

RETROKAVAL ÜRETER: OLGU SUNUMU**RETROCAVAL URETER: A CASE REPORT**

ORHAN İ., ATİKELER M. K., ONUR R., ARDIÇOĞU A., BAYDİNÇ C.,

ÖZET

Retrokaval üreter, sağ üreterin inferior vena cava arkasından geçtiği ve değişik oranlarda üreteral basının olduğu nadir konjenital bir anomalidir. Görülme sıklığı 1/1500 oranındadır. Etiyolojisinde inferior vena kavanın gelişimsel anomalisinin rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu olgu sunumunda 22 yaşında bayan hastada semptomatik retrokaval üreterin klinik teşhis ve tedavi bulguları irdelendi.

Retrokaval üreter olguları çoğunlukla asemptomatik olmasına rağmen, Eksternal üreteral obstrüksiyon bakımından gözden geçirilmelidir.

ABSTRACT

The retrocaval ureter is a rare congenital anomaly in which the right ureter passes behind the inferior vena cava, leading to varying degrees of ureteral compression. Its incidence is 1/1500. It has been accepted that an embryological abnormal development of inferior vena cava has played a role, on its etiology. In this case report the clinical diagnosis and treatment of symptomatic retrocaval ureter was assessed in a 22-years old female patient.

Although retrocaval ureteral cases are often asymptomatic it should be reviewed in consideration with external ureteral obstruction.

ANAHTAR KELİMELER: Üreter, Retrokaval, İnför vena cava

KEY WORDS: Ureter, Retrocaval, Inferior vena cava

Dergiye geliş tarihi: 29.10.1998

Yayına kabul tarihi: 2.2.1999

Fırat Üniversitesi, Fırat Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı / ELAZIG

GİRİŞ

Retrokaval veya sirkumkaval üreter, otopsi incelemelerinde 1/1500 oranında saptanan nadir bir konjenital anomali'dir.¹ Bu anomalinin, üreterin embriyolojik gelişimindeki bir defekten kaynaklandığı düşünülmüştür. Ancak, günümüzde etyolojinin esas nedeninin inferior vena kavanın (İVK) gelişimsel anomalisinden kaynaklandığı kabul edilmektedir.² Obstrüksiyonun derecesine bağlı olarak, sadece lomber bölgede ağrı veya ileri derecede hidronefroza kadar değişen klinik bulgular saptanabilir.^{3,4} Tanı, intravenöz pyelogram (İVP) ve retrograd pyelografi (RPG) ile karakteristik bulguların gösterilmesi ile koyulabilir. Asemptomatik ve obstrüksiyon saptanmayan hastalarda takip dışında herhangi bir tedavi önerilmemektedir.⁴ Semptomatik veya obstrüksiyon belirlenen hastalarda ise obstrüksiyonu ortadan kaldırmak için retrokaval üreter segmetinin rezek edilip, vena kavanın önünde üreter end-to-end anastomoz yapılması önerilen tedavi modeli'dir.^{4,5,6}

Bu olgu sunusu kliniğimizde ilk kez karşılaşılan retrokaval üreter anomalisinin teşhis ve başarıyla tedavisini içermektedir.

OLGU SUNUMU

Bir yıldan beri sağ yanında aralıklı, künt vasıflı ağrı şikayeti olan yirmiiki yaşında kadın hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde daha önceden var olan herhangi bir ürolojik patoloji saptanmadı. Fizik muayenede sağ kostovertebral açı hassasiyeti dışında bir bulgu belirlenmedi. Rutin idrar tetkikinde üriner infeksiyon saptanan hasta, antibiyogram sonucuna göre uygun antibiyotikle tedavi edildi. Şikayetleri geçmeyen hastanın, USG tetkikinde sağ böbrekte grade II hidronefroz ve proximal üreterde dilatasyon belirlendi. Etiyolojiyi belirlemek için yapılan İVP'de sağ böbrekte hidronefroz ve sağ üreterde de dilate proksimal üreter ve karakteristik ters 'J' görünümü belirlendi (Resim 1-A). Retrokaval üreter öntanısıyla hastaya RPG yapıldı ve üreteral kateterin tipik S görünümü aldığı saptandı (Resim 1-B).



