

# Dev Üreter Taşı: Olgu Bildirisi

Halil Arslan\*, Eyüp Şişman\*, Özkan Ünal\*, Mustafa Harman\*

**Özet:** Üreter taşları genellikle küçük ve böbrek kaynaklı olurlar. Primer taşları ise genellikle üreterosel, neoplasm, ektopik üreter, striktür gibi bir anomali ile birliktedir ve büyük boyutlara ulaşabilir. 5 cm'den daha büyük olması durumunda dev üreter taşından bahsedilmektedir. Bu yazıda ultrasonografi, direkt üriner sistem grafisi ve ekskretuar ürografi ile değerlendirilen, altta primer başka bir patolojisi olmayan 6 cm büyüklüğünde dev üreter taşı olgusu ve ilgili literatür tartışılmıştır. Sonuç olarak olgumuzda olduğu gibi dev üreter taşları altta primer başka bir patoloji olmaksızın, tam obstrüksiyona ve belirgin klinik semptomla yol açmadan dev boyutlara ulaşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Dev üreter taşı, üreter, ürolitiasis.

Üriner sistemde renal, üreterik, mesane ve üretra gibi değişik anatomik lokalizasyonlarda taş görülebilir. Üreter taşları genellikle küçük ve böbrek kaynaklı olurlar. Üreterin en dar yeri, mesaneye girdiği kısımda olup üreter taşları en sık bu lokalizasyonda görülür. 5 cm 'den daha büyük olması durumunda dev üreter taşından bahsedilmektedir (1,2). Bu yazıda 6 cm büyüklüğünde parsiyel obstrüksiyona yol açan dev distal üreter taşı olgusu ve bu olgu nedeniyle üreter taşları radyolojisi tartışılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Sol yan ağrısı ve idrar yaparken yanma şikayetleriyle hastanemize başvuran 40 yaşındaki erkek hastanın çekilen direkt üriner sistem (DÜS) grafisinde kemik pelvis içerisinde sağda yaklaşık 6 cm büyüklüğünde radyoopasite (Resim-1) saptanması üzerine yapılan abdominal ultrasonografi ve ekskretuar ürografide (EÜ) kemik pelvis içerisindeki opasitenin sağ distal üreter trasesine uyduğu, lezyonun proksimalinde üreterin ve sağ pelvikalisyel sistemin genişlediği ve dilatasyonun grade 3 hidronefroza uyumlu olduğu görüldü (Resim-2 ). Taşın dev boyutlarda olmasına rağmen obstrüksiyonun parsiyel olduğu, böbrek fonksiyonlarının devam ettiği gözlemlendi.

## Tartışma

Üriner sistem taşlarında radyoloğun görevi taşın lokalizasyonunu ve taşa bağlı obstrüksiyon derecesini ortaya koymaktır. Üreter trasesine uyan lokalizasyonda opasitelerde zaman zaman tanıda güçlük yaşanabilir. DÜS grafisinde üreter trasesine uyan lokalizasyonda opasite bulunması, oblik grafilerde, inspirasyon-

expirasyon grafilerinde opasitenin üreterle yakın ilişkisinin devam ediyor olması ve EÜ' de kontrast maddenin üreter boyunca aşağı inmesinde gecikme ve opasitenin kontrast madde içinde kalması üreter taşının röntgen bulgularıdır. Ayrıca böbrek fonksiyonlarını, obstrüksiyonun derecesini, olayın akut veya kronik olup olmadığını değerlendirebilmek için de EÜ gereklidir (3,4).



*Resim 1: Direkt üriner sistem grafisinde kemik pelvis içerisinde sağda yaklaşık 6 cm büyüklüğünde uzun aksı üreter aksına paralel olan radyoopasite.*

\*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Radyoloji AD, Van

**Yazışma adresi:** Dr. Halil ARSLAN

Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Radyoloji AD, VAN



Resim 2: Ekskretuar ürografide radyoopasitenin proksimalinde sağ üreter dilatasyonu ve pelvikaliektazi izlenmektedir.

Üreter taşları akut obstrüksiyonun en sık nedenidir. Herhangi bir şekilde ani olarak üreter trasesinde yerleşen bir taş genellikle tam tıkanmaya ve akut obstrüksiyon bulgularına yol açar. Bununla beraber pasaj geçişi, gecikme olmakla birlikte devam edebilir ve kronik obstrüksiyon bulguları ortaya çıkar. Akut obstrüksiyonun en önemli ürografi bulgusu olan nefrogram fazının uzaması, kronik obstrüksiyonlarda görülmez. Toplayıcı sistem genişlemesi karakteristiktir. Renal parankim kalınlığında azalma, negatif piyelogram da kronik obstrüksiyonlarda görülür (5). Bizim olgumuzda da dev üreter taşına rağmen tam obstrüksiyon olmamış ve kronik obstrüksiyonun EÜ bulguları ortaya çıkmıştır.

