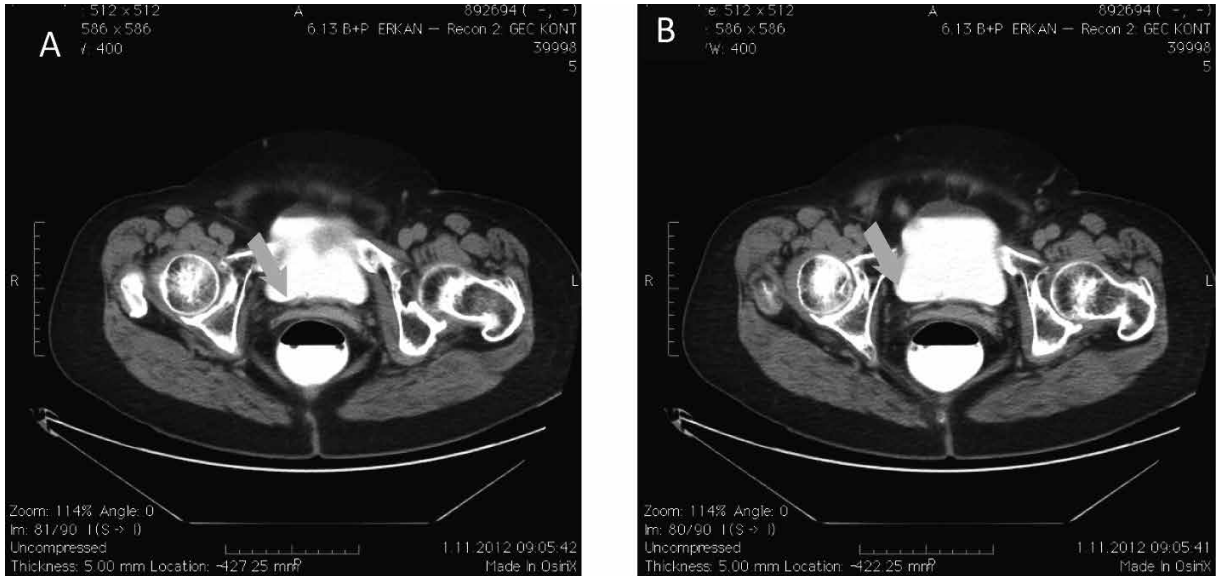
Fibroepitelyal polipler normal transizyonel epitel ile kaplı fibroz ve vasküler doku komponentinden oluşur (4). Genellikle soliter lezyonlar olup unilateraldir (5). Ancak bilateral ve birden çok lezyonu olan olgular da; literatürde bulunmaktadır (6). Obstrüksiyon yapana kadar genelde asemptomatiktirler. Polipin yerine ve büyüklüğüne göre depolama veya boşaltım tipi alt üriner sistem semptomları (AÜSS)'na yol açabilirler. Obstrüksiyon durumunda kolik tarzda yan ağrısına ya da mesaneye protrüde olduklarında suprapubik ağrı, hematüri (genellikle mikroskobik), pollaküri, dizüri, sık idrar yapma gibi depolama tipi AÜSS'ye neden olabilirler (7).

Çoğunluğu üreterde (%85) olmak üzere, renal pevis (%15) ve daha az olarak da mesane ile üretrada da; olgular rapor edilmiştir (8). Tedavide açık, laparoskopik veya endoskopik prosedürler tanımlanmıştır. Biz bu olguda orta üreter seviyesinden kaynaklanıp mesaneye protrüde olan ve endoskopik olarak tedavi edilen bir üreteral fibroepitelyal polip olgusunu sunmayı amaçladık.

