

Yard. Doç. Dr. Atilla ŞENAYLI*
Yard. Doç. Dr. Berat ACU**
Yard. Doç. Dr. Yeşim ŞENAYLI***
Araş. Gör. Dr. Ülkü BEKAR**

İletişim (Correspondance)

Atilla ŞENAYLI
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Araştırma ve Uygulama Hastanesi
60100, TOKAT

Tel: +356 2129500

e-mail: cocukcer@gop.edu.tr

* Çocuk Cerrahisi AD, GOÜ

** Radyoloji AD, GOÜ

*** Anesteziyoloji ve
Reanimasyon AD, GOÜ

ARAŞTIRMA

ENFEKTE URAKAL SİNÜS; OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DEĞERLENMESİ

ÖZET

Urakal artıklar, allantois ile kloakanın tamamlanmamış regresyonlarının sonucu olarak oluşurlar. Oldukça seyrek rastlanılan hastalıklardır ve yenidoğan döneminde görülme sıklığı 2/300.000 olduğu bildirilmiştir. Urakal anomaliler genellikle 4 anatomik sınıfta incelenir: Doğumsal patent urakus, urakal kist, urakal sinüs ve urakal divertikül. Urakal sinüs, küçük urakal kistlerin bir yansımasıdır ve karın ön duvarına eksternal urakal sinüs olarak veya mesane içine alternatif sinüs olarak açılırlar. Yazımızda, kliniğimize başvuran ve bir dizi değerlendirmeler sonucunda urakal sinüs teşhisi konan 2 aylık hastanın sunulması ve literatür ile beraber değerlendirilmesi için bu sunum hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Omfalomesenterik kanal; Urakal artık; yenidoğan

RESEARCH

INFECTED URACHAL SINUS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

SUMMARY

Urachal remnants develop as a consequence of the incomplete regression of the cloaca and allantois. It is a very rare disease and it is reported that incidence at newborn period is 2/300.000. Urachal anomalies are usually divided into four anatomic classes: Congenital patent urachus, urachal cyst, urachal sinus and urachal diverticula. Urachal sinus is a kind of reflection of small urachal cysts and external urachal sinus is formed after abdominal wall drainage or alternative sinus is formed if the drainage is through the urinary bladder. Within the literature evaluations, we aimed to report a case at 2-month-old hospitalized in our clinics and diagnosed as urachal sinus after a serial evaluation.

Key words: Omphalomesenteric ductus; Urachal remnant; Newborn

GİRİŞ

Urakus, mesane tavanı oluşumunun ilk dönemlerinde ortaya çıkan ve vücudun normal yapılanması içinde olan bir embriyonik artıktır¹. Genellikle mesanenin tavanından göbeğe doğru uzanan fibröz bir bant şeklinde kalır¹. Urakal artıklar ise, allantois ile kloakanın tamamlanmamış regresyonlarının sonucu olarak oluşurlar². Urakal anomalilerin sıklığı azdır². İki yüz bin hastane başvurusunda 3 ile 3/1,168,760 sıklıkları arasında olduğu şeklinde raporların olduğu bildirilmiştir³. Yenidoğan döneminde ise görülme sıklığının 2/300.000 olgudan daha az olduğu bildirilmiştir³. Urakal artıkların genel özelliği göbekte bulunan bağlantıdır⁴. Oldukça seyrek olmasına rağmen bu hastalıklar ani ve hayatı tehdit edecek şekilde kendini gösterebilirler ve malign değişiklikler gösterebilirler².

Cilento ve ark., urakal artıklar arasında en çok urakal sinüs'ün (%49) görüldüğünü bildirmiştir⁵. Urakal sinüs, küçük urakal kistlerin bir yansıması olarak görülür⁴. Karın ön duvarına eksternal urakal sinüs olarak veya mesane içine alternatif sinüs olarak açılır⁴. Teşhiste umbilikal granulom, omfalomesenterik artık veya omfalit ayırıcı tanı amacı ile akılda tutulmalıdır⁵. Bulgular arasında yaygın ağrı, ateş, göbekte ağrı, göbekte kırmızılık veya göbekten akıntı olabilmektedir⁵.

Benzer bulgular nedeni ile kliniğimizde görülen ve umbilikal sinüs enfeksiyonu teşhisi sonrasında ameliyat edilen hasta nedeni ile literatür derlemesi yapılmıştır.

