

SİRKUMKAVAL (RETROKAVAL) ÜRETERDEN KAYNAKLANAN PRİMER İNFERTİLİTE OLGUSU

A CASE OF PRIMARY INFERTILITY RESULTING FROM CIRCUMCAVAL (RETROCAVAL) URETER

Kahraman TOPSAKAL, Kemal KAYA, Ertan KAYACAN, E. Yener GÜLTEKİN
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, SİVAS

ABSTRACT

Introduction: We report a rare congenital anomaly, varicocele due to circumcaval ureter (CCU) with infertility. The patient had abnormal semen parameters (decreased sperm motility). Abdominal ultrasound revealed marked right hydronephrosis and testicular ultrasound revealed right varicoid veins. Urography showed typical reverse J deformity on the right side. Helical C.T. confirmed the CCU. We performed classical CCU surgery and in addition Palomo varicocelectomy. The patient became the fertile on the postoperative 8th month. This is the first case of infertility resulting from CCU in the literature.

Key words: Retrocaval ureter, infertility, varicocele

ÖZET

Ender bir doğumsal anomali olan ve infertiliteye sebep olmuş sirkumkaval üretere bağlı varikozel olgusunu sunduk. Hastanın anormal sperm değerleri mevcuttu (azalmış sperm motilitesi). Abdominal USG’de belirgin sağ hidronefroz mevcuttu ve testiküler USG’de sağ variköz venler gözlemlendi. Ürografide sağ tarafta tipik ters J deformitesi gözlemlendi. Spiral C.T. ile tanı doğrulandı. Biz klasik sirkumkaval üreter cerrahisini ve ilave olarak Palomo varikoselektomi yaptık. Hasta cerrahi sonrası 8. ayda fertil hale geldi. Bu olgu sirkumkaval üreterden dolayı infertilitenin gözlemlendiği literatürdeki ilk vakadır.

Anahtar Kelimeler: Retrokaval üreter, infertilite, varikozel

GİRİŞ

Sirkumkaval üreter, vena cava inferiyanın (VCI) anormal gelişmesi sonucu meydana gelmektedir¹. İlk defa 1893 yılında Hochstetter tarafından tarif edilmiştir². Üreter VCI arkasından geçmekte, değişik derecede baskıya uğrayarak hidronefroza³, nadir olmayarak da taş oluşumuna neden olmaktadır⁴. Literatürde sirkumkaval üreter ile ilgili birçok yayın olmasına karşın varikozel gelişimine sebep olarak primer infertiliteye sebep olmuş sirkumkaval üreterli bir olgu bulunmamaktadır. Tanı koyduğumuz olgu literatürde ilk olgu sunumu olmaktadır.

OLGU SUNUMU

3 yıldır primer infertil olan ve başka herhangi bir ürolojik yakınması olmayan 23 yaşındaki erkek hasta kliniğimizde değerlendirildi. Fizik muayenesinde sağ testiste grade 3 varikoid venler mevcuttu ve başka bir patolojik muayene bulgusu mevcut değildi. Hastanın, variköz venlerin tam olarak oluşum zamanı hakkında bilgisi yoktu. Yalnız skrotal pakeler hasta tarafından yetişkin çağdan itibaren fark edilmişti. Hastaya

yapılan skrotal renkli Doppler USG’de testis boyutlarının doğal olduğu izlendi. Sağ testiste plexus pampiniformis ven çaplarının en geniş yerde 4.9 mm olduğu ve reflü akımın olduğu saptandı. Sol testiste ise variköz vene rastlanmadı. Hastanın semen analizlerinde sırasıyla volüm 4 cc ve 4,5 cc, hareketli sperm sayısı %35 ve %33, ileri hızlı sperm sayısı %18 ve %15, ileri yavaş sperm sayısı %15 ve %16, normal sperm sayısı %58 ve %52, toplam sperm sayısı ise 18 milyon/ml ve 19 milyon/ ml idi. Hastaya yapılan abdominal USG’de sağ böbrekte belirgin hidronefroz saptanması üzerine yapılan intravenöz ürografide sağ böbrekte grade 3 hidronefroz ve L3 vertebra seviyesi üzerindeki üreterde dilatasyon saptandı ve bu seviyede ters j deformitesi gözlemlendi (Resim 1). Üreter distalde izleniyordu ve direk batın grafisinde herhangi bir radyoopak görünüm mevcut değildi. Hastaya yapılan spiral abdominal CT sonrasında retrokaval üreter tanısı konulup operasyon kararı alındı (Resim 2). Flank pozisyonunda L3 vertebra seviyesinde üretere ulaşıldı. Bu seviyede VCI (vena cava inferior)’nın inkomplet duplike olduğu ve üreterin

Dergiye Geliş Tarihi: 21.10.2004

Yayına Kabul Tarihi: 01.02.2005



Resim 1. Ürografi, sağ üreterde gözlenen "ters j" deformitesi



Resim 2. Abdominal CT'de vena kava arkasından seyreden sağ üreter



Resim 3. Operasyon görüntüsü

sağ taraftan VCI'nın posteriyoruna geçip VCI'nın her iki parçasının medialinden çıktığı gözlemlendi (Resim 3). Hastada L3 vertebra seviyesinde üreterin dilate olduğu ve o seviyede gonadal vene ciddi bir bası yaptığı ve bu seviyenin distalinde gonadal venin dilate olduğu gözlemlendi. Üreter transekte edilip vena kava'nın anteriorunda çift j kateter konulup uç uca anastomoz edildi. Bu seviyede gonadal ven ligasyonu yapıldı. Ameliyat sonrası 6. ayda hastanın semen analizi: Volüm 4,5 cc, hareketli sperm sayısı %53, ileri hızlı sperm sayısı %30, ileri yavaş sperm sayısı %20, normal sperm sayısı %63, toplam sperm sayısı 19 milyon/ml idi. Çekilen intravenöz ürografi doğaldı ve ameliyat sonrası 8 ayda eşinde gebelik oluştu.

