

Doğumsal mesane divertikülü: İki olgunun sunumu

Mete KAYA, M. Emin BOLEKEN, Selçuk YÜCESAN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Özet

Mesane divertikülleri doğumsal (birincil) veya edinsel (ikincil) olarak sınıflandırılır. Doğumsal mesane divertikülü (DMD) mesane duvarında bir eksikliğe bağlı gelişir ve çocukluk çağında edinsel olanlara göre daha az görülür. DMD ile birlikte üreterosele bulunması nadirdir. Bu yazıda idrar yolu enfeksiyonu ile bulgu veren ve birinde beraberinde üreterosele olan iki doğumsal mesane divertikülü olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Doğumsal mesane divertikülü, enfeksiyon

Summary

Congenital bladder diverticulum: A report of two cases

Diverticula of the bladder are classified as congenital (primary) or acquired (secondary). Congenital bladder diverticula due to a congenital defect in the bladder wall are uncommon in children. Congenital bladder diverticulum associated with ureterocele is rare condition. Herein, we reported two cases of congenital bladder diverticulum, an ureterocele accompanied in one.

Key words: Congenital bladder diverticulum, infection

Giriş

Doğumsal (birincil) veya edinsel (ikincil) olarak sınıflandırılabilen mesane divertikülü (MD) detrüör kas lifleri arasından mukozanın fitikleşmesi sonucu oluşur (2,6,10). Edinsel MD, sıklıkla nörojenik mesane, posterior üretral valvül gibi mesane işlev bozukluğu veya çıkış tıkanıklığı olan olgularda artmış mesane içi basıncı sonucu oluşur; küçük çaplı ve çok sayıda. Doğumsal mesane divertikülü (DMD), edinsel olanlara göre daha az görülür, tıkanıklık veya işlev bozukluğu olmaksızın mesane duvarında gelişimsel bir kas zayıflığı vardır ve genellikle tek bir divertikül halindedir (4). DMD daha çok üreterin mesaneye giriş noktalarına yakın bulunur (10). Bazı olgularda vezikoüreteral reflü veya üreter tıkanıklığı görülebilmektedir (1,2,10,12). DMD ile birlikte üreterosele nadirdir (3). Bu yazıda amacımız kliniğimizde tedavi edilen biri üreterosele ile birlikte olan iki DMD olgusunu literatür ışığında sunmaktır.

Olgu Sunumu

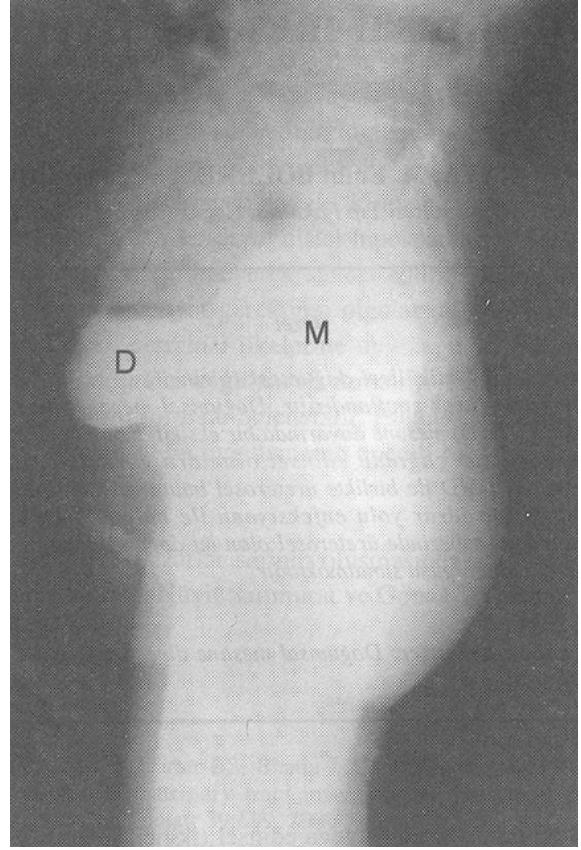
Olgu 1: Beş yaşında kız hasta, 4 aydır iştahsızlık, kilo kaybı, 15 günden beri karında kitle, ağrılı ve