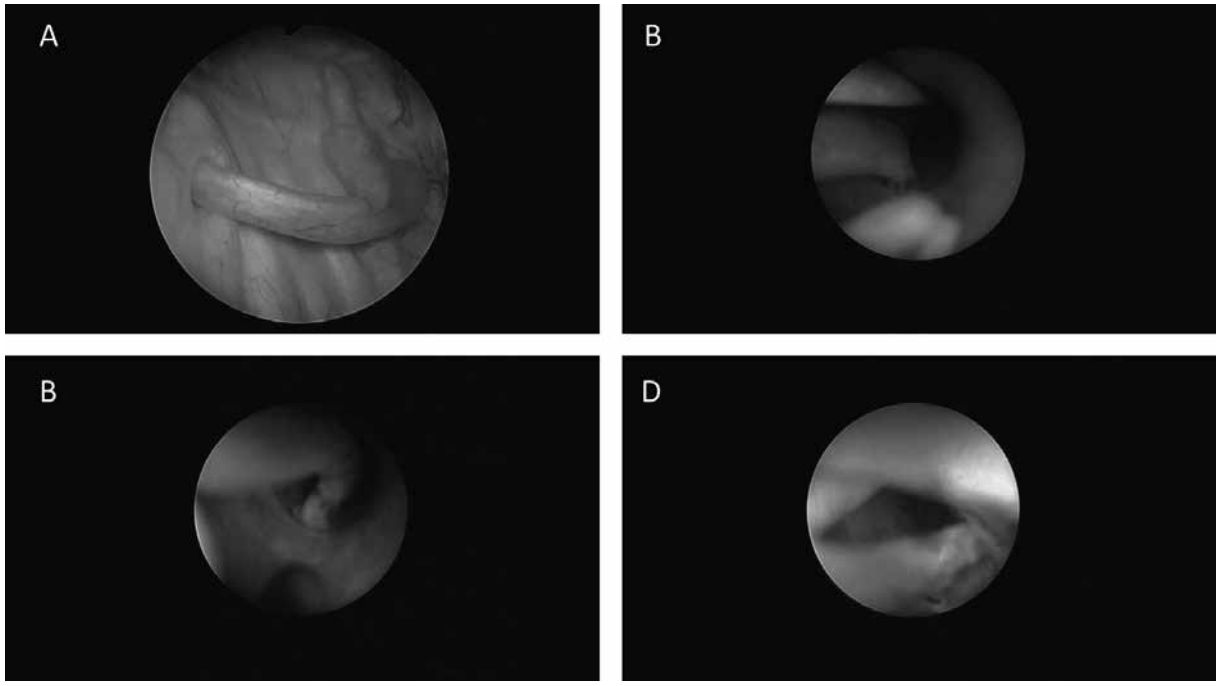
Olgu Takdimi

79 yaşında kadın hasta aralıklı karın ağrısı, makroskopik hematüri ve depolama tipi AÜSS nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede batında defans ve rebaund saptanmazken hafif sağ kostovertabral açı hassasiyeti saptandı. İdrar sitolojisinde malignite ve idrar kültüründe enfeksiyon bulgusu saptanmadı. Üriner ultrasonografide sağ pelvikalisiyel sistemde grade 1-2 hidronefroz belirlendi. Hastaya bilgisayarlı batın ve pelvik tomografi yapılarak mesaneye protrüde 1,5 cm uzunluğunda papiller kitlesel lezyon saptandı.

Hastaya genel anestezi altında sistoskopi planlandı. Yapılan sistoskopide sağ üreter orifisinden mesaneye protrüde polipoid yapıda kitle saptandı ve kitlenin üreter peristaltizmi ve şekline uyumlu olarak mesane içine doğru büyüyerek yaklaşık 7-8 cm'lik uzunluğa ulaştığı belirlendi. Üreterorenokopide de; kitlenin orta üreterden kaynaklandığı mesaneye üreter orifisinden protrüde olduğu onaylandı. Lezyon endoskopik olarak Ho-YAG lazer (365 nm, 1-1.2 J, 8 Hz) yardımıyla üreterdeki sapı ablate edilerek üreterden



Şekil 1: (A,B) Bilgisayarlı tomografi aksiyel kesitlerinde mesaneye protrüde olan fibroepitelyal polipin görünümü.



Şekil 2: (A) Sistoskopide mesaneye protrüde fibroepitelyal polipin görünümü. (B,C) Üreteroskopide orta üreter seviyesindeki fibroepitelyal polipin sapının görünümü. (D) Fibroepitelyal polipin sapının lazer ile ablasyonu.

ayrıldı. Üreterden ayrılan polipoid lezyon yabancı cisim pensi ile dışarı alındı. Hastaya işlem sonrası üreteral stent yerleştirilmedi.

Postoperatif dönemde parasetamol dışında analjezik gereksinimi olmadı. Hasta postoperatif 1. gün taburcu edildi. Patoloji malignite bulgusu içermeyen, yüzeyi değişici epitelle örtülü polipoid mukozal doku stromasında seyrek mononükleer hücre infiltrasyonu içeren, yer yer damarlanma artışı olan fibroepitelyal polip olarak rapor edildi. Hastanın postoperatif 1. ay kontrolünde hidronefrozun düzeldiği görüldü. Postoperatif erken ve 1 yıl sonraki takibinde komplikasyon izlenmedi.

