







■ Olgu Sunumu

Periüretral apseye neden olan üretral divertikülit olgusunun tanı ve minimal invaziv tedavisi

Diagnosis and minimally invasive treatment of a urethral diverticulitis causing a periurethral abscess

Sefanur Gamze Karaca¹ , Tuğba Kınay*¹ , Ali Rıza Doğan¹ , Tufan Çiçek² , Şadımın Kıykaç Altınbaş¹ , Ömer Lütfi Tapısız¹ 

¹Jinekoloji/Ürojinekoloji Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

²Üroloji Kliniği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Öz

Üretral divertikül, periüretral bezlerden gelişen ve üretral kanalla bağlantısı olan bir kesedir. Sık idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir ve divertikül kesesi içinde enfekte idrarın stazı periüretral apse gelişimine zemin hazırlar. Burada periüretral apseye neden olan üretral divertikül vakasını sunmaktayız. Sunulan olgu disüri, piyüri, vajinal akıntı ve pelvik ağrı semptomları ile üçüncü basamak bir merkezin ürojinekoloji kliniğine başvurdu. Olguya vajinal ve ultrasonografik inceleme ile periüretral apse tanısı koyuldu. Sistoüretroskopik incelemede periüretral apsenin nedeninin üretral divertikül olduğu saptandı. Sistoüretroskopi eşliğinde apse drenajı ve antibiyoterapi ile tam tedavi sağlandı. Her ne kadar üretral divertikül tedavisi için sıklıkla cerrahi girişim gerekli olsa da bu patolojinin tedavisinde minimal invaziv yönetim de akılda tutulmalıdır. Bununla birlikte, bu tedavinin uzun dönem sonuçları ve rekürens riskini netleştirmek için daha uzun takip süresine sahip daha büyük vaka serilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Periüretral apse; üretral divertikül; sistoüretroskopi; minimal invaziv yönetim

Sorumlu Yazar*: Op. Dr. Tuğba Kınay, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
e-posta: tkınay@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-5340-1025

Received: 05.12.19 Accepted: 28.12.19

Abstract

Urethral diverticulum is a sac that develops from the periurethral glands and is connected to the urethral canal. It is associated with frequent urinary infections, and the stasis of infected urine in the sac leads up to a periurethral abscess. Here, we present a case of a urethral diverticulum causing a periurethral abscess. The presented case was admitted to the urogynecology department of a tertiary center with dysuria, pyuria, vaginal discharge and, pelvic pain symptoms. A periurethral abscess was diagnosed by vaginal and ultrasonographic examination. Cystourethroscopic examination revealed that the cause of the periurethral abscess was a result of a urethral diverticulum. Complete treatment was achieved with cystourethroscopy guided abscess drainage and antibiotherapy. Although surgery is often required for the treatment of urethral diverticulum, minimally invasive management should be kept in mind for the treatment of this pathology. However, larger case series with longer follow-up periods are needed to clarify the long-term outcomes and recurrence risk of this treatment.

Key words: Periurethral abscess; urethral diverticulum; cystourethroscopy; minimal invasive management

Giriş

Üretra divertikülü, üretra boyunca herhangi bir yerde, periüretral bezlerden gelişen ve üretral kanalla bağlantısı olan bir kesedir. Genel olarak insidansı %1-5 arasındadır (1). Üretral divertikül 30-50 yaş arası zenci kadınlarda daha sık görülmekle birlikte, yenidoğanlarda ve genç kadınlarda da rapor edilmiştir. Çoğunlukla üretranın orta veya alt 1/3'ünde lokalizedir ve bu dağılım paraüretral bezlerin yerleşimi ile ilişkilidir. Olgular çoğunlukla alt üriner sistem semptomları ile başvururlar. Yakınmalarının olmadığı zamanlarda bile, üretra divertikülü olan kadınlarda piyüri yaygınca görülmektedir (2,3). Olguların bir kısmında üriner enfeksiyon mevcut olup, enfekte idrarın stazı ve tuzların birikimi periüretral apse ve taş oluşumuna zemin hazırlamaktadır (2,4). Olguların %30-50'sinde palpasyonla vajinal kitle saptanır. Tanıda kullanılabilen görüntüleme yöntemleri; ultrasonografi, çift oklüzyon balon katateriyle yapılan retrograd sistoüretrografi ve işeme sistoüretrografisidir. Kompleks vakalarda manyetik rezonans görüntüleme kullanılabilir. Tanı konulduktan sonra sıklıkla hastalar antibiyotik tedavisi altında cerrahi ile tedavi edilmektedirler.

