

İnkarsere umbilikal herniyi taklit eden enfekte urakal kist: Olgu sunumu

Yasemin DERE GÜNAL, Mustafa Kemal ASLAN, Özlem BOYBEYİ, Tutku SOYER

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale

Özet

Urakal kistler infantlarda enderdir ve çoğu kez asemptomatik olup, enfekte olduklarında klinik bulguya neden olur. Ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi en iyi tanı yöntemleri olarak kullanılır. İnkarsere umbilikal herni ön tanısı ile gelen ve operasyonda enfekte urakal kist olduğu anlaşılan olgu, enfekte urakal kistlerin klinik özellikleri ve ayırıcı tanısı tartışılmak üzere sunuldu.

İki buçuk aylık erkek hasta, bir gündür olan huzursuzluk, ateş, göbekte şişlik ve göbek çevresinde kızarıklık yakınmalarıyla getirildi. Karın USG'si inkarsere umbilikal herni olarak raporlandı. Eksplozasyonda enfekte urakal kist olduğu görüldü ve total olarak eksize edildi. Postoperatif takibinde sorunu olmadı.

Enfekte urakal kistler inkarsere umbilikal herniyi benzer klinik tabloya neden olabilir. Umbilikal eritem, kızarıklık ve hassasiyetle başvuran infantlarda enfekte urakal kistlerin akıldan tutulması uygun tanı ve tedavi için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Urakal kist, enfeksiyon, infant, inkarsere umbilikal herni

Summary

Infected urachal cyst mimicking incarcerated umbilical hernia: A case report

Urachal cysts are rare in infants and usually asymptomatic. They may present with clinical manifestations when become infected. Ultrasonography (USG) and computed tomography are considered to be the best diagnostic procedures. A case of infected urachal cyst with a presumptive diagnosis of incarcerated umbilical hernia, is presented to evaluate the clinical findings and differential diagnosis of urachal cysts.

A 2.5 month-old male infant admitted to our department with complaints of irritability, fever, umbilical bulging and periumbilical erythema. US evaluation is reported as incarcerated umbilical hernia. During exploration an urachal cyst was found and total excision was performed. The postoperative course was uneventful.

Infected urachal cysts may cause clinical findings resembling those of incarcerated umbilical hernias. Infected urachal cysts should be kept in mind in infants presenting with umbilical hyperemia, erythema and tenderness, so as to establish accurate diagnosis and treatment.

Key words: Urachal cyst, infection, infant, incarcerated umbilical hernia

Giriş

Urakus, allantoisin embriyolojik bir kalıntısıdır. Normal fetal gelişim sırasında urakus, gestasyonun 4. ila 5. aylarında oblitere olarak mesaneden umbilikusa uzanan fibromüsküler bir bant haline dönüşür ve doğumda bu bant tamamen fibrozise uğrayarak kapanmış olur⁽²⁾. Bu kapanma tamamlanmadığı zaman patent urakus (% 50), urakal kist (% 30), umbilikal-urakal

sinüs (% 15), veziko-urakal divertikül (% 3-5) gibi doğumsal anomalilere ek olarak enfeksiyon ve neoplaziler gibi edinsel patolojilerle de ortaya çıkabilir⁽¹¹⁾.

Urakal kistler infantlarda enderdir ve çoğu kez asemptomatik olup, enfekte olmaları durumunda klinik bulguya neden olmaktadır. Ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) en iyi tanı araçları olarak rapor edilmiştir⁽¹¹⁾.

İnkarsere umbilikal herni ön tanısı ile sevk edilen ve operasyonda enfekte urakal kist olduğu anlaşılan olgu, enfekte urakal kistlerin klinik özellikleri ve ayırıcı tanısı tartışılmak üzere sunulmuştur.

* XXX.Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur. 17-20 Ekim 2012

Adres: Uzm. Dr. Yasemin Dere Günal, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 71100-Kırıkkale

