

Erişkinde mesane tümörünü taklit eden urakus apsesi

Hüseyin Özdemir, Mutlu Cihangiroğlu, Hanifi Yıldırım, Murat Akfırat

H. Özdemir (E), M. Cihangiroğlu, H. Yıldırım, M. Akfırat
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim
Dalı, Elazığ

Urakal hastalıklar nadir olarak görülmekte olup, mesane ile umblikus arasındaki fetal bağlantının devamlılığı veya parsiyel olarak tekrar açılması nedeniyle ortaya çıkan konjenital anomaliler sonucu gelişir. Yenidoğan döneminde insidansı 2/300.000 olgudan daha az olarak bildirilmiştir (1,2). Erişkinde çok daha nadir olarak görülen ve genellikle 20-40 yaşları arasında ortaya çıkan urakal kalıntı patolojileri sıklıkla enfekte urakal kist ve urakal karsinomadır (3).

Bu makalede erişkin bir olguda saptanan, mesane anterior duvarında lokalize, mesane içerisine protrüde görünümde, urakal kalıntı apsesinin ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularının sunulması ve ayırıcı tanılarının tartışılması amaçlanmıştır.

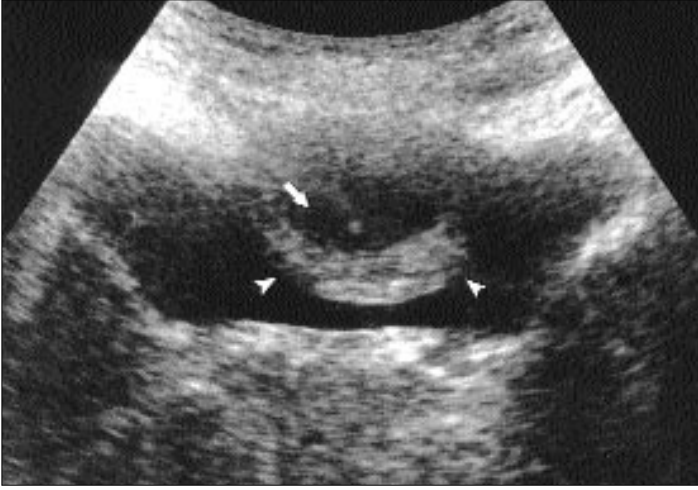
Olgu bildirisi

Otuzbeş yaşında kadın olgu, 3 hafta önce başlayan kasıklara vuran alt karın ağrısı, ateş ve dizüri yakınmaları ile hastanemize başvurdu. Olgunun yapılan US incelemesinde mesane antero-süperiyorunda, mesane lümenine protrüde görünümde, 5x3.5 cm boyutlarında, kistik alanlar içeren, heterojen hipoekoik kitle saptandı (Resim 1). Diğer abdominal organlar normal olup serbest sıvı ya da lenfadenopati saptanmadı.

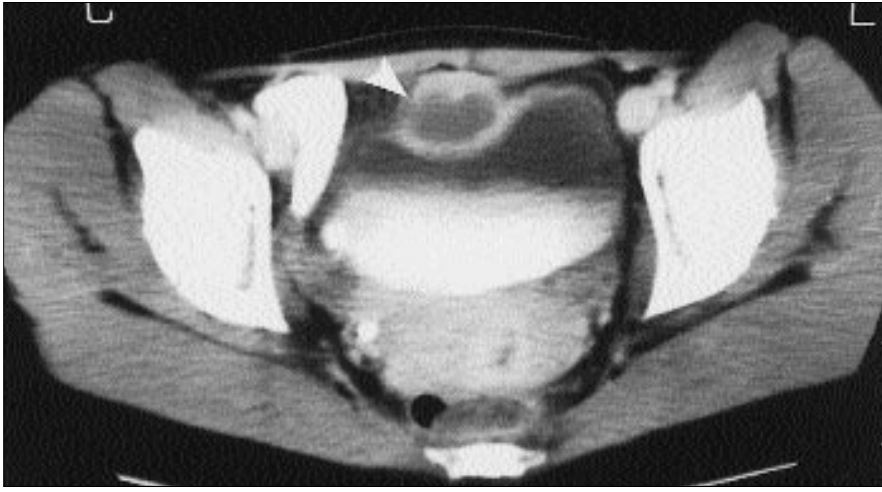
Kitlenin lokalizasyonunun ve yayılımının gösterilebilmesi için kontrast öncesi ve sonrası yapılan aksiyel BT incelemesinde pelviste orta hatta, mesane anterosüperiyorunda, kalın duvarlı, düzgün konturlu, hipodens kitle izlenmekte olup, belirgin duvar ve septal boyanma göstermekteydi (Resim 2). Kitlenin mesane ön duvarına belirgin protrüzyon göstermesi ve mesane duvarından sınırlarının net olarak ayırt edilememesi mesane kökenli tümöral kitleyi düşündürmekteydi.

