

# KRONİK RETANSİYONA SEBEP OLAN, DİVERTİKÜLEKTOMİ VE REDÜKSİYON SİSTOPLASTİSİYLE TEDAVİ EDİLEN DEV KONJENİTAL MESANE DİVERTİKÜLÜ : BİR OLGU SUNUMU

## GIANT CONGENITAL BLADDER DIVERTICULA CAUSING CHRONIC URINARY RETANSION AND TREATED BY DIVERTICULECTOMY AND REDUCTION CYSTOPLASTY : A CASE REPORT

YENİYOL, C.Ö., SÜELÖZGEN, T., MİNARECİ, S., AYDER, A.R.

SSK İzmir Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İZMİR

### ÖZET

Bu çalışmada, tesadüfen saptanan non-obstruktif dev bir konjenital mesane divertikülü (KMD) olan ve redüksiyon sistoplastisi yapılmış orta yaşlı bir erkek hasta sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir. KMD, kronik idrar retansiyonu ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital mesane divertikülü, Redüksiyon sistoplasti

### ABSTRACT

In this study, a middle aged male patient who was accidentally diagnosed to have non-obstructive giant congenital bladder diverticula (CBD) and operated (reduction cystoplasty), is reported and the literature is reviewed. CBD should be considered in the differential diagnosis of chronic urinary retention.

Key Words: Congenital bladder diverticula, Reduction cystoplasty

### OLGU SUNUMU

46 yaşında uzman doktor olarak çalışan erkek hasta, uzun süredir fazla rahatsızlık vermeyen batında şişkinlik, sık sık fakat az miktarda idrar yapma ve ara sıra gece idrara kalkma gibi çok yoğun olmayan yakınmalarını tesadüfen üroloji uzmanlarından birine söylemesi üzerine yapılan fizik muayenesinde batında göbeğe kadar uzanan globu mevcuttu. Rutin tetkiklerinde idrar tahlili, serum üre, kreatinin ve PSA değerleri, diğer biyokimyasal parametreleri ve hemogramı normal olarak bulundu. Hastaya derhal batın ultrasonografisi yapıldı; her iki böbrek, üreterler, üst batın organları normaldi, prostat 25 gram ağırlığındaydı. Mesanenin ksifoide kadar büyüdüğü, duvar kalınlığının normal olduğu izlendi. Hastada bakılan rezidü idrar miktarı yaklaşık 3000 ml. idi. Hastaya IVU çekildi; böbrekler ve üreterler normal iken, mesane kubbesinde oldukça büyük divertiküler yapı izlendi (Şekil 1). Hastanın batın tomografisinde de bu dev yapı görüldü (Şekil 2). Hasta opere edilene kadar üretral kateter takıldı ve kısa bir süre sonra operasyona alındı.

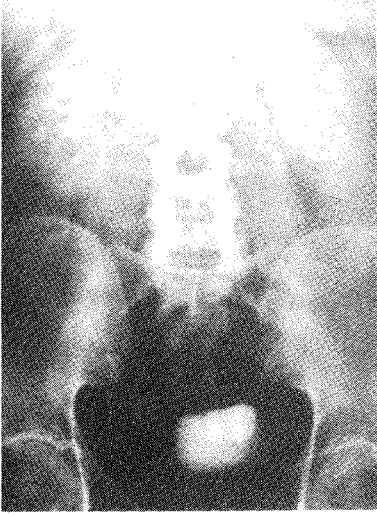
Hastaya divertikülektomiyle birlikte mesane kapasitesini azaltmak için redüksiyon sistoplastisi yapıldı. Patoloji sonucu konjenital mesane divertikülü olarak gelen hastanın post-operatif dönemde 3. ay çekilen IVU'sinde mesane kapasitesi normaldi (Şekil 3).



Şekil 1: Pre-operatif IVU'de L<sub>2</sub> vertebra hizasına kadar çıkan dev mesane divertikülü



Şekil 2: BT'de dev mesane divertikülü



Şekil 3: Post-operatif dönemde 3. ay IVU'de normal hale gelen opere mesane

### TARTIŞMA

Konjenital mesane divertikülü (KMD), posterior üretral valv veya nörojenik mesaneyle ilişkisi olmayan nadir bir anomalidir. Genellikle erkeklerde görülür. KMD, düz duvarlı mesanelerde, sıklıkla tek sayıda, akımda obstrüksiyon olmaksızın gelişir. Bunların sebebi mesane kasında doğuştan var olan zayıflıktır. Divertikül üreter orifisi yakınından köken alabilir. Divertikül büyüdükçe üreteral tünelle birleşebilir, üreter divertiküle boşalıp reflüye sebep olabilir. Konjenital mesane divertikülü, sıklıkla nörojenik mesane veya alt sistem obstrüktif anomalileriyle birlikte olan divertiküllerden daha büyüktür. Bu yapılar mesane boynu veya uretrada obstrüksiyon veya üreteral obstrüksiyona sebep olabilirler. Tanıda batın ultrasonografisi ve miksiyon sistouretrografisi yardımcıdır<sup>9</sup>. Üst üriner traktın görüntülen-

mesi, önemli olsada, tanıda ilk aşamada kullanılabilecek en iyi metot değildir. Allen ve Atwell'in (1980) 24 hastalık serilerinde sadece 2 hastada IVU ile teşhis edilmiştir<sup>1</sup>. IVU tanıda çok fazla bilgi vermez<sup>10</sup>.

