

## AKUT KARINI TAKLİT EDEN BİR ERİŞKİN PRİMER MEGAÜRETER OLGUSU

Yusuf Ö.İLBEY<sup>1</sup>, Selami ALBAYRAK<sup>1</sup>, Cemal GÖKTAŞ<sup>1</sup>, Rahim HORUZ<sup>1</sup>

Primer megaüreter, erişkin yaşlarda oldukça nadir görülen bir durumdur. Taş veya enfeksiyon ile komplike olduğunda semptomatik olabilir. Akut karın kliniği ile gelen bir erişkin primer megaüreter olgusu sunduk. Olgumuzda olduğu gibi, nadiren akut karın kliniği şeklinde görülebilen primer megaüreter ve ender görülen diğer konjenital üreter anomalileri, yanlış tanı ve gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınmak için, akut karının ayırıcı tanısında akıldta tutulmalıdır.

*Anahtar kelimeler: Üreter, akut, karın, tanı, ayırıcı*

### PRIMARY MEGAURETER IN ADULT MIMICKING ACUTE ABDOMEN: CASE REPORT

Primary megaureter is an uncommon disease in adult. When it is complicated by a lithiasis or an infection, it may be symptomatic. We report a case with a primary megaureter presenting as an acute abdomen. Like in our case, unusual presentation of rare congenital ureteral anomaly such as primary megaureter should be considered in the differential diagnosis of acute abdomen to avoid misdiagnosis and unnecessary surgical interventions.

*Keywords: Ureter, acute, abdomen, diagnosis, differential*

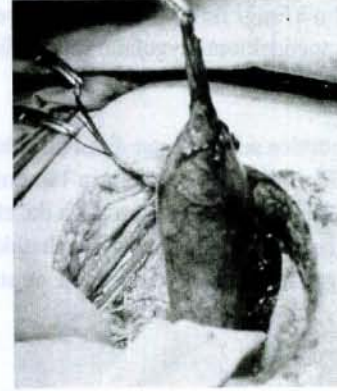
#### OLGU

Yirmibir yaşında bir bayan, aniden başlayan ve yaklaşık 6 saattir devam eden sağ alt kadranda ağrısı, bulantı ve kusma hissi şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede, nabız 72/dk, TA: 130/80 mmHg ve vücut ısısı 37.3°C idi. Sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound hassasiyet mevcuttu. Rektal tuşe ve barsak sesleri normaldi. Kan biyokimyasında beyaz küre 13.000/mm<sup>3</sup>, diğer değerler ise normal sınırlardaydı. İdrar tahlilinde mikroskopik hematüri tespit edildi. Direkt üriner sistem grafisi normaldi. Batın ultrasonografisinde, sağ üreter mesaneye kadar dilate olarak izlendi. Ürografide her iki böbrek fonksiyone, sağ üreterde dilatasyonla birlikte alt uçta darlık gözlemlendi (Şekil 1).



**Şekil 1.** İVP de sağ üreter alt uçta darlık ve tüm üreterde dilatasyon

Eksplorasyonda sağ üreter aşırı dilate idi ve stimülasyon ile peristaltizm dalgalarının oluşmadığı gözlemlendi (Şekil 2).



**Şekil 2.** Eksplorasyonda dilate sağ üreter alt ucu ve dar segment

Üreter distal ucundaki adinamik segment rezeke edildikten sonra uygun daraltma yapılarak üreteroneosistostomi uygulandı. Eksize edilen distal üreterin histopatolojik incelemesinde; longitudinal kas liflerinde azalma, sirküler kas liflerinde hipertrofi ve bağ dokusunda artış tespit edildi ve 'adinamik segment' olarak değerlendirildi (Şekil 3).



**Şekil 3.** Histopatolojik muayenede longitudinal kas liflerinde azalma, sirküler liflerde hipertrofi ve bağ dokusu artımı (Hemotoksilen Eosin, x 40 büyütme).

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Üroloji Kliniği

## TARTIŞMA

Primer megaüreter (PM), obstrüktif-reflüsüz ve nonobstrüktif-reflülü olmak üzere başlıca iki gruba ayrılabilir. PM yenidoğan ve çocuklarda obstrüktif üropatinin en sık görülen sebeplerinden biri iken, erişkin yaşlarda oldukça nadir görülen bir durumdur<sup>1</sup>. Sol taraf sağa göre üç kat daha fazla tutulur. Olguların %20'si bilateral olabilir. Kız/erkek oranı 1/3'dür<sup>2,3</sup>.

Primer megaüreterli çocuklar asemptomatik olabilecekleri gibi; idrar yolu enfeksiyonu, hematüri ve yan ağrısı görülebilir. Zemininde taş ve enfeksiyon gelişmedikçe olguların çoğu asemptomatiktir. Olgumuzda olduğu gibi, primer megaüreterli olguların akut karın kliniğiyle başvurmaları oldukça nadir bir durumdur. Literatürde, üreterosel ve kör uçla sonlanan bifid üreter gibi bazı üreter anomalilerinin abdominal organların hastalığını taklit eden akut karın kliniği ile başvurduklarını ve bu yüzden laparotomi ve apendektomi uygulandığını bildiren yayınlar mevcuttur<sup>4,5</sup>.

PM'in en sık görülen sebebi üreter distal ucundaki adinamik segmenttir. Genellikle bu segmentin lümeni açık olup, darlık fonksiyoneldir. Bizim olgumuzda da, eksplorasyon esnasında dar segmentin 8 Fr kateter ile rahatlıkla kateterize edilebildiği gözlemlendiğinden, darlığın anatomik değil

fonksiyonel olduğu düşünüldü.

Bu segmentin histopatolojik incelemesinde, üreterin longitudinal kas liflerinin azaldığı veya yok olduğu, sirküler kas liflerinin hipertrofik veya hiperplastik olduğu ve bağdokusu yoğunluğunda artış olduğu görülür<sup>1,3</sup>.

Gereksiz laparotomi ve masum apendektomilerden kaçınmak için, akut karın kliniğiyle başvuran vakalarda ayrıncı tanıda PM ve diğer üreter anomalileri akılda tutulmalı ve gerektiğinde ileri ürolojik tetkikler yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Viville C, Mezrahid P. Congenital megaurether in adult. A series of 55 patients presenting 64 megaurethers. J Urol (Paris) 1990; 96(2): 87-92.
2. King LR. Megaurether: Definition, diagnosis and management. J Urol 1980; 123: 222-3.
3. Pfister RC, Hendren WH. Primary megaurether in children and adults. Clinical and pathophysiological features of 150 megaurethers. Urology 1978; 12: 160-76.
4. Derevianko IM, Derevianko TI. Anomalies of ureteral orifices simulating diseases of the abdominal organs. Vestn Khir Im II grek 1987; 138(5): 107-10.
5. Choudhury SR, Maji BP. Acute abdomen: Unusual presentation of a blind-ending bifid urether. Eur Urol 1991; 20: 339-340.