Üreterin primer taşları çok nadir olup genelde böbrek taşlarına sekonderdir. Bunun nedeni üreterin düz mukozal örtüsünün idrarla devamlı yıkanmasıdır. Primer taşlar üreterosel, neoplazm, kör uçlu üreter, ektopik üreter, sakkülasyonlar, striktür gibi bir anomali ile birliktedir. Prostat hipertrofisi, doğumsal

defektler, tümörler, fonksiyonel bozukluklar ve gebelik enfeksiyona yol açarak taş oluşumuna neden olurlar(1,6,7). Bizim olgumuzda taşın neden olabilecek primer patoloji saptanmamıştır.

Üreterde görülen taşların büyüklüğü sıklıkla 0.3-1 cm arasındadır. Ancak anatomik darlıklar, striktür ve predispozan diğer faktörler nedeniyle üreter trasesinde yerleşen küçük bir taşın tam obstrüksiyon yapmaksızın zaman içerisinde büyümesi mümkündür. Uzun eksenleri üretere paralel olacak şekilde yerleşirler. Büyük taşlar asemptomatik olmaya eğilimlidir. Fakat enfeksiyonu kolaylaştırır ve hematüriye neden olurlar (1,5,6,7). Bizim olgumuzda da dev boyutlara ulaşan taşın rağmen sağ tarafta klinik semptom yoktu.

Literatürde az sayıda dev üreter taşı bildirilmiştir. Bunların çoğunda da tam obstrüksiyondan bahsedilmekte ve altta üreterosel, bifid üreter gibi primer patoloji bulunmaktadır (8,9). Sunulan olgumuzda distal üreterde 6 cm büyüklüğünde taş saptanmasına rağmen tümör ya da üreterosel gibi başka bir patoloji gözlenmedi. Sonuç olarak olgumuzda olduğu gibi üreter taşları literatürde bahsedilen genel bilgilerden farklı olarak altta başka bir primer patoloji olmadan, tam obstrüksiyona yol açmadan ve belirgin klinik bulgu vermeden dev boyutlara ulaşabilmektedir.

## A Giant Ureteral Stone: Case Report

**Abstract:** Ureteral stones are generally small and arise from the kidney. However, primary ureteral stones usually accompany some other abnormalities such as ureterosel, neoplasm, ectopic ureter or stricture and may reach to big sizes. The term 'giant' has been used for ureteral stones that are more than 5 cms in diameter, and is rarely seen. In this paper, a case with a giant ureteral stone causing partial obstruction without prominent clinical symptom and primary ureteral pathology was reported and the sonographic, excretory urographic findings together with the related literatures were discussed. As a result, it should be taken into consideration that ureteral stones may reach to giant size without causing total obstruction, with no prominent clinical symptom and primary ureteral pathology.

**Key words:** Giant ureteral stone, Ureter, Urolithiasis.

### Kaynaklar

1. Korkud G, Karabay K. Üroloji. 3. Baskı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. İstanbul; 331-337 1985.
2. Pereira AJG, Catalina AJ, Gallego SJA et al. Multiple giant ureteral lithiasis. Arch Esp Urol 49:984-986, 1996.
3. Talner LB. Limitation of sonography in screening for obstruction. In: Thomsen HS.

- Uroradiology. Copenhagen: FADL Publishers; 61-65, 1990.
4. Aslaksen A, Gathlin JH. Ultrasonic diagnosis of ureteral calculi in patient with acute flank pain. *Euro Radiol* 11:87-90, 1990.
  5. Tuncel E: Klinik Radyoloji. 1. Baskı, Güneş Nobel, Bursa, 398-402, 1994.
  6. Ödev K. Üriner sistem radyolojisi. Atlas Tıp Kitabevi. Konya, 1352-372, 1992.
  7. Banner MP. Urolithiasis and nephrocalcinosis. In: Textbook of diagnostic imaging. Edited by Putman CE and Ravin CE. Volume 2. Philadelphia, Saunders Company, 1152-1166, 1994.
  8. Golomb J, Korczak D, Lindner A. Giant obstructing calculus in the distal ureter secondary to obstruction by a ureterocele. *Urol Radiol* 168-170, 1987.
  9. Hemal AK, Sharma DK, Sood R, Wadhwa SN. Giant staghorn ureteral calculus. *Urol Int* 54:177-178, 1995.