kanlı idrar nedeniyle kliniğimize getirildi. Ayaklarında zaman zaman morarma geliştiği ve ancak yarım saat dinlendikten sonra düzeldiği öğrenildi. Vücut sıcaklığı 38.8°C, nabız 114/dk, TA 110/70 mmHg, muayenesinde pubis üzerinden göbeğe dek uzanan düzgün sınırlı orta sertlikte bir kitle vardı. Kan sayımında beyaz küre 27000/mm³, hemoglobin 7.9 g/dl, hematokrit % 23.8, kan biyokimyası normal sınırlarda, idrar tahlilinde bol alyuvar ve akyuvar saptandı. Ultrasonografide (US), her iki böbrekte 2. derece hidronefroz, mesanenin arkasında ve mesaneyi sağa iten 92x69x83 mm'lik heterojen ekolu solid kitle izlendi. İşemesistoiüretrografisinde mesanenin üst kısmına doğru büyüyen divertikül görüldü (Resim 1). Bilgisayarlı karın tomografisinde ise mesanenin solunda, içinde opak madde birikmeyen 100x70 mm'lik yüksek yoğunluklu kistik kitle görüldü (Resim 2). İdrar kültüründe E.Coli üredi. Pfannenstiel kesisi ile yapılan ameliyatta pelviste mesane sol arka ve rektum duvarına yapışık, sol üreteri, sol psoas kasını içine alan yaklaşık 10 cm çapında mesane duvarından kaynaklanan enfeksiyöz kitle izlendi. Mesane serum fizyolojik ile dolduruldu, kitlenin hemen üzerinde mesane divertikülü görüldü, sistotomi yapıldığında enfeksiyöz kitlenin divertikül komşuluğunda enfekte sol üreterosele olduğu saptandı. Üreterosele divertikülün ön-yan tarafında idi ve sol üreter ağzı divertikül içine açılıyordu. Üretero-

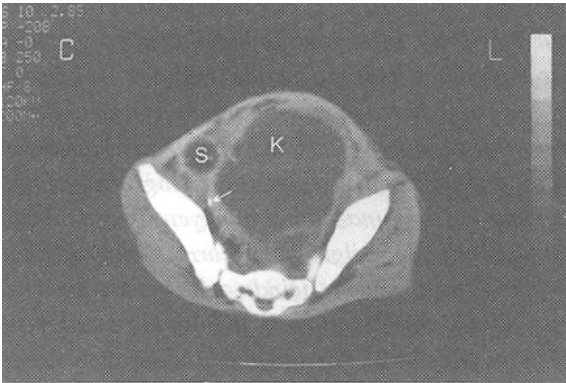
Adres: Dr. Selçuk Yücesan, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, 63300, Şanlıurfa
Yayına kabul tarihi: 04.04.2003



Resim 1. Çekilen işeme sistoüretrografisinde mesanenin sağa itildiği ve üst kısmında opak madde ile dolan divertikül izlenmektedir.



Resim 3. Resimde ayakta işeme esnasında yan filimde mesanenin üstünde öne doğru büyüyen divertikül (D) izleniyor.



Resim 2. Resimde opak maddeli çekilen bilgisayarlı tomografide pelviste içinde sonda (S) olan mesaneyi sağa doğru iten içi hipodens kistik kitle (K) izlenmektedir. Sağ üreter (Ok işareti) izlenmekle birlikte sol üreter görülüyor.

seli de içine alacak şekilde divertikülektomi uygulandı, genişlemiş sol üreterin distal kısmı çıkarıldı, çevre dokulardan serbestlendi ve Leadbetter-Politano yöntemi ile üreteroneosistostomi yapıldı. Patolojik inceleme sonucu mesane duvarında apseleşme,

yangısal granülasyon dokusu ve fibrozis olarak bildirildi. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir sorunu olmayan hastanın 6. ayda çekilen işeme sistoüretrografisinde mesanenin tepesinde yeni divertikül oluşumu izlendi. Yapılan sistoskopide divertikül boynuna daha önce implante edilen sol üreterin açıldığı görüldü. Divertikül çıkarıldı, sol üreterin çevresinde yeteri kadar kas dokusu bulunduğundan yeniden implante edilmesine gerek kalmadan mesane duvarı onarıldı. Ameliyattan 6 ay sonra yapılan sistoüretrografi ve ürodinami normaldi.