MRG incelemesinde tanımlanan lokalizasyonda T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens, belirgin çevresel kontrast tutulumu gösteren, kalın duvarlı, ince septalar içeren lezyon saptandı (Resim 3A,B). Özellikle sagittal MRG kesitlerinde mesane duvarının intakt olması ve mukozal düzensizlik tespit edilmemesi nedeniyle mesane veya urakal kalıntı patolojisi, öncelikle de apse olarak değerlendirildi (Resim 3C).

Operasyonda kitlenin eksizyonu ile mesane serozasındaki yapışıklıklardan dolayı parsiyel sistektomi uygulandı ve histopatolojik tanı urakal kalıntı apsesi olarak bildirildi.



Resim 1. Aksiyel US kesitinde mesane anteriorunda mesaneye protrüzyon gösteren, santrali hipokoik (ok), kalın duvarlı (ok başları) urakal apse.



Resim 2. İntravenöz kontrast sonrası alınan aksiyel BT kesitinde santrali hipodens urakal apsenin periferel boyanması (ok başı).

Tartışma

Urakal anomaliler nadir olmakla birlikte pediatrik otopsi serilerinde 5.000 doğumda 1 gibi yüksek sıklıkta bildirilmesi urakal patolojilerin büyük çoğunluğunun klinik olarak sessiz kaldığını düşündürmektedir (2).

Urakus embriyolojik olarak allantois ve kloakanın ventral parçasından gelişir. Mesane ile umblikus arasındaki urakal bağlantı genellikle doğumdan önce veya neonatal dönemde kapanır ve tübüler yapıdaki urakus umblikustan mesane anterior domuna uzanan fibröz bir bant olarak kalır (1). Urakus açıklığının devamlılığı başta enfeksiyon olmak üzere birçok urakal hastalığa zemin hazırlar (1).

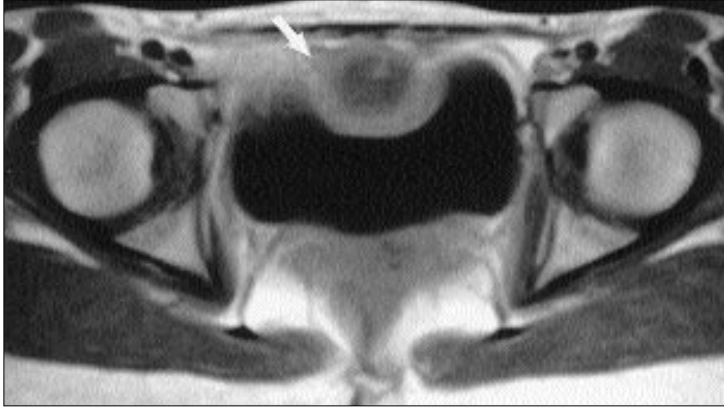
Urakal anomaliler temel olarak 4 gruba ayrılırlar. Bunlar patent urakus,