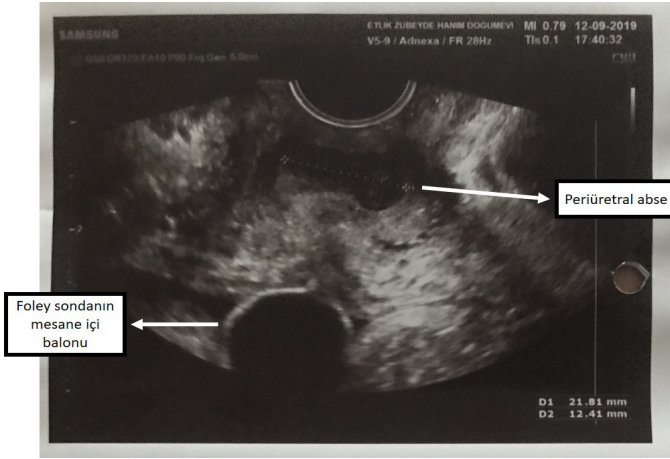
Bu olgu sunumunda; üretradan püy gelmesi şikâyeti ile kliniğimize başvuran, yapılan tetkikler sonrası üretral divertikülit tanısı konan ve cerrahi tedaviye gerek kalmadan yönetilen bir olgunun klinik özelliklerinin sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu

32 yaşında, 3 aydır evli, gravida 0 kadın hasta idrar yaparken yanma, üretradan püy gelmesi, vajinal akıntı ve pelvik ağrı şikâyetleri ile hastanemiz Ürojinekoloji Kliniği'ne başvurdu. Yapılan vajinal muayenesinde üretradan püy geldiği ve üretra external ostian itibaren arkaya doğru yaklaşık 2x3 cm boyutlarında

vajen ve üretra arasında sert, ağrılı bir kitlenin olduğu saptandı. Belirtilen kitle palpasyonla sağıldığında üretradan belirgin püy geldiği belirlendi. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde; Hemoglobin (Hgb) 13 gr/dl, beyaz küre sayımı (WBC) 12780/µL, C-Reaktif Protein (CRP) 9.9 mg/L, tam idrar tetkikinde (TİT) lökosit: 19, nitrit: negatif olarak belirlendi, idrar kültüründe herhangi bir patojen üremedi. Hastanın diğer tüm laboratuvar sonuçları normal sınırlarda idi. Yapılan ultrasonografi (USG) incelemesinde üretra ile vajen arasında kanlanması belirgin artmış, vajen ön duvarında üretral osa yaklaşık 4cm mesafede olan ve üretrayla yakın komşuluk gösteren, iç ekolar içeren 21x12x15mm boyutlarında kistik oluşum izlendi (**Şekil**). Üroloji ile konsülte edilen hastaya sonrası periüretral abse ön tanısı ile antibiyoterapi başlandı. Nitrofurantoin 100 mg 3x1 (oral), Siprofloksasin 400 mg 2x1 intravenöz (IV), Metronidazol 500mg 2x1 IV tedavisi verilen hastanın tedavinin 4. gününde üretradan pürülan akıntının devam etmesi üzerine Siprofloksasin stoplandı ve Seftriakson 1 gr 2x1 IV tedavisi başlandı. Bu aşamada periüretral abseye neden olan üretral divertikülit ön tanısı konulan hastaya sistoüretroskopi yapılmasına karar verildi. Yapılan sistoüretroskopi distal üretral meatustan yaklaşık 1cm proksimalde üretrayla bağlantısı olan divertikül izlendi. Enfekte olarak apeleşmiş divertikül kesesi sistoüretroskopi eşliğinde drene edildikten sonra kese içerisine vajen mukozası geçilerek insülin enjektörü ile mükerrer kereler serum fizyolojik ve rifampisin içeren solüsyon verildi ve divertikül kesesi yıkandı. Bu aşamada eş zamanlı sistoüretroskopiye devam edildi ve divertikül kesesine verilen rifampisinli solüsyonun üretra içerisindeki divertikül meatusundan geldiği gözlemlendi. Divertikülden gelen püy içeriği bütünü ile sonlandıktan sonra işleme son verildi. İşlem sonrası 14 gün süresince, günde 2 defa vajinal palpasyonla belirtilen kitleye sağma tedavisi

