

Ender bir akut batın nedeni: Enfekte urakal kist rüptürü

A rare cause of acute abdomen: Infected urachal cyst rupture

Çağatay Yalçın Aydın*, Esra Özçakır

Çocuk Cerrahisi Kliniği (Dr. Ç. Y. Aydın, Dr. E. Özçakır), S. B. Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-16260 Bursa

Özet

Primitif ürogenital sinusün en büyük parçası mesanedir. Mesane başlangıçta allantoisle bağlantılıdır. Allantoisin oblitere olmasıyla geride mesanenin tavanını göbeğe bağlayan urakus adı verilen bir kordon kalır. Erişkinde bu yapı median umbilikal ligaman ismini alır. Allantoisin intraembriyonik bölümü lümeninin oblitere olmaması patent urakusla ilgili değişik klinik durumlara yol açabilir. Bunlar; urakal fistül, urakal kist, urakal sinus ve urakal divertiküldür. Bazen direkt urakal kalıntının kendisi bazen de beraberinde ortaya çıkabilen komplikasyonlar kliniği ortaya koyar. Yazı akut apandisit ön tanısıyla ameliyata alınan 9 yaşında erkek hasta hakkındadır. Tanının enfekte urakal kist rüptürü olduğu operasyon sırasında anlaşılmıştır. Urakal artıklar akut batın ayırıcı tanısında akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Urakal artıklar, urakal kist rüptürü, akut batın

Abstract

The biggest part of primitive urogenital sinus is bladder. In the beginning, bladder was linked with allantois. Urachus was obliterated allantoic remnant which connects to the dome of bladder. This structure is called median umbilical ligament in adults. Intraembryonic non obliterated lumen of the allantoic remnant can results in different clinical situations: urachal fistula, urachal cyst, sinus and urachal diverticul. Sometimes directly itself and sometimes its complications may cause clinical differences. This paper is about 9-year-old male patient who operated with a presumptive diagnosis of acute appendicitis. The diagnosis noticed as infected urachal cyst rupture during surgery. Urachal remnants should be considered in differential diagnosis of acute abdomen.

Keywords: Urachal remnants, urachal cyst rupture, acute abdomen

Geliş tarihi/Received: 14 Ağustos 2012; **Kabul tarihi/Accepted:** 18 Ekim 2012

*İletişim adresi:

Dr. Çağatay Yalçın Aydın, Çocuk Cerrahisi Kliniği, S. B. Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-16260 Bursa. E-posta: caga00@yahoo.com

Giriş

Allantoisin lokalize bir bölümü sebat etmişse lümeni döşeyen epitelin salgısı ile kistik bir dilatasyon meydana gelir ki buna “urakal kist” adı verilir [1]. Normalde urakusun iki ucu kapalı, ortası açıktır. Urakal kistler allantoisin kısmi obliterasyonuna bağlı olarak oluşur. Urakal kistler allantoisin kısmi obliterasyonuna bağlı olarak oluşur. Normalde Urakusun iki ucu kapalı, ortası açıktır. Kistte eksternal rüptür “umbilikal sinüs”e neden olur. Kist çok ender olarak karın içine rüptüre olabilir. Tanı ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve sistografi ile konabilir. Tedavi ise antibiyoterapi ile kistin drenajı ve cerrahi eksizyondur [2, 3].

Genel olarak urakal artıkların toplumdaki sıklığı %0,1-2 kadardır. En yaygın urakal anomaliler ise urakal kistlerdir. Enfekte ya da komplike olmayan kistler çoğunlukla sessiz

seyreder. Çocukluk çağında urakal kist rüptürüne ise çok daha nadir rastlanır [3]. Bu nedenle sık akla gelmez ve tanı kolaylıkla atlanabilir. Tanı bazen ancak operasyon sırasında konabilmektedir. Akut karın ön tanısıyla ameliyat kararı verilen olgularda ender görülen bir antite olsa da enfekte urakal artıkların ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması amacıyla bu olgu paylaşılmıştır.