Resim 1. Preoperatif İVP (A) ve RPG (B)

Retrokaval üreter tanısıyla hastaya operasyon planlandı. Transabdominal yolla retroperitoneuma ulaşıldı. Sağ üreter proksimali dilate, sağ böbrek hidronefrotik olarak belirlendi. Orta 1/3 üreterin, İVK arkasında üstte dorsolateralden alta ventromediale doğru spiral şeklinde uzandığı

saptandı (Resim 2). Üreter İVK arkasında disseke edilerek serbestleştirildi. Obstrükte retrokaval segment rezeke edilerek, double J stent kondu ve üreter İVK önünde uç-uca anastomoz edildi. Post-operatif dönemde komplikasyon izlenmedi ve hasta 4. günde kliniğimizden çıkarıldı. Üreteral stent post-operatif üçüncü haftada alındı. Üç ay sonra kontrol İVP'sinde sağ hidronefroza belirgin düzelme saptandı.



Resim 2. Sağ Retrokaval üreter.

TARTIŞMA

Retrokaval üreter (sirkumkaval ya da post-kaval üreter) abdominal damarların embriyolojik gelişimi sırasında normal bir üreterin inferior vena kavanın arkasında kalmasıyla sonuçlanan ve değişik oranlarda obstrüksiyonlarla seyreden konjenital bir anomalidir.⁷

İVK, fetal venlerin oluturduğu bir plexustan sağ tarafa doğru gelişir. Fetal venler retroperitoneal olarak dorsalde posterior kardinal ve suprakardinal, ventralde ise subkardinal venlerden oluşur. Normal embriyolojik gelişimde, sol suprakardinal ve sağ posterior kardinal venler atrofiye olur. Subkardinal venler internal spermantik ven olarak devam eder. İVK sağda, sağ suprakardinal venden gelişir. Subkardinal ven lomber parçasının atrofiye olmasında bir duraklama olursa ve sağda bu şekilde devam ederse üreter retrokaval olarak gelişir.⁸

Normalde vasküler sistemin embriyolojik gelişimindeki bir defekitten kaynaklandığı için retrokaval üreter hemen her zaman sağda görü-

lür. Ancak situs inversuslu bir olguda bilateral sirkumkaval üreter ve diğer bir vakada da izole sol retrokaval üreter anomalisi bildirilmiştir.^{8,9} Ayrıca Ishitoya ve ark. Goldenhar sendromu (Brankial ark sendromu) ile birlikte olan sol retrokaval üreter saptamışlardır.²

İki tip retrokaval üreter tanımlanmıştır.¹ Tip I en yaygın form olup dilate proximal üreter ters J görünümü alır. Dilatasyon genellikle L3 hizasında İVK'nın 1-2 cm yanında oluşur ve üreter yukarıya doğru kıvrılarak İVK arkasından geçip ventromedialde ön yüzden aşağıya doğru devam eder. Obstrüksiyon; dış basıdan üreteral kink, adinamik segment veya Psoas kasının basısından kaynaklanabilir.^{1,7,8} Tip II ise daha nadir bir formdur ve üreter İVK arkasına üreteropelvik bileşke hizasından girer, medialden çıkarak aşağıya doğru devam eder.^{1,8} Bu da daha çok üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu ile karışabilir. Kadavra incelemelerinde 1/1500 oranında rastlanılan bu anomalide semptomlar genellikle 3. ve 4. dekatta ortaya çıkar.² Erkek/kadın oranı, klinikte 2.8/1 oranında bildirilmektedir.^{2,3} Pek çok hastada künt karakterde, aralıklı sağ lomber ağrı belirle- nebileceği gibi ağrı nadiren renal kolik tarzında da olabilir. Rükreden üriner enfeksiyonlar, mikroskopik veya gross hematüri, tekrarlayan pyelonefrit atakları retrokaval üreter olgularında sık saptanabilecek klinik tablolardır. Bunların dışında uzun süreli staza bağlı taş oluşumu da nadir değildir.^{4,5,7} Vakamızda klinik olarak uzun süreli, künt karakterde yan ağrısı ve tekrarlayan üriner enfeksiyon saptandı.

