

# Pelvik kitle ile karışan, enfeksiyona sekonder üreteral kitle: Bir olgu sunumu

Hulusi Gürel\*, Mansur Kamacı\*, Öner Odabaş\*\*, Muammer Karaayvaz\*\*\*, Serdar Uğraş\*\*\*\*

**Özet:** Ultrasonografik incelemede pelvik kitle tanısı alan; ancak laparotomide sağ üreter alt ucunda kitle saptanan olgu literatür ışığında tartışıldı.

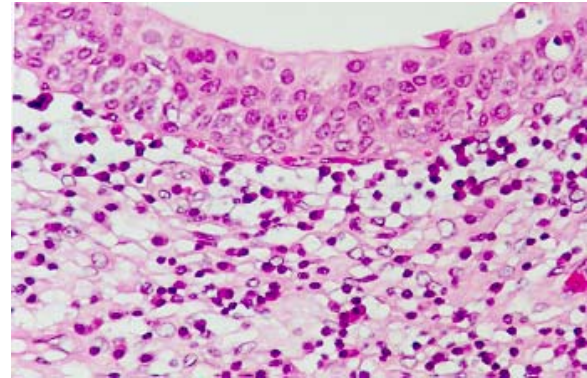
**Anahtar kelimeler:** Pelvik kitle, Üreteral kitle, Enfeksiyon

Postmenopozal solid pelvik kitlelerde malignite olasılığı yüksektir (1). Bu olgularda kitlenin çıkartılması ve histopatolojik incelemeye gönderilmesi önemlidir. Pelvik kitle tanımı çoğu zaman overian patolojileri kapsamakla birlikte ayırıcı tanıda myoma uteri gibi jinekolojik problemlerin yanında gastrointestinal ve ürolojik nedenler de akılda tutulmalıdır (2). Bu çalışmada, overian tümör tanısı ile uygulanan laparotomide, sağ üreter distalinde kitle saptanan bir olgu sunuldu.

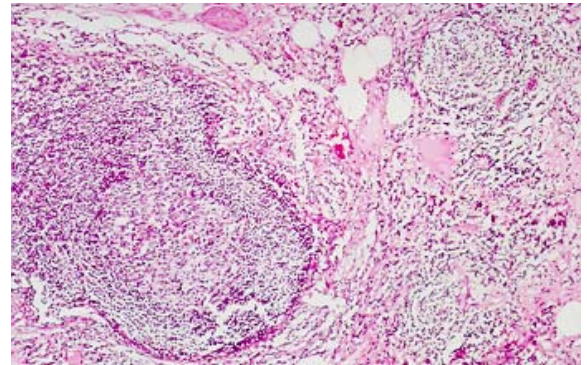
## Olgu Sunumu

Altmışaltı yaşında, G:13, P:10 olan olgu bel-kasık ağrısı ve üriner yakınmalar ile başvurdu. Pelvik muayenede sağ adneksal alanda 5 cm çapında sert kitle palpe edildi. Ultrasonografik incelemede sağ over lojunda 3x4 cm boyutlarında solid kitle saptandı. Postmenopozal pelvik kitle (over tümörü?) tanısı ile laparotomiye karar verildi. Preoperatif incelemelerde saptanan üriner enfeksiyon için uygun antibiyotik tedavisi başlandı. Laparotomide uterus ve overlerin menopoza uyumlu olduğu, sağ retroperitoneal alanda 3x4 cm sert kitle bulunduğu gözlemlendi. Retroperitoneal alana girildiğinde sağ üreterin alt kısmında, üreteri içine alan, mesaneye yaklaşık 3-4 cm mesafede, etrafa yapışık ve frajil kitle saptandı. Kitlenin 3 cm üstünde 3x1 cm boyutlarında fusiform taş tespit edildi. Üreterotomi yapılarak taş çıkartıldı ve üreter kesisi 3/0 kromik katgut ile kapatıldı. 8F feeding

düşünüldü. Kitleden ayrılmasının mümkün olmaması üzerine üreterin 3-4 cm bir bölümünü içine alacak şekilde kitle çıkartıldı. Double-j kateter kullanılarak ekstravezikal üreteroneostomi ve psoas hitch tekniği uygulandı. Postoperatif 2.haftada çekilen intravenöz piyelografide (İVP) her iki böbreğin fonksiyonu normal olup anastomoz çevresinde kaçak saptanmadı. Double-j kateter çekilerek hasta taburcu edildi.



Resim 1. Üretere ait değişici epitel altında bol miktarda plazma hücreleri izlenmektedir (Hematoksilen-eozin boyası, orijinal büyütme, X 50).



Resim 2. Üreterin seroza tabakası içinde lenfoid folliküller, bağ dokusu gelişimi ve yağ hücreleri izlenmektedir (Hematoksilen-eozin boyası, orijinal büyütme, X25).

Kitlenin histopatolojik incelemesinde “Değişici epitel altında bol plazma hücreleri seyrek

\*Yüzüncü Yıl Üniv.Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Van

\*\*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Üroloji ABD, Van

\*\*\*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD, Van

\*\*\*\*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Patoloji ABD, Van

**Yazışma adresi:** Yrd. Doç. Dr. Hulusi Gürel

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Van

tüp ile proksimal üreter kontrol edildiğinde idrar gelişi gözlemlendi için böbreğin fonksiyone olduğu

poliform nüveli lökositler ve az sayıda lenfosit; yer yer lenfoid folliküller ve çok belirgin olmayan bağ dokusu gelişimi” (Resim 1,2) saptanmış olup patolojik tanı “Kronik nonspesifik üreteritis” idi.