Olgu 2: Sekiz yaşında erkek hasta, 6 aydan beri idrarını yaparken yanma, zorlanma ve idrarından kan gelmesi yakınmalarıyla kliniğimize getirildi. Hastanın muayenesi normal sınırlarda idi. Kan sayımında akyuvar 6000/mm³, hemoglobin 11.7 g/dl, hematokrit % 35, kan biyokimyası normal sınırlarda, idrar tetkikinde her alanda 8-10 akyuvar ve 3-4 alyuvar izlendi. İdrar kültüründe üreme olamadı. US' de herhangi bir patolojiye rastlanmadı. İntravenöz pyelog-

rafide sol üreter alt ucunda genişleme vardı. İşeme sistoüretrografisinde ise dolum sırasında ve ön-arka filimde mesane normaldi, işerken yan filimde öne doğru genişlemiş divertikül izlendi (Resim 3). Sistoskopide sol üreter ağzının hemen üzerinde sistoskopun içine girmesine izin veren divertikül ağzı izlendi. Aynı seansta Pfannenstiel kesisi ile mesane içi ve dışından yaklaşılarak divertikül çıkarıldı. Kontrollerinde yakınması olmayan hastanın çekilen işeme sistoüretrografisinde mesanenin normal görünümde olduğu saptandı, ürodinamisi normal olarak değerlendirildi.

Tartışma

DMD'nin mesane duvarında bir zayıflık sonucu olduğuna inanılır. Doğumsal olarak mesane duvarının zayıf ve dayanıksız bölgesi trigonun üst kenarlarında bulunan üreteral hiatusdur (1,10). Trigonun embriyolojik olarak mesaneden farklı bir kökenden oluştuğu, birleşme bölgesi olan üreterovezikal açı çevresinde az kaslı noktalarının gelişebileceği ve sınırlı mesane içi basınç yükseklığında güçsüz olan bu alanlardan divertikül oluşabileceği ileri sürülmüştür (2,6). Her iki olgumuzda da divertikül üreterin mesaneye girdiği noktada idi. Bununla birlikte DMD lerinin bağ dokusu hastalıkları olan Ehler-Danlos, Menkes Kinky Hair ve Williams sendromları ile birlikte görülen MD'lerinden ayrılması gerektiği bildirilmiştir (10). Olgularımızda bağ dokusu hastalığı, mesane çıkış tıkanıklığı veya işlev bozukluğu saptanmamış ve olgular DMD olarak değerlendirilmiştir.

Her ne kadar DMD'lerinin küçük boyutlu oldukları, belirti vermedikleri ve tedavi gerektirmedikleri bildirilse de; Pieretti olgularının izleminde hiçbirisinin belirtisiz kalmadığını belirtmiştir (10). MD'nün klasik belirtisi çift işemedir (2). Divertikül duvarında kas liflerinin yokluğu, divertikül ağzının darlığı ve boyutlarının çok geniş olması gibi nedenler, divertikül içindeki idrarın bir defada tam boşalamamasına yol açarlar (11). İdrar yolu enfeksiyonu en sık görülen belirtidir. Ulman ve arkadaşları, DMD tanısı alan olgularının hemen hemen hepsinin idrar yolu enfeksiyonu yakınmasıyla getirildiklerini bildirmişlerdir (12). Bunun yanında üretra tıkanıklığı ve mesanenin kendiliğinden yırtılması ile klinik belirti veren olguların da görüldüğü bildirilmiştir (7). Her iki

olgumuzda da çift işeme öyküsü yoktu, ancak üriner enfeksiyon öyküsü vardı. İlk olgumuzda belirti ve bulgular daha çok kronik veya tümöral bir hastalığı düşündürüyordu. Diğer olgumuzda yalnızca tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü vardı. İlk olguda farklı olarak öyküde alt ekstremitelerde geliş geçici siyanoz vardı. Valadez ve arkadaşları da aynı belirti ile kendini gösteren bir doğumsal paraüreteral mesane divertikülü olgusu bildirmişlerdir (13). Bu belirti olasılıkla MD'nün genişleyerek büyük damarlara bası yapması sonucu gelişmektedir. Erişkinlerde mesane divertiküllerinin uzun dönemde görülen komplikasyonları arasında tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları (% 13-73), taş oluşumu (% 5-16), tümör gelişimi (% 3.5-10.8), üreter tıkanıklığına bağlı sorunların (% 8) yer aldığı bildirilmiştir (8,11). Birinci olgumuzda ki gibi, MD ve tümüyle apse odağı haline gelen üreterosel birlikteliğine literatür taramamızda rastlayamadık. Beasley ve Kelly, idrar yolu enfeksiyonu ile başvuran bir olguda görülen Y şeklinde üreter duplikasyonu, üreterosel ve MD birlikteliğini bildirmişlerdir (3).