umbikal urakal sinüs, veziko-urakal divertikül ve urakal kistlerdir (2). Erişkinde saptanan urakal anomalilerin dağılımı ile ilgili bir çalışmada 109 olgudan 53'ü (%48.6) urakal kist, 25'i (%22.9) patent urakus, 24'ü (%22) umbikal urakal sinüs ve 7'si ise (%6.4) veziko-urakal divertikül olarak bildirilmiştir (4). Patent urakus US ve BT'de mesanenin anterosüperior yüzeyi ile umblikus arasında tübüler bir bağlantı olarak görülür. Umbikal urakal sinüs umblikusun altında orta hatta, kalın tübüler bir yapı olarak ortaya çıkar. Veziko-urakal divertikül genellikle BT'de rastlantısal olarak saptanır ve mesanenin anterosüperior yüzeyinin hemen üzerinde orta hatta kistik lezyon olarak tanımlanır. US'de umblikusla ilişkisi olmayan, ekstraluminal

protrüzyon gösteren sıvı dolu kese olarak da görülür. Urakal kistler her iki modalitede de alt abdominal duvarda orta hatta umblikusun hemen altında ve mesanenin üzerinde, mesane ile direkt ilişkisi olmayan kistik kavite olarak ortaya çıkar (5). Olgumuzda saptanan urakal kalıntı mesane ve umblikus ile devamlılığının olmaması nedeniyle urakal kist ve apse olarak değerlendirildi.

Urakal kalıntının tipi ve anatomik yapılarla ilişkisi patolojilerin semptom ve bulgularını belirleyen en önemli faktörlerdir (2,5). Urakal kavite anteriorunda fasya transversalis ve posteriorunda paryetal periton ile çevrilidir. Bu anatomik ilişkiden dolayı urakal kalıntı dışına yayılan enfeksiyon peritoneal bulgu ve semptom olmadan orta hatta infraumbikal apse şeklinde de ortaya çıkabilir. Urakal kistlerin büyük çoğunluğu tanı esnasında enfektedir. Enfekte olmayan kistler rastlantısal olarak laparotomi ya da değişik nedenlerle yapılan radyolojik incelemeler sırasında bulunur (2).

Urakal kalıntı patolojilerinin tanısında kullanılabilen modaliteler US, BT, MRG, sistografi ve fistülografidir (5-7). Direkt karın röntgenogramlarında urakal tümörlerin %5'inden daha azında periferel veya internal kalsifikasyonlar görülebilir (8,9). Olguların %11.5'inde ekskretuar ürografi ve voiding sistografide mesane apeksinde deformite veya bası görülebilir. Buna karşılık US ve BT gibi kesitsel görüntüleme yöntemleri ile urakal lezyonların varlığı ve karakteristik lokalizasyonu ile boyutu, iç yapısı, karın duvarı, umblikus, mesane ve komşu yapılarla ilişkisi en iyi şekilde gösterilir. Bazı olgularda US ve BT eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılabilir (10). Önceki çalışmalarda urakal enfeksiyon ve tümörlerin başlıca US ve BT bulguları tanımlanmıştır (3). Enfekte urakal kistin tanısında US genellikle yeterlidir, ancak malignensi şüphesi varsa BT önerilmektedir. Bununla birlikte US ve BT gibi yöntemler inflamatuvar ve neoplastik lezyonların ayırımında yetersiz kalabilir. US'de solid görünümde olabilen apse-



Resim 3. Aksiyel T1 (A), aksiyel T2 ağırlıklı (B), İV kontrast madde sonrası T1 ağırlıklı sagittal MRG kesitlerde (C) mesane içine protrüze, T1 ağırlıklı görüntülerde santrali hipointens (ok), T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, kalın duvarlı, periferik ve septal boyanma gösteren lezyon. Kontrastlı sagittal MRG'de periferik ve septal kontrast tutulumunun yanısıra mesane mukozasında intakt görünüm (ok başları).

