

PYELO - KALİSEAL DİVERTİKÜLLER

Orhan Göğüş*

Ahmet N. Kiper**

Erol Güntekin***

Pyelokaliseal divertiküller, böbrek parankimi, içersine doğru uzanan, kalıs veya pelvis ile ince bir kanal vasıtası ile iştiraki olan, yukarı üriner sistemin evant-rasyonur.dan ibaret muhtelif çaptaki keseciklerdir. Düzgün kenarlı, içerisi transis-yonel epitelle döşenmiş ve bazen dışında müskülaris tabakası ihtiva eden saküller-dir (1,5). Nadiren yassı veya kübik epitel metaplazi sine rastlanır (8). Bu taba-kalar idrar seresyonu yapmaz, fakat ilişkili olduğu kalıs veya pelvisdeki idrarla pasif olarak dolar. Bunların çoğu 1 cm den küçük çapta olup, tesadüfen intravenöz pyelografiler sırasında ortaya çıkar. Genellikle asemptomatiktir, ve herhangi bir tedavi gerekmez. Daha büyük divertiküller komplikasyonlara neden olduğundan semptom verir ve tedaviyi gerektirebilir.

Bu divertiküllere, perikaliseal kist, kalıs divertikülü, kalıs kisti, konjenital hidrokalikozis gibi isimler verilmişse de, son zamanlarda Pyelokaliseal divertikül terimi daha tutunmuştur (4,5,6,8).

İki tip dvertikül tarif edilmiştir :

Tip I : En çok görüleni olup, minör kalıs ile çok yakın bir ilişkisi vardır ve ekseriya kalıs boşluğu içersinde lokalizedir. Çoğunlukla üst polde, bazen alt polde bulunur (5). Genellikle 1 mm.den birkaç santimetreye varan hacimlerde olup, daha da büyük hacimlere erişebilir. Asemptomatik divertiküller bu guruba aittir (Şekil - 1).

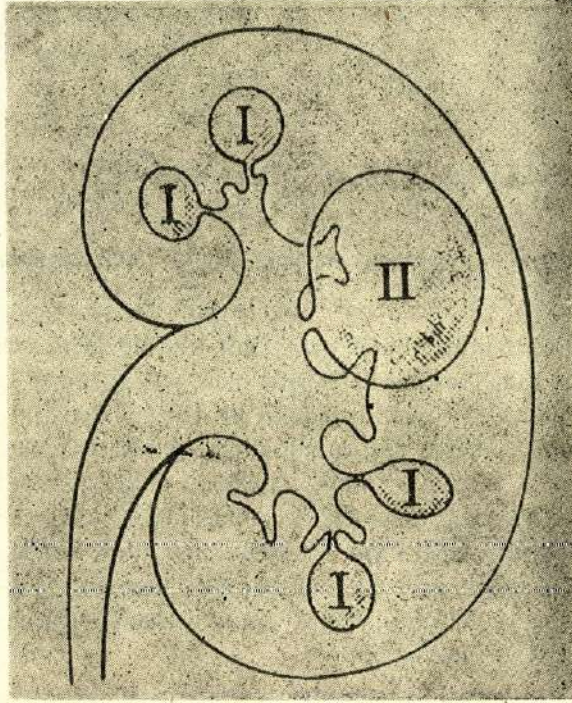
Tip II : Böbrek pelvisi veya yakın majör kalıs ile direkt iştiraktedir. Büyü-me ve semptom vermeye meyillidir. böbreğin orta kısmında bulunur (Şekil - 1).

Pyelokaliseal divertiküle, 1000 İ.V. Pyelografinin % 2.1 - 4.5 unda rastlan-makla beraber, çoğunlukla küçük olduğu için farkedilmez (4,5). Çocuklardaki ora-nı % 3.3 dür. Her iki seks ve tarafta görülme sıklığı eşittir. Bu vakaların ancak % 3 ü bilateraldir (5).

* Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

** Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı Öğretim Uzman Asistanı

*** Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı Öğretim Araştırma Görevlisi



Şekil - 1 : (I. ve II. Tip Kaliseal Divertiküller)

Ülkemizde bu vakalara genellikle önem verilmediği, büyük divertiküllerin basit bir operasyonla düzeltilmesinden sonra çok iyi sonuçlar alındığı, gereksiz ve tehlikeli operasyonlara başvurma nın lüzumsuz olduğunu vurgulamak bakımından bilhassa üzerinde durulması gerektiğine inanarak, vakalarımız nedeniyle literatürü gözden geçirmeyi uygun bulduk.

MATERYEL VE METOD

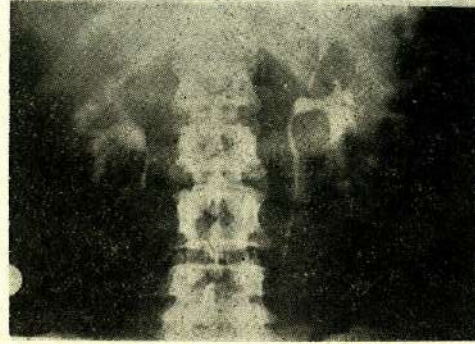
Materyalimiz Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim dalında ameliyat ettiğimiz iki Pyelokaliseal divertikülden ibarettir. Bunlardan birisi kadın, diğeri erkek olup, ikincis bilateraldir.

VAKA I : H.Ş. adlı (prt. 71/1975) 40 yaşında kadın hasta kliniğe belinin sol tarafında 1 senedir devam eden künt ve devamlı ağrılar, zaman zaman ateş yükselmesi ve 3 gün süren total hematüri nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede, palpasyonla sol lomber bölgedeki hassasiyetin dışında başka patoloji saptanmadı. İdrar tetkikinde 8 - 10 lökosit, albumin - bulundu. Hastanın yapılan İ.V.P. lerinde sol böbrekte kaliseal divertikül tespit edilerek, operasyona alındı.

VAKA II : Ö.Ş. adlı (prt. 5/1983) 28 yaşında erkek hasta. Hasta kliniğe 4 yıldan beri belinin sağ tarafında daha fazla olmak üzere her iki tarafındaki künt vasıflı ağrılar ve idrarının zaman zaman bulanık gelmesi yakınmaları ile başvurdu. Hasta 2 yıl önce üriner tüberküloz tanısı konularak 9 ay antitüberküloz tedavi gördüğünü fakat şikayetlerinde bir değişiklik olmadığını belirtti. Fizik muayene ve idrar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastanın yapılan İ.V.P. lerinde sağ böbrekte üst kalise, solda orta kalise drene olan divertiküller tesbit edilerek, sağ böbrekteki kaliseal divertiküle müdahale edilmek üzere operasyona alındı.



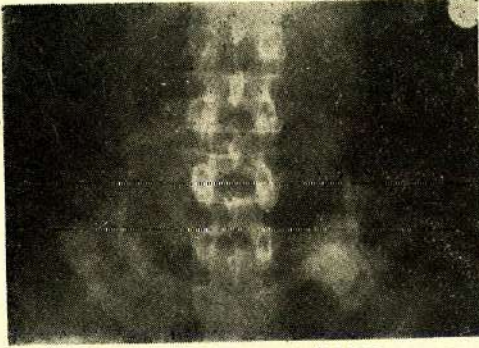
Resim - 1 : Preoperatif İ.V.P.