Mesanenin çok bölmeli anomalileri potansiyel olarak önemlidir. Bunlara böbrek, uretra, genital organlar, kolon, rektum ve anus anomalileri eşlik edebilir<sup>2</sup>. Mesanenin konjenital kompartman anomalileri; 1.sagittal bölünme, 2.frontal bölünme, 3.çok bölmeli mesane, 4.kum saati mesane. 5.konjenital divertikül ve 6.urakal anomalilerdir.

Edinsel divertiküller fonksiyonel veya anatomik obstrüksiyona sekonder gelişir. Genellikle multiple ve küçüktür, mesane trabeküledir, oysa konjenital mesane divertikülünde tek ve büyüktür, kas tabakası içerir ve trabekülasyon yoktur<sup>3</sup>. Konjenital mesane divertikülü konnektif doku bozukluğu olan Prune belly<sup>4</sup>, Menkes<sup>5</sup>, Williams Elfin facies<sup>6</sup> ve Ehler-Danlos sendromunda ve cutis laxa<sup>7</sup>lı çocuklarda siktir.

Tedavide divertikül çıkarılır, mesane primer kapatılır. Üreter divertikül içindeyse veya reflü varsa ektravesikal üreteroneosistostomi yapılır<sup>11</sup>. Bizim olgumuzda divertikül oldukça büyük olduğu için divertikül çıkarıldıktan sonra redüksiyon sistoplastisi yapılarak mesane hacmi normal seviyelere indirildi. Redüksiyon sistoplastisi yapılmasında amaç tüm detrusörü korurken aşırı distandü mesane hacmini azaltmak ve böylece daha iyi boşaltım sağlamaktır. Basit parsiyel sistektomiye olan üstünlüğü detrusörün tamamen korunmasıdır. Endikasyonlar azdır, çok büyük kapasiteli mesaneler, prostatektomi sonrası uzun süre kateterizasyona rağmen persistan retansiyon ve manuel basınç uygulaması veya mesane boynu rezeksiyonu ile boşaltılamayan konjenital dev mesanelerdir<sup>12</sup>. Post-operatif dönemde hastanın önceki yakınmaları tamamen düzeldi.

### SONUÇ

Üreteral obstrüksiyon yapmayan, mesane hacminin yaklaşık iki katı büyüklüğündeki dev konjenital mesane divertikülü sık izlenmeyen bir patolojidir. Fizik muayene ve yardımcı yöntemlerle tanı koymak oldukça kolaydır. Kronik idrar retansiyonu ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Tedavide divertikülektomi yanısıra redüksiyon sistoplastisi yapmak gerekebilir.

#### KAYNAKLAR

- 1- **Gearhart JP, Robert DJ.:** Other bladder anomalies. In Campbell's Urology Vol .2 Chap. 63 (Walsh PC, Retik AB, Vaughan Jr, ed.) Seventh Edition 1998.WB.Sounders company.
- 2- **Singh JP, Nagabhushanam S.:** Complete duplication of bladder and urethra:case report with review of literature. J. Urol,109: 512-514, 1978.
- 3- **Cacciarelli AA, Lucas B, Mc Alister WH.** Multichambered bladder anomalies. J. Urol. 126: 642-646, 1976.
- 4- **Blichert-Toft M, Koch F, Nielson OV.:** Anatomical variants of the urachus related to clinical appearance and surgical treatment of urachal lesions. Surg. Gynec.Obst.,137:51,1973.
- 5- **Daly WJ, Rabinovitch HH.:** Urologic abnormalities in Menkes' syndrome. J. Urol, 126:262, 1981.
- 6- **Babbitt DP, Dobbs J, Boedecker RA.:** Multiple bladder diverticula in Williams "Elfin Facies" syndrome Ped.Rad.,8:29,1979.
- 7- **Goltz RW, Hult A.M.:** Generalized elastolysis (cutis laxa) and Ehlers-Danlos syndrome (cutis hiperelastica): a comparative clinical and laboratory study. South. Med.J.,58:848, 1965.
- 8- **Boechat MI, Lebowitz RL.:** Diverticula of the bladder in children. Ped.Rad.,7:22,1978
- 9- **Epstein ES, Siegel MJ, Manley CB.:** Acute urinary retention caused by vesical diverticula Urol.Rad, 4:263, 1979.
- 10- **Lebowitz RL, Colodny AH, Crissey M.:** Neonatal hydronephrosis caused by vesical diverticula. Urology,13:335, 1979.
- 11- **Valadez R, Maizels M, Fernbach S.:** Lower extremity cyanosis: an unusual presentation of congenital paraureteral diverticula. J.Urol., 138: 364-365,1987.
- 12- **Gregoir W, d'Udekem F.:** Cystoplasty. In Rob and Smith's operative surgery (Mc Dougal WS editor) Fourth edition 1983.