VAKA SUNUMU

Göbekte, fazla miktarda akıntı olması nedeni ile polikliniğimize getirilen 2 aylık kız hasta, akıntı sebebinin araştırılması için Çocuk Cerrahisi servisine yatırıldı. Doğumda bir belirtisi olmayan hastanın, 1 aylıktan sonra ilk önce göbekte altı karın bölgesinde oluşan şişkinlik ve sonrasında belirgin miktarda yoğun ve iltihap içerikli ve kötü kokulu akıntısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesi normal olan hastanın akıntı yerinden kateter ile ilerlenebildiği gözlemlendi. Bunun üzerine sinografik değerlendirme yapıldı ancak doku hacminin az olması ve hastanın ıkınma refleksleri nedeni ile optimum görüntü elde edilemedi. Ultrasonografik değerlendirilmesinde orta hat uzanan ve urakal artık ile uyumlu olduğu düşünülecek görünüm elde edildi. Antibiyotik tedavisinin başlanan hasta, 2 gün sonrasında ameliyat edildi. Ameliyat sırasında doku

bütünü ile eksize edildi (Şekil 1). Ameliyat sonrasındaki 2.gününde şikayeti olmayan hastanın taburcu olmasına ve kontrol muayenelerine karar verildi. Çıkarılan dokunun patolojik değerlendirilmesi urakal artık ile uyumlu doku olarak tespit edildi. Bir ay sonraki kontrol muayenesi normal olarak değerlendirildi.