Olgu sunumu

Dokuz yaşındaki erkek hasta iki gündür devam eden karın ağrısı, işeme güçlüğü ve bu şikayetlere yeni eklenen ateş nedeniyle çocuk acile başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde karın ön duvarında orta hattın hemen sağında, derin palpasyona izin vermeyecek derecede yaygın defans, lokal ısı artışı ve hafif hiperemi ile rebound bulguları mevcuttu. Mc Burney noktası hassastı ve hastanın glob vezikalesi vardı. Aksiller ateş ölçümü 38°C, dakika solunum sayısı 27 ve nabız dakikada 90 olarak bulundu. Beyaz kürenin 12100/mm³ olması dışında anormal laboratuvar bulgusuna rastlanmadı. Görüntüleme yöntemi olarak öncelikle batın US istendi. Sağ alt kadranda en kalın yerde 10 mm olan karın içi serbest sıvı ve yine sağ alt kadranda 6 mm çapta kör sonlanan, komprese olmayan aperistaltik lümenli oluşum (Akut apandisit?) mevcudiyeti ile bu düzeyde omental yağlı planlarda kalınlaşma görüldüğü rapor edildi. Hasta akut apandisit ön tanısı ile operasyona alındı. Rockey Davis insizyonu ile karın boşluğuna girildiğinde karın ön duvarına yapışık ve bir ucu omentumla sarılı tubuler oluşum yapışıklıklardan künt disseksiyonla ayrıldıktan sonra operasyon sahasına doğurtuldu. Bu oluşumun diğer ucu mesane kubbesine atake haldeydi. Operasyon sırasında mesane kateterize edilerek glob giderildi. 12x2,5 cm boyutlarındaki tubuler oluşum mesaneden kolaylıkla ayrıldı. Oluşumun ayrıldığı yerde mesane duvar bütünlüğü tamdı. Yapılan eksplorasyonda mesane duvarı ile barsak mezenterinde çok sayıda ve büyüklükleri 0,5 cm aşmayan lenfadenomegalilere rastlandı. Barsaklar mezenterlerindeki lenfadenomegaliler dışında normal görünümdeydi. Batın içinden seröz vasıfta serbest sıvı aspire edildi. Normal görünümdeki apandiks ileride bir karışıklığa sebebiyet vermemek için çıkartıldı. Oluşumun üst ucundaki kalınlaşmış omentuma parsiyel omentektomi uygulandıktan ve rektovezikal boşluğa dren yerleştirildikten sonra operasyona son verildi. Hastanın ameliyat sonrası ateşi düştü. Drenden ilk 36 saatte 45 cc seröz geleni oldu. Sonrasında hasta beslendi ve dreni çekildi. Ameliyatı takip eden üçüncü günde geniş spektrumlu antibiotik reçete edilerek hasta taburcu edildi. Olgunun enfekte urakus kist perforasyonu olduğu patolojik incelemeyle teyit edildi (Resim).



Resim. Üstte normal görünümlü appendiks ve altında urakal artıklar.

Tartışma

Urakal kist allantoisle kloaka arasındaki intraembriyonik ilişkinin kısmi regresyonu sonucu ortaya çıkar. Kist bazen tamamıyla izoledir. Kistte eksternal rüptür “umbilikal sinüs”e neden olur. İntravezikal rüptürde kist mesaneyle ilişki halinde olduğundan zamanla içerisinde taş hatta tümör meydana gelebilir. Kist çok ender olarak karın içine rüptüre olabilir. Urakal kistler çocuklarda sıklıkla karın ön duvarında ele gelen kitle şeklinde görülür. Enfekte ya da rüptüre olmadıkları taktirde sıklıkla rastlantısal olarak tanınırlar. Fakat kist genellikle enfektedir ve bu taktirde urakus boyunca karın cildi kızarıklık ve ödemli görülebilir [2-5]. Olgumuzda derin palpasyonu imkansız kılacak sertlikte bir karınla karşılaşıldı. Göbek altı orta hatta ve sağ alt kadranda karın cildinde lokal ısı artışı ve hafif hipereminin eşlik ettiği tabloda tahta karın düşünüldü ve ameliyat öncesi testler istendi.