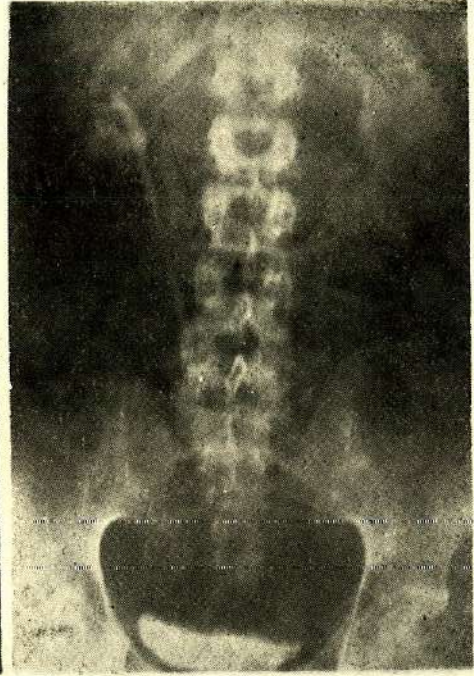
Resim - 2 : Postoperatif İ.V.P.

TARTIŞMA

Hastalığın etyolojisi tam olarak belirli değildir. Ekseriya konjenitaldir (1,4, 8). Akkiz olarak meydana gelebileceğine inanılanlar vardır (8). Divertikül genellikle akut infeksiyon ataklarından sonra ortaya çıkar ve bir böbrek absesinin kalise drene olması intibamı doğurursa da bunu teyid edecek hiç bir bulguya rastlanmamıştır. Çocuk ve erişkinlerde eşit oranda görülmesi de, bunun konjenital orijinli olduğunu kanıtlayan en iyi belirtilerendir. Bununla beraber Amar, veziko-ureteral reflü'lü çocuklarda divertikül insidansının yüksek olduğunu bildirmişse de, bu-



Resim - 3 : Preoperatif I.V.P.

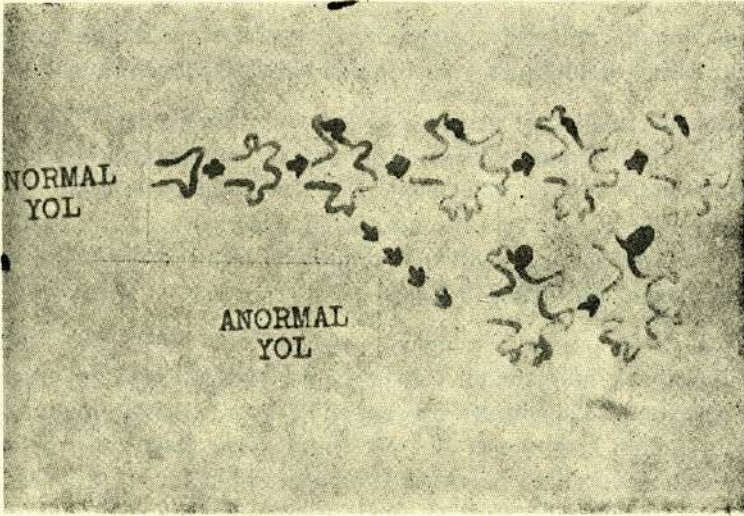


Resim - 4 : Postoperatif I.V.P.

nun mevcut olan küçük çaptaki divertiküllerin retrograd basınçla görülebilir hale gelmesinden dolayı olması muhtemeldir (2,8).

Embriyolojik olarak, üreter tomurcuğunun pelvis ve kalıs olacak şekilde dallanmaları önce üst ve alt polde başlar. Bu nedene kalıs divertikülü daha çok üst ve alt kutupta gelişir. Polar subdivizyon 4-5, interpoler subdivizyon 2-3 defa olursa toplam olarak en az 20 minör kalıs teşekkül eder. Bunların bir kısmı ileri devrelerde absorbe olarak normal sayıya iner. Eğer içlerinden bazıları absorbe olmaz ve bu arada kollektör tübülülere teşkil edecek şekilde dallanmaya devam etmez ise kalıs ile irtibatı olan, fakat içerisinde idrar sekresyonu olmayan kör bir kese teşekkül eder. Zamanla idrarın tazyiki ile genişleyip kalıs divertikülü şeklini alır (4,8). (Şekil - 2)