Tartışma

Bugüne kadar yaklaşık 200 üreteral fibropeitalyal polip olgusu rapor edilmiştir. İlk olarak 1932'de tanımlandığında etiyoloji, tedavi ve postoperatif takibi net olmasa da; günümüzde tanı ve tedavide gelişmelerle birlikte ürolithiasis, üreteropelvik bileşke darlığı, üreteral stent ve rekürren üriner enfeksiyon nedeniyle üreterde kronik irritanlara bağlı eşlik edebileceği ve konjenital olabileceği bildirilmiştir (9-12). Childs ve ark.'larının 1945-2008 yılları arasında 22 hastalık bugüne kadar yayınlanan en geniş serilerinde %41 hastada daha önceden altta yatan herhangi bir ürolojik problem bulunmazken geri kalan hastaların yarısından fazlasında (%54) ürolithiazisin eşlik ettiği rapor edilmiştir (13). Bizim olgumuzda ise altta yatan herhangi bir etiyolojik faktör yoktu.

Tanıda yan ağrısı ve hematüri en sık görülen semptomlar olarak belirtilmiştir. Ancak çağdaş görüntüleme yöntemlerinin kullanımının artması ile, asemptomatik olguların da; tanı aldığı belirtilmiştir (13). Burada sunulan olguda ise yan ağrısı ve makroskopik hematüri hastanın başvuru nedenidir.

Ayırıcı tanıda üretelyal karsinomların olması nedeniyle endoskopik biyopsi ile yapılan histopatolojik tanı önemlidir. Daha önce fibroeptitelyal polipin malign transformasyonu ve ürotelyal karsinomlara eşlik edebileceği bildirilmiştir (14,15). Ayrıca üreterorenoskopik tedaviden sonra uzun dönem takipler sonucunda operasyon yerinde üretelyal karsinom gelişen hastalar da rapor edilmiştir (13). Premalign lezyonların fibroepielyal polipten ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Bu nedenlerle postoperatif uygun hasta takibi ve premalign lezyonların fibroepitelyal poliplerden ayırıcı tanısı açısından histopatolojik değerlendirmenin uzman genitoüriner patologlar tarafından yapılması gereklidir. Literatürde nefroüreterektomi yapılan hastaların patolojisinin %25'inde önceden yapılan endoskopik üreter/renal pelvis biyopsisinden farklı olduğu patologlar tarafından belirtilmiştir (16).

Üreterorenoskopinin yaygın kullanıma girmesinden önce görüntüleme yöntemleri ile saptanan üreterdeki dolum defektlerine yaklaşım nefroüreterektomi idi. Wiliams ve ark.'larının serisinde hastaların yarısı nefroüreterektomi diğer yarısı ise eksplorasyon yapıldıktan sonra fibropetelyal polip tanısı almıştır (17). Günümüzde endoskopinin hem tanıya hem de tedaviye olanak sağlaması ile konservatif tedavilerin sıklığı artmıştır. Ancak endoskopik girişimlerin daha az ağrı ve hospitalizasyon gibi avantajları olduğu gibi dezavantajları da rapor edilmiştir. En önemli dezavantajı postoperatif dönemde gelişen üreteral striktürlerdir ve üreteral striktür farklı serilerde endoskopik tedavi sonrasında %13-25 oranında bildirilmiştir. Bazı olgularda bu darlıkların tedavisinde açık cerrahi girişim gerekmiştir (13,18-21). Üreteral darlık gelişimine büyük çaplı üreteroskopların kullanılması, cerrahi deneyimin azlığı, agresif fulgurasyon uygulanması ve altta yatan inflamatuar sürecin neden olabileceği belirtilmiştir (13). Literatürde birçok yazar işlem sonrası striktür gelişimini önlemek için üreteral kateter kullanmıştır. Biz

bu olguda tedavi sonrası üreterde herhangi bir hasarlanma olmadığından kateter yerleştirmedik ve postoperatif kontrolde hidronefrozun gerilediğini tespit ettik.

Cerrahi eksizyon konvansiyonel olarak açık olabileceği gibi laparoskopik olarak da yapılmaktadır. Lezyonu içeren üreter segmenti çıkarıldıktan sonra üreteroüreteostomi, üreteroneosistomi ya da üreteropelvik bileşke seviyesinde ise pyeloplasti yapılan olgular rapor edilmiştir (22,23). Renal pelvis lokalizasyonunda perkütan olarak eksize edilen olgular da bildirilmiştir (24).

Sonuç olarak üreteral fibroepitelyal poliplerin tedavisinde endoskopik lazer yardımlı ablasyon minimal invaziv, güvenilir ve etkin bir yöntemdir. Postoperatif yakın takip, gelişebilecek komplikasyon ve nükslerin erken tespit edilebilmesi için önemlidir.