TARTIŞMA

Varikozel normal erkek popülasyonunda %15 oranında gözlenir ve bunların yaklaşık %40'unda infertiliteye sebep olur. Varikozel %75-90 oranında sol tarafta gözlenir⁸. Varikoselektomi sonrası 1. yılda kadın partnerde gebelik oranı %33 bulunmuştur⁹. Sadece sağ tarafta gözlenmesi yada sağda daha yüksek grade'lerde gözlenmesi durumunda abdomen US ile değerlendirilmelidir⁷. İnternal spermatic vene proksimalde olacak herhangi bir bası ven içi basıncı artırarak varikoz ven gelişimine sebep olabilir⁷. Olgumuzda basınç artışına sebep olan etken olarak retrokaval üreter bulundu. Gonadal ven psoas kası ile dilate üreter arasında komprese durumda idi. VCI'nın anormal gelişmesi sonucu üreterin VCI etrafından dolanması ile oluşan doğumsal anomalinin isimlendirilmesinde üreterin gidiş yolunu daha iyi tarif etmesinden dolayı sirkumkaval üreter terimi, retrokaval veya postkaval üreter terimlerinden daha çok tercih edilmektedir². Retrokaval üreter prevalansı kadavra çalışmalarında onbinde 9 ve kadın erkek oranı da 1/2.8 olarak bulunmuştur⁵. Situs inversus hariç sağ tarafta oluşmakta², hidronefroz çok yavaş geliştiğinden, teşhis genellikle 3. veya 4. dekatta hematüri ve kolik-künt tipte yan ağrısı semptomlarıyla konulmaktadır. İki tipi tarif edilmiştir. Tip I (*low loop*) en sık görülen tipidir. Üreter L3-L4 seviyesinde VCI arkasına geçmekte ve dilate proksimal üreter segmenti ters J şeklinde görülmektedir. Hemen hemen mutlaka tespit edilen dilatasyon; üreteral kinkleşme, adinamik segment veya psoas basısına bağlı

olarak gelişmektedir². Tip II (*high loop*) üreter VCI arkasına UPJ seviyesinde geçmekte, nadiren dilatasyona neden olarak UPJ darlıkları ile karışabilmektedir^{2,3}. Günümüzde retrokaval üreter kesin tanısı ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile konulabildiğinden retrograt piyelografi ve kavografi gibi invaziv tetkiklere gerek yoktur⁶. Semptom vermeyen ve minimal dilatasyonu olan hastalarda tedavi gerekmemektedir. Hidronefrozlarda VCI kesilerek üreteri öne alıp yapılan kava anastomozu bir tedavi şekli olarak uygulanmış olsa da, seçkin metod üreterin kesilerek VCI önünde uç uca anastomozudur².

Sonuç olarak olgumuzda klasik sirkumkaval cerrahisine ilave olarak mevcut klinik ve intraoperatif ileri derecede dilate gonadal ven gözlenmesinden dolayı ve sekonder operasyon ve anestezi den de kaçınmak amaçlı sağ varikoselektomi yapıldı. Hastanın sperm parametrelerindeki düzelmenin hangi cerrahiye bağlı olduğu net değildir. Sirkumkaval üreterin klasik cerrahi tedavisi yapılırken hastanın yaşı ve fertilité durumu göz önüne alınıp gonadal ven basısı da mevcut ise sekonder cerrahiden de kaçınmak amaçlı uygun hastalarda gonadal ven ligasyonu yapılması fertilitéye katkıda bulunabilir.

KAYNAKLAR

- 1- **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.

- 2- **Resnick MI, Kursh ED:** Extrinsic obstruction of the ureter; in Campbell's Urology (Eds.). Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ.: Seventh edition. Vol 1. pp 387-422, Saunders Comp., 1998.
- 3- **Kogan BA:** Disorders of the Ureter and Ureteropelvic Junction; in Smith's General Urology (Eds). Tanago EA, McAninch JW: Fourteenth edition. pp 626-641, Connecticut, Appleton and Lange, 1995.
- 4- **Yiğitbaşı O, İmamoğlu A, Ersoy H ve ark:** Retrokaval üreter. Türk Üroloji Derg. 21: 173-175, 1995.
- 5- **Johansson NT, Nilsson SV, Scherston T, et al:** Retrocaval ureter: A report of a case and short review of the literature. Scand J Nephrol 3: 53-58, 1969.
- 6- **Mellins HC:** Anomalies of the Inferior Vena Cava; in Clinical Urography (Eds.). Pollack HM. pp 2097-2104, Saunders Comp., 1990.
- 7- **Nagler HM, Zippe CD:** Varicocele: Current concepts and treatment; in Infertility in the male (Eds.). Lipshultz LI, Howards SS: 2nd ed. Chapt 15. pp 313-336, St. Louis Mosby, 1991.
- 8- **Nagler HM, Luntz RK, Martinis FG:** Varicocele: In Infertility in The Male (Eds.). Lipshultz LI, Howards SS: pp. 336-359, St. Louis: Mosby Year Book, 1997.
- 9- **Schlegel PN:** Is assisted reproduction the optimal treatment for varicocele-associated infertility? A cost-effective analysis. Urology, 49: 83, 1997.