

Megaüretere Yol Açan Komplike Paraüretal Kist Olgusu

A Case of Complicated Paraurethral Cyst Leading to Megaureter: Case Report

Öner ÖZDEMİR,^a
Neşe AKCAN^b

^a3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
^bÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 12.04.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 13.07.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Öner ÖZDEMİR
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
ozdemir_oner@hotmail.com

ÖZET Yenidoğan kız çocuklarında ortaya çıkan interlabiyal kitleler arasında olan paraüretal kistler, hayli nadir görülür. Bunlar genellikle basit kistler şeklindedir. Bu makaledeki olgunun sunulma nedeni, kistin hidronefroz ile beraber seyretmesidir. Yenidoğan kız bebeklerde ya da küçük kız çocuklarında interlabiyal kitle saptandığında, ayırıcı tanıda paraüretal kist dışında başlıca imperfore himen ile birlikte hidro(metro)kolpos, üretra prolapsusu, üreterosel prolapsusu ve vajenin rabdomyosarkomu da düşünülmelidir. Önceki yayınlarda kistin hemen cerrahi olarak tedavi edilmesi önerilirken, bazı olgularda lezyonun kendiliğinden kaybolduğu gözlemlendiğinden, son zamanlarda konservatif tedavi yaklaşımı önerilmektedir. Yenidoğan bebeklerin genital bölgesi, normal yapının çeşitlilik arz etmesi nedeniyle nadir görülen lezyonların tanınması güç olacağından, dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir. Bu lezyonları birbirinden ayırmak bazen epeyce güç olsa da, üretranın kitle ile ilişkisi ve kitlesel lezyonun özellikleri ayrımda kolaylık sağlayabilmektedir. Hastamız, basit bir paraüretal kistin ileri derecede hidroüreteronefroza yol açabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üretra tıkanıklığı; hidrokolpos; rabdomyosarkom; hidronefroz; piyonefroz

ABSTRACT Paraurethral cysts that are among interlabial masses occurring in female neonates are quite rare. Although they usually appear as simple cysts the case presented in this paper had a complicated cyst with hydronephrosis. When an interlabial mass is detected in newborn girls or young female children, the differential diagnosis should include imperforated hymen, hydro (metro) colpos, urethral prolapsus, ureterocele prolapsus and rhabdomyosarcoma of the vagina in addition to paraurethral cyst. In previous studies, while surgical treatment of the cyst was recommended immediately, the recent trend is conservative approach as the lesion disappears spontaneously in some cases. Genital area of the newborns should be examined carefully due to the difficulty of recognizing rare lesions. Although differentiation of these lesions is sometimes quite difficult, relationship of the urethra with the mass allows the recognition of characteristics of the mass lesion. Our patient showed that a simple paraurethral cyst might lead to severe hydroureteronephrosis.

Key Words: Urethral obstruction; hydrocolpos; rhabdomyosarcoma; hydronephrosis; pyonephrosis

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(5):1490-5

Paraüretal kist (PÜK) ya da Skene kisti, Skene kanalları denilen tübülo-alveoler mukoz bezleri oluşturan kanalların kistik dilatasyonu ile ortaya çıkan, nadir paraüretal yerleşimli lezyonlardır.¹ Aslında paraüretal (Skene) kanal bezi, erkekteki prostat bezinin kadınlardaki rudimenter homologudur. Üretra orifisine komşu olan Skene kanallarının yangısına bağlı obstrüksiyona daha sıklıkla rastlanmaktadır.^{1,2} Literatürde

maternal hormonların da, bezlerdeki sekresyon artışına neden olarak obstrüksiyon yapıp kist oluşturabileceği düşünülmüştür.³ Hormonlarla ilişkisinden dolayı bazen bu hastalarda PÜK ile beraber vajinal kanama ya da jinekomastiye de rastlanabilir. Bu kistler aspire edildiğinde, süt benzeri mukoz bir sıvı elde edilir.

PÜK'ler genellikle basit kistler şeklindedir ve kız bebeklerde interlabiyal (introital) kitle olarak nadiren karşımıza çıkabilir.⁴ PÜK'lerin literatürde sıklığı, canlı doğan her 10 000 kız bebekte 1-10 arasındadır.⁵ Buna rağmen İngilizce literatürde 2007 yılına kadar 49 olgunun yayımlandığı saptanmıştır. Sunulan hastaların çoğu yenidoğan döneminde, az sayıda olgu ise 5 hafta-1 yaş arasında tanı almıştır.⁶ Olgumuz patolojik olarak basit PÜK sayılmakla beraber, bugüne kadar pek bildirilmemiş ileri derecede hidronefroz ve megaüreterle komplike olduğundan burada sunulmakta ve klinikteki komplikasyonlarına dikkat çekilmektedir.

OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşındaki annenin ilk gebeliğinden normal spontan vajinal yol ile 42 haftalık 3,610 g doğan kız bebek, postnatal 1. gün muayenesinde interlabiyal bölgede kitlesi olması üzerine yenidoğan servisine yatırıldı. Antenatal öyküsünde üçlü test sonuçları [β -human koriyonik gonadotropin (HCG), östriol (E3), alfa fetoprotein (AFP)] normal bulunmuştu. Annede gebelik esnasında bakılan tiroit hormonları, prolaktin ve oral glikoz tolerans testi (OGTT) normal sınırlarda tespit edildi. Ancak oligohidramnios saptanan hastanın 29, 31 ve 35. haftalık prenatal ultrasonografi ile takipleri yapılmıştı. Otuz bir haftalık prenatal ultrasonografide sol böbrek normal, sağ böbrek pelvik çapı geniş (20 mm) ve mesanenin sağ arkasında ureter dilate (10 mm) saptanmıştı. Otuz beş haftalıkken sağ böbrek pelvik çapı aynı genişlikte (20 mm) kalırken, ureterin dilatasyonunun hafif arttığı (12 mm) gözlenmişti. Oligohidramnios nedeniyle alınan amniyosentez sıvısından yapılan sitogenetik analiz, herhangi bir sayısal ve gross yapısal bir anomali sergilememişti. Anne baba arasında akrabalık ve bilinen hastalıkları yoktu. Annenin son 2 yıldır adet düzensizlikleri ve overlerinde kistlerinin olduğu öğ-

renildi. Annede ilaç ve sigara kullanma öyküsü mevcut değildi. Doğum ve perinatal dönemde anne ya da çocukta ek bir patoloji de saptanmamıştı.

Hastaneye yatışındaki fizik muayenede genel durumu iyi, yenidoğan refleksleri canlı-aktif olan bebeğin vital bulguları normal bulundu. Solunum, batın ve nörolojik muayenesi doğaldı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde, mezokardiyak bölgede 1-2/6 sistolik üfürüm dışında bir özellik yoktu. Ürogenital bölge muayenesinde, interlabiyal yerleşimli, yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, genital mukozaya ile kaplı, yumuşak kıvamlı, ovoid görünümde kitlesel lezyon izlendi (Resim 1A). Kistten dolayı uretra ve vajina açıklıkları görülemedi. Fakat idrar çıkışında problem yoktu.

Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, akut faz reaktanları, rutin biyokimyasal testler ve böbrek fonksiyon testleri normal bulundu. Tam idrar tetkikinde piyürisi saptanan hastadan idrar kültürü gönderildi ve hastaya antibiyotik tedavisi başlandı. Yatışının 1. gününde yapılan ultrasonografide sağ böbrek parankim kalınlığının 7 mm olduğu, incelmış ve parankim ekojenitesinin artmış olduğu saptandı. Sağ böbrek uzun aksı 56 mm, sağ renal pelvis antero-posterior çapı 27 mm, pelvis-kalisyel sistemde IV. dereceden hidronefroz lehine dilatasyon (Resim 2A) ve sağ tarafta megaüreter (en geniş yerinde çapı 17,5 mm'ye ulaşacak şekilde) izlendi (Resim 2B). İnterlabiyal mesafeden dışarı taşımış görünümdeki yapı ise 29x25x30 mm boyutlarında hipoekoik, yoğun içerikli, kalın duvarlı (2,6 mm) komplike kistik lezyon ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2C).

Bu oluşumun orijinini daha net belirleyebilmek için hastada manyetik rezonans görüntüleme (MRG) taraması yapıldı. Ön-arka ve yan çekilen tüm batın ve pelvik MRG incelemelerinde, paraüretal lokalizasyonda yaklaşık 3 cm çaplı kistik lezyon ve belirgin hidronefroz izlendi (Resim 3A, B). Yandan çekilen tüm batın MRG incelemesinde de, sağ taraftaki megaüreterle uyumlu IV. dereceden hidronefroz daha bariz şekilde görülüyordu (Resim 3B).