Tanı, radyolojik olarak İVP ve RPG'de karakteristik değişikliklerin saptanmasıyla koyulabilir. İVP ve RPG'de üreterin, L3-L4 vertebralar hizasında İVK arkasında geçerken oluşturduğu 'ters J' görünümü proksimal üreter dilatasyonu ve değişik derecelerde saptanabilecek hidronefroz genellikle tanı için yeterli olmaktadır. Ancak kateter takılı pozisyonda inferior venokavografi, USG, BT incelemeleri de tanıdaki ek görüntüleme yöntemleridir. Vakamızda İVP ve RPG'de saptanan tipik radyolojik bulgularla tanı koyuldu.

Asemptomatik hastalarda ve kaliektazi saptanmayan olgularda takip dışında herhangi bir tedavi gerekmemektedir.⁴ External bası kaynaklı

semtomatik olgularda, cerrahi girişim obstrüksiyonun boyutuyla orantılı olarak gerekebilir.^{4, 7}

İlk kez Harrill tarafından 1940 yılında tanımlanan girişimde, üreter İVK kenarında rezeksiyon edilmiş ve postkaval üreter parçası öne alınarak reanastomoz uygulanmıştır.^{10, 11}

Günümüzde tercih edilen cerrahi yöntem, transabdominal veya transperitoneal yaklaşımla, üreterin distal kısmına transrezeksiyon uygulayıp, İVK önünde reanastomoz uygulamasıdır.⁴ Adinamik üreter segmenti varlığında, adinamik segment her iki uçtan rezeksiyon edilip reanastomoz uygulanır. Vakamızda transabdominal girişimle üreter İVK arkasından disseke edilerek, adinamik segment rezeksiyonu yapıldı ve İVK önünde reanastomoz edildi.

Retrokaval üreter olguları, sıklıkla asemptomatik olmasına rağmen external basının derecesi açısından dikkatle gözden geçirilmeli ve rekürren enfeksiyon, pyelonefrit, özellikle de hidronefroz olgularında transabdominal veya transperitoneal yolla cerrahi girişim uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Heslin JE., Mamonas C.: Report of four cases and review of literature J. Urol., 65: 212, 1951.
- 2- Ishitoya S., Arai Y., Waki K., et al: Left Retrocaval ureter associated with the Goldenhar syndrome (Branchial arch syndrome). J Urol., 158: 572-573, 1997.

- 3- Ishitoya S., Waki K., Arai Y.: Laparoscopic ureterolysis for retrocaval ureter. Br. J. Urol., 77: 162-163, 1996.
- 4- Resnick ML., Kursh ED.: Extrinsic obstruction of the ureter. Campbell's Urology, seventh edition, Edited by Walsh PC., Retik AB., Vaughan ED., Alan JW. Philadelphia: WB. Saunders Co. Vol. 1 Chapter 10, pp 394-395, 1998.
- 5- Fukuoka H., Fukushima N., Uekane K., Higurasahi M.: Retrocaval ureter with recurrent pyelonephritis. Gynecol. Obstet. Invest., 34: 57-60, 1992.
- 6- Cabello PJ., Murillo MJ., Cuervo PJ., et al: Retrocaval ureter: report of a case. Arch. Esp. Urol., 49: 642-644, 1996.
- 7- Kogan BA.: Disorders of the ureter and ureteropelvic junction. General Urology, thirteenth edition, Edited by Tanagho EA., Mc Aninch JW. Connecticut: Appleton and Lange Co. Chapter 35, pp 566-568, 1992.
- 8- Schluskel NR., Retik AB.: Anomalies of the ureter. Campbell's Urology, seventh edition, Edited by Walsh PC., Retik AB., Vaughan ED., Alan JW. Philadelphia: WB. Saunders Co. Vol. 2 Chapter 60, pp 1850-1851, 1998.
- 9- Brooks RJ.: Left retrocaval ureter associated with situs inversus. J. Urol 88: 484, 1962
- 10- Gray SW., Skandalakis JE.: Embryology for surgeons. Philadelphia: WB. Saunders Co., 1972.
- 11- Harill HC.: Retrocaval ureter. Report of a case with operative correction of the defect. J. Urol., 44: 450-7, 1946.