uygulandı. Sistoüretroskopi işlemi sonrası üretradan bir daha püy gelmediği gözlemlendi. Seftriakson + Metronidazol tedavisi 14 güne tamamlandıktan sonra yapılan USG'de periüretal bölgede saptanan heterojen iç ekolar içeren kistik oluşumun bütünü ile kaybolduğu belirlendi. Şikayetleri gerileyen hasta oral Doksisisiklin 100 mg 2x1 ve Metronidazol 500 mg 2x1 tedavisine 14 gün devam edilmesi planlanarak taburcu edildi. Enfeksiyonu geriledikten sonra üretral divertiküle yönelik üroloji bölümü ile birlikte elektif koşullarda cerrahi planlanan hastanın 2. ve 3. ay kontrollerinde hiçbir şikayetinin kalmadığı, ultrasonografik incelemelerde periüretal hiçbir patolojik bulgusunun olmadığı belirlendi. Semptomları tamamen gerileyen hastaya bu aşamada cerrahi bir uygulama yapılmasından vazgeçildi ve hasta takibe alındı.



Şekil. Periüretal apsenin ultrasonografik görünümü

Tartışma

Üretral divertikül genelde pubokoksigeus kasının insersiyon noktasının yanında, arka orta bölümde uzanır. Uzun süre alt üriner sistem yakınmaları olan kadınlarda mutlaka akla gelmelidir. Vajinal kas hassasiyeti, irritatif semptomlar, üriner inkontinans ve üriner enfeksiyonlar en sık semptomlarıdır (2-4). Bizim olgumuzda da benzer şekilde pelvik ağrı, üretradan püy şeklinde gelen akıntı ve üriner enfeksiyon semptomları mevcuttu.

Üretral divertikülün ayırıcı tanısında Skene bezlerinin enfeksiyonu, sistosel, üretrosel ve subüretral kist düşünülmelidir. Translabial USG üretral divertikülün tanısı için geçerli, invaziv olmayan bir yöntemdir. Üretral rabdosfinkteri geçen kistik yapı görülmesi üretral divertikülün üretroskopik tanısı için yüksek prediktif değere sahiptir. Ultrasonografide çoklu hiperekojenik odaklar küçük bir üretral divertikülün varlığını düşündürülebilir (5). Olgumuzda ise, ultrasonografik incelemede, üretra ile vajen arasında belirgin kanlanma artışı gösteren vajen ön duvarında üretral osa 4cm mesafede olan, yaklaşık 2 cm boyutlarında iç ekolu kistik oluşum izlendi. Semptomlar, vajenden püy gelmesi

ve ultrasonografik bulgular birleştirildiğinde hastamıza üretral divertikülit üzerine gelişmiş periüretal apse ön tanısı konuldu ve yapılan sistoüretroskopi ile ön tanı doğrulandı.