Kaynaklar

1. Piovesan A, Torricelli F, Borges l, Chambô J, Mesquita J, Srougi M. Ureteral fibroepithelial polyps in a pregnant woman: case report. Sao Paulo Med J. 2009;127(4):238-40.
2. Tato Rodriguez J, lema Grille J, Cimadevila Garcia A, Blanco Parra M, lamas Cedron P, Rios Tallon l, et al. [A fibroepithelial polyp of the
3. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. Urol, 2003; 62(5): 810-3.
4. Lai TK, Chung Ch, Chin AC, Szeto PS, Wong WC, Chan RY, et al. Magnetic resonance imaging for ureteral fibroepithelial polyp. Hong Kong Med J. 2008;14(5):408-10.
5. Macksood MJ, Roth DR, Chang CH, Perlmutter AD. Benign fibroepithelial polyps as a cause of intermittent ureteropelvic junction obstruction in a child: a case report and review of the literature. J Urol 1985;134:951–2.
6. Williams TR, Wagner BJ, Corse WR, Vestecich JC. Fibroepithelial polyps of the urinary tract. Abdom Imaging, 2002; 27(2): 217-21.
7. Baltogiannis D, Kafetsoulis A, Giannakis D, Saito M, Miyagawa I, Sofikitis N. Fibroepithelial polyp of distal ureter with periodic prolapse into bladder. Urol Int. 2008;80(3):338-40.
8. Carey RI, Bird VG. Endoscopic management of 10 separate fibroepithelial polyps arising in a single ureter. Urol, 2006; 67(2): 413-15.
9. Banner MP, Pollack HM. Fibrous ureteral polyps. Radiology 1979;130:73–76.
10. Melicow M, Findlay, HV. Primary benign tumors of ureter: Review of literature and report of case. Surg Gynecol Obstet 1932;54:680–689.
11. Bolton D, Stoller ML, Irby Iii P. Fibroepithelial ureteral polyps and urolithiasis. Urology 1994;44:582–587.
12. Debruyne FM, Moonen WA, Daenekindt AA, Delaere KP. Fibroepithelial polyp of ureter. Urology 1980;16:355–359.
13. Childs MA, Umbreit EC, Krambeck AE, Sebo TJ, Patterson DE, Gettman MT Fibroepithelial polyps of the ureter: a single-institutional experience. J Endourol. 2009 Sep;23(9):1415-9. doi: 10.1089/end.2009.0403.
14. Davides KC, King LM. Fibrous polyps of the ureter" J Urol, 1976; 115(6):651-3.
15. Bahnson RR, Blum MD, Carter MF. Fibroepithelial polyps of the ureter. J Urol 1984;132:343–344.
16. Tavora F, Fajardo DA, Lee TK, Lotan T, Miller JS, Miyamoto H, Epstein JI. Small endoscopic biopsies of the ureter and renal pelvis: pathologic pitfalls. Am J Surg Pathol. 2009 Oct;33(10):1540-6.
17. Williams PR, Feggetter J, Miller RA, Wickham JE. The diagnosis and management of benign fibrous ureteric polyps. Br J Urol 1980;52:253–256.
18. Elliott DS, Segura JW, Lightner D, Patterson DE, Blute ML. Is nephroureterectomy necessary in all cases of upper tract transitional cell carcinoma? Long-term results of conservative endourologic management of upper tract transitional cell carcinoma in individuals with a normal contralateral kidney. Urology 2001;58:174–178.
19. Ho KL, Chow GK. Ureteroscopic resection of upper-tract transitional-cell carcinoma. J Endourol 2005;19:841–848.
20. Keeley FX Jr., Bibbo M, Bagley DH. Ureteroscopic treatment and surveillance of upper urinary tract transitional cell carcinoma. J Urol 1997;157:1560–1565.
21. Martinez-Pineiro JA, Garcia Matres MJ, Martinez-Pineiro L. Endourological treatment of upper tract urothelial carcinomas: Analysis of a series of 59 tumors [see comment]. J Urol 1996;156:377–385.
22. Seçkin B, Bedir S, Sumer F, et al. Fibroepithelial polyp of the ureter in a young adult. J Ankara Med Sch 2003;25:161–4.
23. Romesburg JW, Stein RJ, Desai MM, et al. Treatment of child with bilateral ureteropelvic junction obstruction due to fibroepithelial polyps and review of the literature. Urology 2009;73:929.e9–11.
24. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. Urology 2003;62:810–13.

Yazışma Adresi:
Oktay Demirkesen,
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
Tel: +90 533 526 61 43
e-mail: demirkesen@yahoo.com