### Tartışma

Distal üreter patolojilerinin pelvik kitle ile karışabileceği bildirilmiştir (3). Bu olgu da pelvik muayene ve ultrasonografik inceleme ile pelvik kitle (Over tm?) tanısı aldı ve opere edildi. Ancak laparotomide sağ distal üreterden gelişmiş bir kitle bulundu. Histopatolojik incelemede kitlenin enfeksiyona sekonder geliştiği saptandı.

Literatürde enfeksiyon nedeniyle üreter obstrüksiyonu gelişen olgular vardır (4-6); ancak aynı nedenle üreterde kitle oluştuğunu bildiren bir yayın bulunamamıştır. Olgumuzda aynı zamanda kitlenin proksimalinde üreter taşı saptandı. Preoperatif değerlendirmede retroperitoneal bir patoloji düşünülmeyişi için taşın ve kitlenin ne derecede obstrüksiyon yaptığı belirlenemedi. Ancak preoperatif ultrasonografik incelemede her iki böbrek normal olarak değerlendirilmiştir.

Üreterin papillom, lipom, leiomyom, fibrom, nörofibrom, nörom ve endometriozis gibi seyrek görülen benign tümörleri tanımlanmıştır (4,7-9). Daha önce hastanemizde opere edilen bir olguda fibroepitelyal polip ve bunun distalinde üreter taşı rapor edilmişti (10). Bu olguda ise taş enfeksiyona sekonder oluşmuş kitlenin proksimalinde idi. Bu bulgularla önce taşın üreterde yerleştiği, kitlenin taşla sekonder enfeksiyon nedeniyle gelişmiş olabileceği düşünülebilir.

Benign ve malign üreter patolojilerinin tanısında ultrasonografiye ilave olarak İVP, retrograd piyelografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans da kullanılmaktadır (8,11,12). Olgumuzda kitlenin retroperitoneal orijinli olabileceği düşünülmeyişinden bu incelemeler yapılmadı. Eğer bu incelemeler ile kitlenin retroperitonda olduğu saptanmış olsaydı böbreklerin fonksiyonları ve obstrüksiyonun derecesi operasyondan önce belirlenebilirdi. Olgumuzda seçilen operasyon modelinin doğru olduğu postoperatif incelemeler ile gösterilmiştir. Ancak her zaman bu kadar şanslı olunmayabilir ve intraoperatif incelemede böbrek fonksiyonu hakkında yanlış yargıya varılabilir.

Sonuç olarak orijini tam olarak belirlenemeyen pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında üreteral kitleler de akılda tutulmalı ve bu yönde araştırma yapılmalıdır.

### The ureteral mass secondary to infection which is misdiagnosed as a pelvic mass

**Abstract:** *Although pelvic mass was diagnosed by ultrasonography, a right ureteral mass in the distal portion was revealed during the laparotomy. This case was discussed under the light of literature.*

**Key words:** *Pelvic mass, Ureteral mass, Infection*

### Kaynaklar

1. DiSaia PJ: Overian Neoplasms, In: Danfort's Obstetrics and Gynecology. Edited by Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Philadelphia, JB Lippincott Company, 1994, pp:969-1018.
2. Morley P, Barnett E: The Overian Mass, In: The principles and practice of Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology. Edited by Sanders RC, James AE Jr. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1985, pp: 473-515.
3. Jameson JS, Dennison AR: Nongynecologic causes of a pelvic mass. Infertility and Reproductive Medicine Clin North Am 6: 625-633, 1995.
4. Koontz WW, Klein FA, Smith MJV: Surgery of the Ureter, In: Campbell's Urology. Edited by Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA. Philadelphia, WB Saunders Company, 1986, pp: 2580-2600.
5. Boyarsky S, Labay P, Teague N: Aperistaltic ureter in upper urinary tract infection - cause or effect? Urology 12: 134,1978.
6. Makker SP, Tucker AS, Izont RJ Jr, Heymann W: Non-obstructive hydronephrosis and hydroureter associated with peritonitis. N Engl J Med 287: 535, 1972.
7. Nasu K, Narakara H, Hayata T, Miyakawa I, Takahashi S, Fukunaga Y, Nomura Y: Gynecol Obstet Invest 40: 215-216, 1995.
8. Yajima M, Hoshino T, Iwasaki A, Hirokawa M, Matsushita K, Asakura S: A case of inverted papilloma of the ureter with malignant findings. Hinyokika Kyo 33: 1427-1431, 1987. (abstract)
9. Awan SR, Corbally MT, Guiney EJ: Ureteric cyst: an unusual abdominal mass. Eur J Pediatr Surg 3: 248-249, 1993.
10. Uğraş S, Odabaş Ö, Aydın S, Yılmaz Y: Fibroepithelial polyp of the ureter with an adjacent ureteral calculus. Int Urol Nephrol, 29:543-549,1997.
11. Yamamoto S, Onishi H, Habuchi T, Nonomura M, Nishimura K, Nishio Y, Okada Y, Okada K, Yoshida O: A case of paraureteral neurilemmoma causing ureteral obstruction: report of a case. Hinyokika Kyo 34: 502-507, 1988.(abstract)
12. Varela Duran J, Urdiales Viedma M, Taboada Blanco F, Cuevas C: Neurofibroma of the ureter. J Urol 138: 1425-1426, 1987.