Alındığı tarih: 22.10.2012

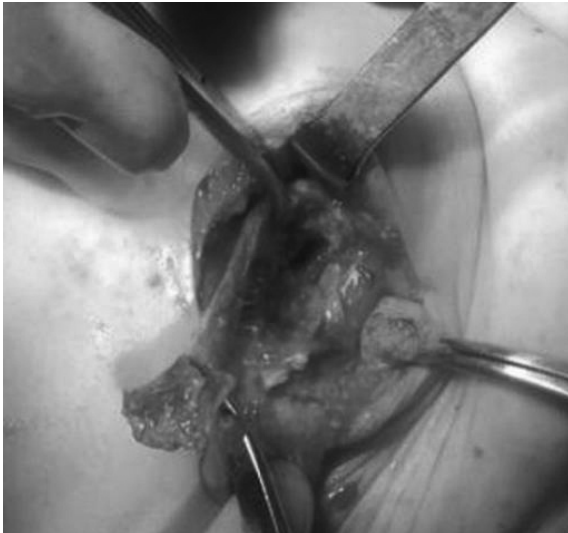
Kabul tarihi: 07.01.2013

Olgu

İki buçuk aylık erkek hasta, bir gündür olan huzursuzluk, ateş, emmede isteksizlik, göbekte şişlik ve göbek çevresinde kızarıklık yakınmalarıyla acil servisimize getirildi. Fizik bakıda karın normal bombelikteydi, göbekte redükte edilemeyen kitle ve göbek çevresinde kızarıklık mevcuttu (Resim 1). Palpasyonla umbilikal kitlenin hasas olduğu ve yerel ısı artışı olduğu tespit edildi. Göbekte akıntı izlenmedi. Öyküsünden de daha önce göbekte akıntı yakınması olmadığı ve idrar yolu infeksiyonu geçirmediği öğrenildi. Labora-



Resim 1. Göbekte redükte edilemeyen kitle ve göbek çevresi kızarıklık.



Resim 2. Enfekte urakus kistinin ameliyat sırasındaki görünüşü.

tuvar incelemelerinde lökosit $28.000/mm^3$, C-reaktif protein $77 mg/L$ idi. Ayakta direkt karın grafisinde özellik yoktu. Yapılan karın USG'de umblikustaki $13 mm$ 'lik defektten herniye olan intraabdominal yapılar görülüp, inkarsere umbilikal herni olarak değerlendirildi. Hastanın oral alımı kesilip intravenöz sıvı ve antibiyotik tedavisi başlandı. Preoperatif hazırlık sonrası yapılan acil eksplorasyonda umbilikal defektin olmadığı, kötü kokulu pürülan içeriğin drene olduğu görüldü. Göbek çevresi kesi, göbek altı orta hat kesiyile büyütülerek enfekte urakal kist görüldü (Resim 2). Kist drene edilip, mesaneye kadar takip edildi ve total olarak eksize edildi. Kist kültüründe *Staphylococcus aureus* üreyen hastanın antibiyogramına uygun şekilde tedavisine devam edildi. Histopatolojik değerlendirmede yaygın lökosit infiltrasyonu gösteren urakal kist izlendi. Acil şartlarda opere edilen hastaya preoperatif dönemde detaylı inceleme yapılamadığından, izlemde işeme sistüretografisi yapılmak üzere postoperatif 6. günde taburcu edildi.

Tartışma

Urakal kistlerin gerçek insidansı bilinmemesine rağmen, ender olduğu kabul edilir. Pediatrik otopsi serilerinin incelendiği bir çalışmada insidansı 1:5000, erkek/kız oranı 3:1 olarak bildirilmiştir (7). Urakal kistler genellikle asemptomatiktir ve enfekte olduklarında klinik belirti verirler. İnfeksiyon etkeni genellikle hematogen, lenfatik veya mesaneden doğrudan komşuluk yoluyla bulaşabilir. Enfekte urakal kistlerin kültürlerinde yaygın olarak *E.coli* ve *Proteus* ürer (3). Bizim olgumuzda *Staphylococcus aureus* üremiştir.

Urakal kistler komplike olduklarında çeşitli klinik semptomlarla başvurabilirler. En yaygın komplikasyonu infeksiyondur. Enfekte olduklarında alt kadranda karın ağrısı, ateş, idrar yolu infeksiyonu, orta hatta göbek altında ele gelen kitle, umbilikal akıntı ve sepsise yol açabilirler. Eğer tedavi edilmediği durumda mesaneye veya umblikusa drene olabilir. Ender olarak karın içine rüptüre olarak peritoneal irritasyon bulgularına neden olduğu bildirilmiştir (5,8). Olgumuzda da ateş, huzursuzluk, karın ağrısı, göbekte hassasiyet, kitle, göbek çevresinde kızarıklık ve septik bulgulara rastlanmıştır.

Urakal anomalilerin tanısında çoğu kez güçlükle yaşanmaktadır. Bu olgular genellikle karın ağrısı ve