Teşhis, intravenöz pyelografide görülen karakteristik görünümü ile kolayca saptanırsa da, pelvis veya kalıs ile iştiraki sağlayan kanalı göstermek her vakada mümkün değildir. Zira kanal çok ince olabildiği veya akut infeksiyon ve enflamasyonlarla ödem sonucu geçici olarak kapanabildiği gibi, nadiren hiçte kanal olmayabilir. Büyük divertikül vakalarında, böbrekte belirgin şekil bozukluğu bu-



Şekil - 2 Divertikül Oluşumu

lunduğu kısımda parankimal atrofiye neden olduğundan, lokal fonksiyon kaybı görülebilir. Retrograd pyelografi ile de kanalın ince olduğu vakalarda tam doldurma olmayabilir. Bu nedenle dolmasını bekliyerek alınan geç filmler daha değerli bilgiler verir. Bizim her iki vakamızda da alınan geç filmler de, retrograd pyelografiye nazaran kalıs divertikülü daha iyi doldurulmuş ve belirli hale getirmiştir. Birinci vakada kalıs divertikülü sol böbrek orta kalisinde idi ve kanalı belirsizdi. İkinci vakada ise sağda üst kalise, solda orta kalise drene olan yaklaşık 4-5 cm çaplarında bilateral divertikül vardı. Sağdakinin kanalı belirgin ve oldukça ince olmasına karşın, soldakinin kanalı tam olarak belirmyordu.

Bu vakaarda bazen gerçek kalsiyum ihtiva eden taş, bazen de süt taşı teşekkülü nedeniyle direkt grafide hafif veya kesif dansiteli taşların görülmesiyle teşhis konulabilir (8).

Birinci tip divertiküller, kalıs taşı veya infeksiyon sonucu oluşan Hydrocalix' den ayrılmalıdır. 1950 de Moore, hydrocalicosis ve divertiküllerin aynı patolojik antite olduğunu belirtmişse de, sonraki araştırmacılar divertikülün tamamen ayrı bir antite olduğunu tesbit etmişlerdir (3,5,8). Hydrocalix, kalisinin normal yerinde görülmesine karşın, divertikül kortiko-meduller sahada tesbit edilir. Hydrocalix de infundibulum uzun olup, pyelokaliseal divertikülde ise genellikle kısadır.

Hastalık tüberküloz kavitesi, papiller nekroz ve tümör nekrozundan ayırd edilmelidir. Tek kalisi tutan lokalize meduller sünger böbrekten ayırımı mümkün

değilse de, bunda retrograd pyelografinin kistin içerisini dolduramaması, divertikülde ise nadiren doldurması ayırıcı tanıda bazen yardımcı olabilir (8).

Büyük divertikül kitle meydana getirip, böbrekte yer işgal eden hastalık bulguları verir (8). Sonografi, Aksiyel tomografi ile bunun duvarının basit kist cidarından daha kalın olduğu tesbit edilir (8). Komplikasyonları; bel ağrısı, infeksiyon, % 0,5-39 oranında taş oluşumu, kanalın infeksiyon sonucu tıkanması, apse teşekkülü, nadiren spontan rüptür, hipertansiyon ise de, çoğunluğu asemptomatiktir ve arızı olarak tesbit edilir (3,4,5,8).

Küçük ve orta çaptaki, semptom veren divertikülleri konservatif cerrahi ile kolayca düzeltmek mümkündür. Üst veya alt kutupta bulunan divertiküllerde, parsiyel nefrektomi, kuneiform eksizyon, enüleksyon, içersini örten mukozanın disseke edilip deliğin kapatılması gibi yöntemler kullanılmış isede, etraf parankime ziyarı ve kanamaya neden olması bakımından tehlikelidir (3,4,5,6,8). Bu operasyon tipleri terkedilmiş, 1969 da Williams'ın bildirdiği divertikülün dışı bütan yüzünün rezeksiyonundan sonra, kenarlarının sütüre edilmesinden ibaret olan DE-ROOFİNG operasyonu adı verilen teknik kullanılmaktadır (7,8). Toplayıcı sistemle iştiraki sağlıyan kanal bulunabilirse koterize veya sütüre edilmelidir. Bulunmaz ise, divertikül boşluğuna yağ dokusu doldurulmalıdır. Yağ veya omentum doldurulmasada, hiç bir idrar sızıntısı olmamakta ve herhangi bir komplikasyona sebep olmamaktadır. Pelvise metilen mavisi verilerek deliğin görülmesine gayret etmek mümkün olmakla birlikte, bunun hiç gerekli olmadığı, hatta böbreği tam olarak lükse etmeye dahi ihtiyaç olmadığı tecrübelerden anlaşılmıştır (7,8). Geriye kalan epitel idrar sekresyonu yapmadığından olduğu gibi intakt olarak bırakılabilir.