13). Olgumuzda ise lezyonun öncelikle apse olarak düşünülmesine rağmen US ve BT'de mesane ön yüzüne protrüde olması, mesane duvarı ile sınırlarının ayırt edilememesi ve heterojen iç yapısı nedeniyle tümörden net olarak ayırt edilemedi. Ancak özellikle sagittal MRG kesitleri lezyonun yerleşimini ve mesane ile ilişkisini net olarak ortaya koyabildi.

Urakal kalıntı apseleri mesane tümörleri ile karışabilir. Bir çalışmada US ve BT incelemesi sonucu mesane anterioruna lokalize tümöral kitle tanısı alan üç olguda laparotomi sonrası histopatolojik inceleme yaygın kronik

inflamasyon ve fibrozis ile karakterize apse formasyonunu ortaya çıkarmıştır (11). Bu sonuçlar olgumuzdaki US ve BT bulguları ile benzerlik göstermekte olup, farklı olarak tanımlanan MRG bulgularının tanıya katkısını destekler niteliktedir.

Sonuç olarak yetişkinde urakal kalıntılar enfeksiyon veya tümöral gelişim olmadan klinik bulguya neden olmayabilir. Urakal kalıntı patolojilerinin tanısında US ve BT yararlı olmakla birlikte, MRG multiplanar görüntüleme olanakları sayesinde mesane ile ilişkisini güvenilir şekilde ortaya koyabilir.

C

ler BT'de de sıvıdan daha yüksek atenuasyon değerine sahip olacağı için neoplazmı düşündürebilir. Buna karşın nekroz, kanama ya da mukoid içeriğe bağlı olarak BT'de santrali hipodens olarak görülebilen tümörler inflamatuvar kitleyi taklit edebilir (8,11-

Kaynaklar

1. Baurer SB, Retik AB. Urachal anomalies and related umbilical disorders. *Urol Clin North Am* 1978; 5: 195-211.
2. Ward TT, Saltzman E, Chiang S. Infected urachal remnants in the adult: case report and review. *Clin Infect Dis* 1993; 16:26-29.
3. Catanzaro D, Mirk P, Carbone A, et al. Case report: amebic abscess of urachal remnant. *Eur Radiol* 2001; 38:219-224.
4. Blichert-Toft M, Nielsen OV. Congenital patent urachus and acquired variants: diagnosis and treatment. Review of the literature and report of five cases. *Acta Chir*

CASE REPORT: URACHAL REMNANT ABSCESS MIMICKING BLADDER NEOPLASM IN AN ADULT

Abnormalities of the urachus in adults are uncommon. Urachal tract remnants that abnormally remain patent may cause some diseases such as infection, abscess, neoplasm, cyst and diverticulum. We describe a case of abscess of an urachal remnant mimicking bladder neoplasm in an adult with ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging findings.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2002; 8:250-252

Scand 1971; 137:807-814.

5. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, et al. Urachal remnant diseases: spectrum of CT and US findings. *RadioGraphics* 2001; 21:451-461.
6. Berman SM, Tolia BM, Laor E, et al. Urachal remnants in adults. *Urology* 1988; 31:17-21.
7. Goldman IL, Caldame AA, Gauderer M, et al. Infected urachal cysts: a review of 10 cases. *J Urol* 1988; 140:375-378.
8. Korobkin M, Cambier L, Drake J. Computed tomography of urachal carcinoma. *J Comput Assist Tomogr* 1988; 12:981-987.
9. Fitzgerald ED, Pirani M. Computed to-

mography and ultrasound of a urachal cancer. *Br J Radiol* 1985; 58:88-90.

10. Spataro RF, David RS, Mc Lachlan MSF, et al. Urachal abnormalities in the adult. *Radiology* 1983; 149:659-663.
11. Chen WJ, Hsieh HH, Wan YL. Abscess of urachal remnant mimicking urinary bladder neoplasm. *Br J Urol* 1992; 69:510-512.
12. Candamio MD, Pombo F, Arnal F, et al. Xantogranulomatous urachitis: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1998; 22:93-94.
13. Van Wijk FJ, Lodder JV. Actinomycosis of urachal remnant. *Eur Urol* 1991; 19:339-340.