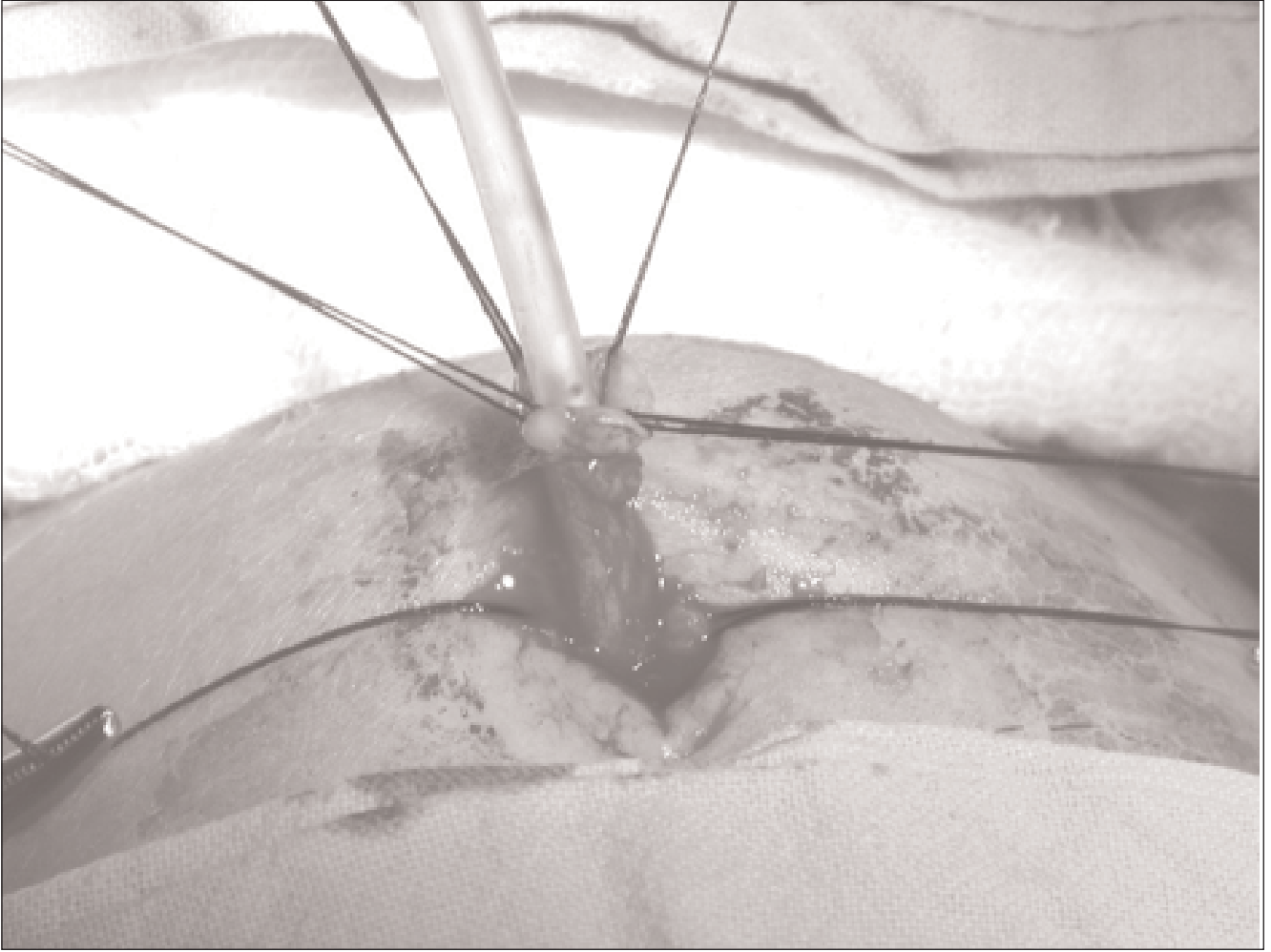
TARTIŞMA

Allantois, yol kesesinden çıkıntı yapan parmaklı bir oluşumdur². Bir ucu ventral kloaka ile devamlılık gösteriyorken diğer ucu göbeğe bağlıdır. Fetusun ilerleyen günlerinde ürogenital septum ile bölünen kloakanın ön kısmı mesaneye dönüşür ve allantoisin bağlantısı mesane ile göbekte arasında uzanır duruma gelir. Bu uzanım, normalde, fötüsün büyümesi ve mesanenin aşağıya doğru yer değiştirmesi ile kapanır². Bu tanımlamada tartışılan nokta urakusun ventral kloakadan yada allantoisten oluşup oluşmadığıdır². Bununla beraber tanımlanamayan bir diğer durum urakal anomalilerin etyolojileridir⁵.

Urakal anomaliler genellikle 4 anatomik sınıfta incelenir². Doğumsal patent urakus; göbekte mesaneyi birbirine bağlar. Urakal kist; süt çocukluğundan erişkinliğe kadar herhangi bir dönemde bulunabilir ve mesane ile göbekte uçlarının kapanması sonucunda oluşur². Urakal sinüs; ortaya çıkışında gecikme olabilir ve temiz görüntülü akıntı veya enfeksiyon ile kendini gösterebilir². Urakal divertikül; mesanenin tavanında yerleşir ve genellikle bulgu vermez ve başka hastalıklar araştırılırken tesadüfen bulunur².

Klinikte bu sınıflandırma 3 bölümde basitleştirilebilir. İlk ve en sık görülen bulgu göbekte çevresi iltihaplanmasıdır². Bu durum daha çok enfekte urakal kistlerle görülür. İkinci olarak en sık göbekte drenajı görülür ve daha çok urakal sinüs, patent urakus ile alakalıdır. Üçüncü olarak, sistoskopi sırasında tesadüfen bulunan bulgusuz urakal divertikül veya ultrason görüntülemesi sırasında bulunan bulgusuz urakal kisttir².

Urakal sinüsün, genellikle göbeğe açılan küçük bir ağzı vardır ve düzenli aralıklarla akıntı oluşmasına sebep olabilir⁶. Ultrason incelemesinde göbekte altında kalınlaşmış tübüler bir yapı ile karşılaşılabılır. Bu durum sinografi ile de gösterilebilir⁶. McCollum ve ark. takip ettikleri hastalarda öykü, fizik inceleme ve ultrason değerlendirmesinin yeterli olduğu rapor edilmiştir². Hastamıza yapılan sinografik incelemede, sinüsün



Şekil 1: Urakal sinüsün tübüler yapısının ameliyatın sonunda kateter yardımı ile gösterilmesi

kısa olması ve hastanın ıkınma refleksi nedeni ile uygun dolum ve görüntüleme sağlanamamıştır ancak ultrason ile urakus varlığı görülmüştür. Buna rağmen, bazı hastalarda tanının konulması zor olabilmektedir ve göbek granulomu, omfalomesenterik artık veya omfalitten ayırıcı tanının yapılması gerekmektedir.