Biz de

— Ağrı

— Sık enfeksiyon ve pyelonefrit atakları

— Takiplerde büyümeye meyil

— Çapı 2 cm den büyük

— Büyüme sonuncu böbreğe yaptığı kompresyonla doku kaybına sebep olan

— Hipertansiyon gösteren vakalarda, operasyon yapmayı uygun buluyoruz. Bu nedenle iki vakamız da da, yukarıda belirtilen basit operasyonu tatbik ettik, ve her ikisinde de çok iyi sonuçlar aldık. İkinci vakamızın sol tarafına ise, 3 aylık bir aradan sonra müdahale edilecektir.

ÖZET

Ender teşhis edilen, enfeksiyon, ağrı ve böbrekte parankim kaybına neden olan iki pyelokaliseal divertikül vakası nedeniyle literatür gözden geçirildi. Pyelokaliseal divertiküllerin oluşumu üzerindeki son görüşler belirtildi. Bu vakaların teşhisi ve karıştığı çeşitli hastalıklarla ayırıcı tanısı üzerinde duruldu. Şimdiye kadar uygulanan değişik ve güç operasyon tekniklerinin tatbikine gerek olmadığı fizyopatolojik prensiplere göre izah edildi. Williams'ın tarif ettiği ve bizim de vakalarımız da uyguladığımız DEROOFİNG adlı, basit operasyon tekniğinin çok yeterli olduğu belirtildi ve tavsiye edildi.

SUMMARY**Pyelocaliceal Diverticula**

Literature was reviewed for two pyelocaliceal diverticula that can rarely be diagnosed and manifest themselves with infection, pain and loss of kidney paranchy-ma. The recent views on the formation of pyelocaliceal diverticula were presented. Diagnosis of the cases and differantial diagnosis from other diseases were discussed. The application of some very complex and diverse operation techniques were found unnecessary according to histopathologic principles. The operation we used, the deroofting technique that Williams has defined was found sufficient and was recommended strongly.

KAYNAKLAR

- 1 - Abeshouse BS and Abeshouse GA : Calyceal diveticulum. A report of sixteen cases and review of the literature. Urol. Int., 15 : 320, 1963
- 2 - Amar AD : The clinical significance of renal caliceal diverticulum in children. Relation to vesicoureteral reflux. J. Urol., 113 : 255, 1975
- 3 - Mathieson AJM : Calyceal diverticulum. A case with a discussion and review of the condition. Brit. J. Urol- 25 : 147, 1953
- 4 - Middleton AW and Pfister RC : Stone contining pyelocalyceal diverticulum. Embryogenic, anatomic, radyologic and clinical charecteristics. J. Urol., 112 : 2, 1974

- 5 - Timmons JW, Maler RS, Hattery RR, De Weerd JH : Calyceal diverticulum. *J. Urol.*, 114 : 6, 1975
- 6 - Wahlawist L : Cystic disorders of the kidney. Review of pathogenesis and classification. *J. Urol.*, 97 : 1, 1967
- 7 - Williams G, Blandy JP and Tresidder GC : Communicating cysts and diverticula of the renal pelvis. *Brit. J. Urol.* 41 : 163, 1969
- 8 - Wulfsohn MA : Pyelocalyceal diverticula. *J. Urol.* 123 : 1, 1980