Belirti veren MD'lü olguların cerrahi olarak tedavi edilmesi gerektiği ve seçilecek cerrahi yöntemin divertikülün çıkarılması olduğu bildirilmektedir (2,12). İşlem mesane içinden/dışından veya her iki yoldan birlikte yapılabileceği gibi transüretral yoldan veya laparoskopik olarak da yapılabilmektedir (5,9). Divertikülektomi ve zayıf detrusörün onarımına ek olarak, divertikülün üzerinde üreter orifisi ve/veya rastlantısal vezikoüreteral reflü saptanmış ise ek olarak üreteroneosistostomi de yapılması önerilmektedir (1). Her iki olgumuzda divertikül çıkarılırken mesane içi+dışı yaklaşıldı. İlk olgumuzda divertikül sol üreteri de içine aldığı için üreteroneosistostomi yapıldı. Divertikül çıkarılması sonrası yeniden divertikül oluşan olgumuzun yapılan ürodinamik incelemesinde mesane işlev bozukluğu saptanmadı. Bu hastada yeni divertikül oluşma mekanizmasını onarımdan sonra yükselen mesane içi basıncının mesanedeki diğer bir zayıf bölgeden mukoza fıtıklaşmasına yol açması olarak düşünüyoruz. Çekilen işeme sistoüretrografisinde vezikoüreteral reflü saptanmaması ve divertikülün çıkarılması sonrası mesane duvarının onarımına bir engel oluşturmaması nedeniyle divertikül boynuna açılan üretere reimplantasyon yapılmadı.

Sonuç olarak, çocuklarda DMD'leri çoğunlukla idrar birikimine bağlı üriner enfeksiyon ile klinik belirtileri verirler. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ile birlikte idrar yapmakta zorlanma, karında kitle gibi bulgu ve belirtileri olan hastalarda ayırıcı tanıda MD düşünülmeli ve üriner sisteme yönelik yapılan olağan incelemeler ile araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Amar AD and Das S: Vesicoureteral reflux in women with primary bladder diverticulum. J Urol 134:33, 1985
2. Barrett DM, Malek RS and Kelalis PP: Observation on vesical diverticulum in childhood. J Urol 116:234, 1976
3. Beasley SW, Kelly JH: Inverted Y duplication of the ureter in association with ureterocele and bladder diverticulum. J Urol 136:899, 1986
4. Dixon Walker R III: Bladder and bladder neck, in Kelalis PP, King LR, Belman AB (eds): Clinical Urology voll. Philadelphia, PA. Saunders, 1985, pp:513-527
5. Fox M, Power RF and Bruce AW: Diverticulum of the bladder-presentation and evaluation of treatment of 115 cases. Br J Urol 34:286, 1962
6. Homsy YL: Bladder and urachus, in O'Donnell B, Koff SA (eds): Pediatric Urology (ed 3). Oxford, Butterworth-Heinemann, 1997, pp:482-494
7. Keeler LL, Sant GR: Spontaneous ruptures of a bladder diverticulum. J Urol 143:349, 1990
8. Melekos MD, Asbach HW, Barbalias GA: Vesical diverticula: Etiology, diagnosis, tumor, genesis, and treatment. Urol 30:453, 1987
9. Parra RO, Jones JP, Andrus CH, et al: Laparoscopic diverticulectomy: Preliminary report of a new approach for the treatment of bladder diverticulum. J Urol 148:869, 1992
10. Pieretti RV and Pieretti-Vanmarcke RV: Congenital diverticula in children. J Pediatr Surg 34:468, 1999
11. Shah B, Rodriguez R, Krasnokutsky S, et al: Tumour in a giant bladder diverticulum: A case report and review of literature. Int Urol Nephrol 29:173, 1997
12. Ulman İ, Avanoğlu A, Genç A, et al: Congenital bladder diverticula in children. Pediatric Cerrahi Dergisi 10:13, 1996
13. Valadez R, Maizels M and Fernbach SK. Lower extremity cyanosis: an unusual presentation of congenital paraureteral diverticula. J Urol 138:364, 1987