Üretral divertiküllerin tedavi yöntemlerinden divertiküektomi ve rekonstrüksiyon zor bir prosedür olsa da rahatsız edici semptomların giderilmesinde hasta ve cerrah için tatmin edicidir. Bu yöntem, tüm üretral divertikül kesesinin çıkarılmasını, üretranın çok katlı ve örtüşmeyen çevre dokusunun emilebilir bir sütür ile kapatılmasını ve kontinansın korunması için üretral devamlılığın sağlanmasını içerir (6). Üretral divertikülü olan üriner inkontinans hastalarında da üretral divertiküektomi önerilen tedavi seçenekleri arasındadır (7). Üretral divertiküektomi başarılı bir tedavi yöntemi olmakla birlikte işlem sonrasında görülen komplikasyon oranı %17 düzeyindedir (2). En yaygın görülen komplikasyonlar tekrarlayan alt üriner sistem enfeksiyonları (%5), üretrovajinal fistül (%4), dirençli veya tekrarlayan divertikül formasyonu (%4) ve stres inkontinans gelişmesi (%2) olarak sayılabilir (2). Alternatif tedavi seçeneklerinin bulunması divertiküektomiye bağlı gelişebilecek bu komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Sunulan vakada sistoüretroskopi eşliğinde apse boşaltılarak apseleşmiş divertikül kesesine rifampisinli solüsyon vajinal yoldan mükerrer kereler verilmiş ve apse loju bütünü ile temizlenmiştir. İşlem sonrası antibiyotik tedavisi parenteral 14 güne tamamlanmış ve bu süreçte vajinal yolla her gün iki kere sağılma şeklinde lezyonun pansumanı yapılmıştır. Şikayetleri gerileyen hasta 14 gün oral antibiyoterapi planlanarak taburcu edilmiştir. Sonrasında 2. ve 3. aylarda yapılan kontrol muayenelerinde hastanın semptomlarının kaybolduğu ve vajendeki kitlenin bütünü ile gerilediği saptanmıştır. Bu durum üzerine, biraz önce de belirttiğimiz birçok komplikasyonu olan divertiküektomi cerrahisinden vazgeçilmiş ve hasta takibe alınmıştır. Bu hastada izlenen sistoüretroskopi eşliğindeki minimal invaziv yönetimin divertiküektomi cerrahisi öncesi her hastada denenebilir bir yöntem olduğu bilinmelidir. Ancak daha kesin sonuç verebilmek için 3 aydan daha uzun bir takip süresinin gerekliliği de akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak üretradan püy gelmesi şikâyeti ile başvuran hastalarda periüretal apseye neden olan üretral divertikülit olabileceği bilinmeli ve tanısına yönelik planlama yapılmalıdır. Bu hastaların tanı ve tedavisinde sistoüretroskopi eşliğinde minimal invaziv yönetimin denenebileceği unutulmamalıdır. Sunulan olguda sistoüretroskopi eşliğinde apse drenajı ve antibiyotik tedavisiyle kısa dönemde iyi sonuçlar elde edilmiştir. Ancak uygulanan tedavinin uzun dönem sonuçları ve rekürrens riskinin cerrahi tedavi ile kıyaslanabilir olup olmadığı henüz bilinmemektedir. Bu konunun açıklığa kavuşması için daha uzun takip süreli geniş vaka serilerine ihtiyaç bulunmaktadır.



Kaynaklar

1. Mårtensson O, Duchek M. Translabial ultrasonography with pulsed colour-Doppler in the diagnosis of female urethral diverticula. *Scand J Urol Nephrol* 1994; 28:101-104.
2. Leach GE, BavendamTG. Female urethral diverticula. *Urology* 1987; 30:407-415.
3. Baert L, Willemen P, Oyen R. Endovaginal sonography: new diagnostic approach for urethral diverticula. *J Urol* 1992; 147:464-466.
4. Presman D, Rolnick D, Zumerchek J. Calculus formation within a diverticulum of the female urethra. *J Urol* 1964; 91:376-379.
5. Gillor M, Dietz HP. Translabial ultrasound imaging of urethral diverticula. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 54:552-556.
6. Greiman AK, Rolef J, Rovner ES. Urethral diverticulum: A systematic review. *Arab J Urol* 2019; 17:49-57.
7. Barratt R, Malde S, Pakzad M, Hamid R, Ockrim J, Greenwell T. The incidence and outcomes of urodynamic stress urinary incontinence in female patients with urethral diverticulum. *Neurourol Urodyn* 2019; 38:1889-1900.