Bulgular, yaygın ağrı veya bölgesel ağrı, ateş, göbek etrafı kızarıklık veya akıntı şeklinde olabilir^{2,5}. Akıntı mesaneye olursa idrar yolu enfeksiyonu olarak kendini gösterecektir⁵. Enfeksiyon lenfatik, kan veya mesane yoluyla yayılabilir⁶. Enfekte urakal artıklarından geniş spektrumda gram-pozitif ve gram-negatif mikroorganizmalar üretilmektedir⁶. Urakal hastalıklar sonrasında ileusun geliştiği olgular rapor edilmiştir⁷.

Urakusun periton içinde yerleşim göstermesi sonucunda barsak lümeninin tıkanması ve sonuçta strangulasyonla karşılaşma ihtimalinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır⁷. Ayrıca, urakal anomaliler genitoüriner hastalıklarla beraber görülebilmektedir⁵. Bu hastalıklar arasında hipospadias, çapraz renal ektopi gibi hastalıklar bulunmaktadır⁵.

Benign urakal neoplazma ile de karşılaşılabilir. Bunların arasında adenom, fibrom, fibroadenom, fibromyom ve hamartomlar bulunabilmektedir⁶. Çok nadir olarak gözlenebilseler de malign hastalıklarla karışabileceği için önemli olabilecektir⁶. Urakal artıkların adenokarsinomaları oldukça nadirdir ve tüm malignitelerin %0.01'den azını oluşturur⁵.

Enfekte urakal kist veya sinüs olan hastalarda eksizyon geciktirilerek öncelikle insizyon yapıp drenaj denenebilir⁴. Son zamanlarda ise, iyileştirici antibiyotik tedavisi sonrasında enfekte kist veya sinüsün eksizyonu önerilmektedir⁴.

Urakal sinüsün iç duvarını modifiye transisyonel epitel oluşturur⁴. Urakus, kassı bir tüp olarak görülebilirse 3 belirgin tabakanın varlığı tespit edilebilir: küboid epitelyal kanal (iç tabaka olarak), transisyonel epitelyum(submukozal bağlayıcı doku olarak) ve düz kas(dış tabaka olarak) tespit edilir⁷. Kalınlığı nerede ise mesane kadar olabilir. Enfekte kistlerde iç duvarı döşeyen epitelyal tabakanın kısmen veya tamamen kaybolduğu görülür.

SONUÇ

L iteratür kıyaslaması sonucunda hastanemizde uygulanan urakal sinüs tetkik ve tedavilerinin standartlara uygun olduğu gözlenmiştir. Benzer hastalarla karşılaşılması durumunda uygun antibiyotik tedavisi yapılırken, sinografik, ultrasonografik değerlendirmeler teşhisin kesinleştirilmesi için yapılmalıdır. Eksizyon kesin çözüm olarak görülmektedir ve malignite gelişme ihtimalinin az olmasına rağmen patolojik incelemenin yapılması gerekliliği anlaşılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Luo CC, Huang CS, Chu WCWSM, Chao HC. An unusual presentation of an infected urachal cyst: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 268–269.
2. McCollum MO, MacNeily AE, Blair GK. Surgical Implications of Urachal Remnants: Presentation and Management. *J Pediatr Surg* 2003; 38: 798-803.
3. Özdemir H, Cihangiroğlu M, Yıldırım H, Akfırat M. Erişkinde mesane tümörünü taklit eden urakus apsesi. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 2002; 8: 250-252.
4. Park WH, Choi SO. An Unusual Urachal Sinus With External Opening in the Midline Suprapubic Area. *J Pediatr Surg* 2003; 38: E22.
5. Cıento BG Jr, Bauer SB, Retik AB, Peters CA, Atala A. Urachal Anomalies: Defining The Best Diagnostic Modality. *Urology* 1998; 52: 120–122.
6. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, Lee YJ, Yoon CS, Kim MJ. Urachal Remnant Diseases: Spectrum of CT and US Findings. *RadioGraphics* 2001; 21: 451–461.
7. Kubota K, Nomura S, Kawahara M, Kaminishi M. Familial Urachal Sinus Associated with a Possible Congenital Malformation: Report of a Case. *Surg Today* 2003; 33:237–239.