Komplike olmayan urakal kistler suprapubik yerleşimli ağrı ve dizüri ile klinik verirler. Kist ile mesane arasında geçiş olmadığı sürece idrar sterildir. Urakus kistleri genellikle sessizdir ve genellikle enfekte oldukları zaman tespit edilirler. Enfekte urakus kistleri alt karın ya da suprapubik bölgelerinde ağrı, ateş, hematuri gibi işeme problemleri ile suprapubik bölgede daha fazla olmak üzere karın ön duvarında palpabl kitle şeklinde klinik bulgu verebilirler. Enfeksiyon göbek ya da mesane yoluyla direkt, kan veya idrar yoluyla indirekt ortaya çıkabilir. Tedavisiz olgularda kist genellikle göbek ya da mesaneye, nadir olarak da peritona drene olabilir. Kist materyalinden çalışılan kültürlerde sıklıkla *S.aureus*, *E.coli* ve *P.aeruginosa* üremektedir [4-6]. Tanı için US, bilgisayarlı tomografi ve sistogramlar sıklıkla kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Tek başına US %77 olasılıkla tanıyı koyabilmektedir [3, 4, 6, 7].

Ayrıncı tanıda omfalomezenterik kanal artıkları, omfalit, mesane divertikülü ve idrar yolu enfeksiyonu gibi klinik durumlar düşünülmelidir [4-8]. Olgumuzda US ile oluşum görülmüş fakat muhtemelen ender görüldüğü için akla kolayca gelmediğinden raporlama sırasında daha sık rastlanan farklı bir akut batın sebebi akut apandisit not edilmiştir. Karın duvarında lokal ısı artışı, hiperemi ve axiller yüksek ateş olguda kistin enfekte olduğunu, US’de karın içi serbest sıvının mevcudiyeti de kistin rüptüre olduğunu akla getirmiştir.

Nadiren barsağa fistül, ureter obstruksiyonu, yineleyen idrar yolları enfeksiyonları ve geç dönemde adenokarsinom gelişimi olasılığı nedeniyle kistin tamamının çıkartılması önemlidir [2-4, 8-11].

Urakal kistin spontan perforasyonu çocuklarda çok nadir bir durumdur ve diğer akut batın nedenlerinden ayırdedilebilmesi klinik bulgular ve laboratuvar incelemeleriyle mümkün olmayabilir. Tanı bazen operasyon sırasında konur. Tedavide kistin total eksizyonu ve drenaj ile birlikte antibiyoterapi uygulanır.

Kaynaklar

1. Sadler TW. (Ed) Williams&Williams Langman's medikal embriyoloji Başaklar C. (Çev. Ed) Palme Yayıncılık 6.Basım 1993 Ekim 1990; s: 255-6.
2. Yoo KH, Lee SJ, Chang SG. Treatment of infected urachal cysts. *Yonsei Med J* 2006; 47: 423-7.
3. Kandış H, Katırcı Y, Çakır Z, Barazı AM, Durusu M, Tetik A. Enfekte Urakus Kisti Olgu Sunumu. *Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi* 2011; 1: 24-6.
4. Numanoğlu V, Söğüt A. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarının nadir bir nedeni: urakus kisti. *Türk Pediatri Arşivi* 2004; 39: 181-4.
5. Suita S, Nagasaki A. Urachal Remnants. *Seminars in Pediatric Surgery* 1996; 5: 107-15.
6. Iuchtman M, Rahav S, Zer M, Mogilner J, Siplovich L. Management of Urachal Anomalies in children and adults. *Urology* 1993; 42: 426-30.
7. Blichert-Toft M, Nielsen OV. Diseases of the urachus simulating intra-abdominal disorders. *Am J Surg* 1971; 122: 123-8.

8. Chen TF, Collier DS. Intraperitoneal rupture of an infected urachus. *Br J Urol* 1994; 74: 134-5.
9. Sarihan H. Ureteric obstruction due to an infected urachal cyst. *Br J Urol* 1995; 76: 266-7.
10. Rubin JP, Kasznica JM, Davis CA 3rd, Carpinito GA, Hirsch EF. Transitional cell carcinoma in a urachal cyst. *Urol* 1999; 162: 1687-8.
11. Ekwueme KC, Parr NJ. Infected urachal cyst in an adult: a case report and review of the literature. *Cases J* 2009; 2: 6422.