akut karın nedenleri araştırıldığı sırada tanı almaktadır. Sunulan olguda da öncelikle inkarsere umbilikal herni tanısı düşünülmüş, ameliyat sırasında enfekte urakal kist olduğu görülmüştür. Diğer yandan selülit, nekrotizan fasiit, peritonit, akut apendisit, overyan abse, Meckel divertikülüti, ventral veya umbilikal herni gibi akut karın yakınmalarına neden olabilecek hastalıklar da ayırıcı tanıda düşünülmelidir ⁽⁹⁾. Şüpheli urakal anomalilerin değerlendirilmesinde USG, BT ve magnetik rezonans görüntüleme yöntemleri birlikte kullanılır. Urakal kistler önde yerleşen, mesaneyeye çok yakın komşulukta ekstraperitoneal yapılar olduğu için USG'nin tanıda ideal bir görüntüleme yöntemi olduğu varsayılır ⁽¹⁾. Çocuk yaş grubunda ilk tanı aracının USG olması gerektiği, şüpheli olgulara sonrasında BT'nin eklenebileceği vurgulanmıştır ⁽⁴⁾. Olgumuzda USG bulguları inkarsere umbilikal herni olarak değerlendirilmiştir. Ancak, akut karın ve sepsis bulguları ön planda olması nedeniyle ileri görüntüleme yöntemlerine gerek duyulmadan acil eksplozasyon yapılmıştır.

Urakusdan kaynaklanan malignensi insidansı oldukça yüksektir. Yetişkinlerde yapılan retrospektif bir çalışmada urakal anomalisi bulunan hastaların % 51'inde lezyonun malign olduğu, bunlarında % 20'sinin tanısında metastatik olduğu bildirilmiştir ⁽³⁾. Bu nedenle rastlantısal olarak saptanan urakal anomalilerde cerrahi olarak total eksizyon yapılması gerekmektedir. Enfekte urakus kistinin tedavisi ise tartışmalıdır. Yapılan çalışmalar insizyon ve drenajı takiben geç dönemde total eksizyonu savunurken ⁽⁶⁾, bir diğer görüş ise uygun antibiyotiklerin kullanılmasını takiben total eksizyonun primer bir prosedür olarak hem olası hem de güvenli olduğunu savunmaktadır ^(5,10). Biz özellikle infantlarda tedavi seçiminde başvuru anındaki klinik bulguların da dikkate alınıp, olgumuzda olduğu gibi septik veya akut karın bulguları olan olgularda drenaj ve enfekte kistin total olarak eksizyonunun antimikrobiyal tedaviye tercih edilebileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak urakal kistler infantlarda nadir olup, enfekte kistler inkarsere umbilikal herniye benzer klinik tabloya neden olabilir. Umbilikal hernilerin nadir olarak inkarsere olduğu düşünüldüğünde, umbilikal

şişlik, kızarıklık ve hassasiyetle başvuran infantlarda enfekte urakal kistlerin akılda tutulması uygun tanı ve tedavi için önemlidir.

Kaynaklar

1. Allen JW, Song J, Velcek FT: Acute presentation of infected urachal cysts: case report and review of diagnosis and therapeutic interventions. *Pediatr Emerg Care* 20: 108, 2004
<http://dx.doi.org/10.1097/01.pec.0000113880.10140.19>
PMid:14758308
2. Ash A, Gujral R, Raio C: Infected urachal cyst initially misdiagnosed as an incarcerated umbilical hernia. *J Emerg Med* 42: 171, 2012
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.05.046>
PMid:21820262
3. Ashley RA, Inman BA, Routh JC, et al: Urachal anomalies: a longitudinal study of urachal remnants in children and adults. *J Urol* 178: 1615, 2007
<http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2007.03.194>
PMid:17707039
4. Choi YJ, Kim JM, Ahn SY, et al: Urachal anomalies in children: a single center experience. *Yonsei Med J* 47: 782, 2006
<http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2006.47.6.782>
PMid:17191305 PMCID:2687816
5. Lawrence RM, Chandrasekhar G: Infected urachal cyst-an uncommon cause for incessant cry in newborns. *Indian Pediatr* 49: 418, 2012
PMid:22700672
6. McCollum MO, Macneily AE, Blair GK: Surgical implications of urachal remnants: Presentation and management. *J Pediatr Surg* 38: 798, 2003
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpso.2003.50170>
PMid:12720197
7. Pitone M, Alouf B: Picture of the month. Infected urachal cyst. *Arch Pediatr Adolesc Med* 160: 300, 2006
PMid:16520450
8. Spina P, Chiari G, Minniti: Intraperitoneal rupture of an infected urachal cyst: an unusual cause of acute abdomen in children. A case report and review of the literature. *J Pediatr Urol* 2: 480, 2006
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2005.08.002>
PMid:18947661
9. Tazi F, Ahsaini M, Khalouk A, et al: Abscess of urachal remnants presenting with acute abdomen: a case series. *J Med Case Rep* 6: 226, 2012
<http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-6-226>
PMid:22846644 PMCID:3459711
10. Yiee JH, Garcia N, Baker LA, et al: A diagnostic algorithm for urachal anomalies. *J Pediatr Urol* 3: 500, 2007
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2007.07.010>
PMid:18947803
11. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, et al: Urachal remnant diseases: spectrum of CT and US findings. *Radio Graphics* 21: 451, 2001
PMid:11259707