Duyulan üfürüm nedeniyle istenilen kardiyoloji konsültasyonu, minimal/fizyolojik periferik pulmoner stenoz ve patent foramen ovale bulun-



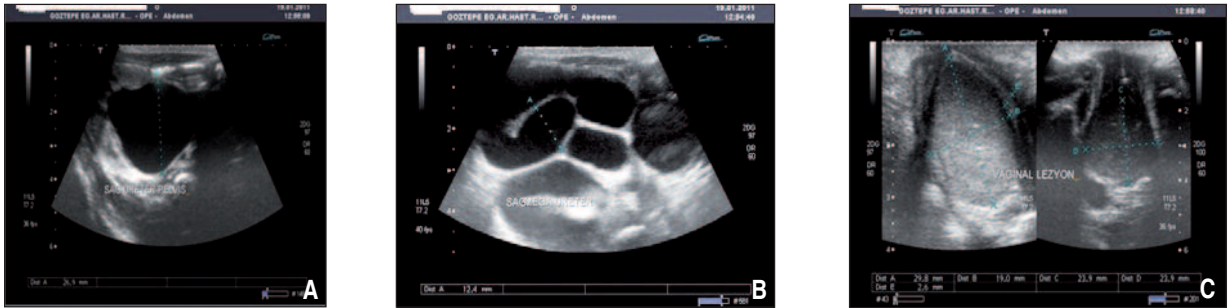
RESİM 1: Paraüretral kistin ve aspire edilen sıvının çıplak gözle görünümü.

RESİM 1A: Operasyondan önce vulvadaki interlabiyal (introital) kitlenin görüntüsü. İnterlabiyal yerleşimli kitle yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, genital mukozaya kaplı, ovoid, yumuşak/elastik kıvamlı ve kısmen kırmızımsı olmakla beraber genelde kremi görünümündeydi.

RESİM 1B: Operasyondan sonra (5. gündeki) vulvanın görüntüsü. Kist başarılı bir şekilde eksize edildiğinden kitle kaybolmuştur.

RESİM 1C: Operasyon sırasında aspire edilen kistin sütümsü (mukoz) içeriği göze çarpmaktadır.

(Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

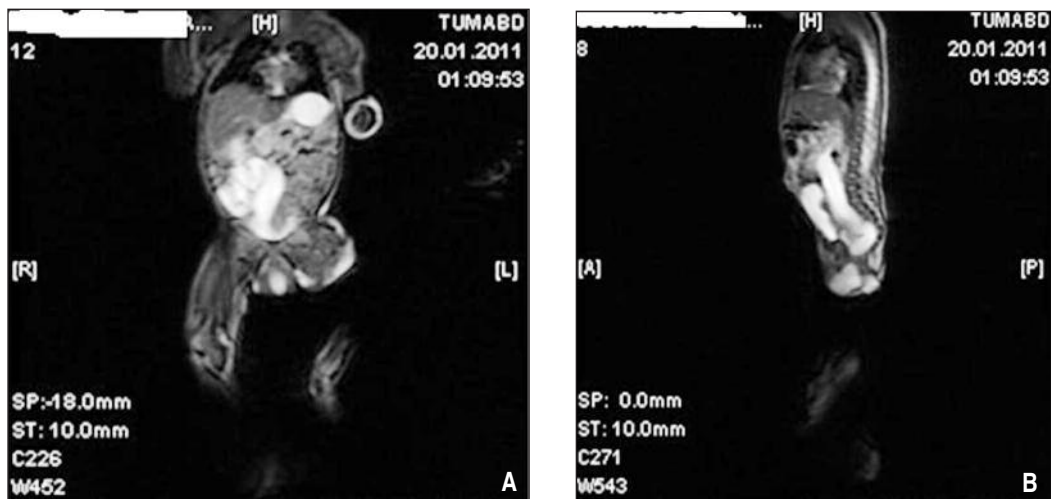


RESİM 2: Hastanın böbrek ve genital bölge ultrasonografik görüntüleri.

RESİM 2A: Üçüncü günde yapılan abdominal ultrasonografide sağ böbrek parankim kalınlığının 7 mm olduğu, incelendiği ve parankim ekojenitesinin artmış olduğu izlenmektedir. Sağ renal pelvisin antero-posteriyör çapı 27 mm ölçülmüştür; pelvikalisiyel sistemde IV. dereceden hidronefroz lehine dilatasyon görülmektedir.

RESİM 2B: Sağ tarafta IV. dereceden hidronefroza bağlı megaüretere (en geniş yerinde çapı 17,5 mm'ye ulaşacak şekilde) izlenmektedir.

RESİM 2C: İnterlabiyal mesafeden dışarı taşır görünümdeki paraüretral yapı ise 29x25x30 mm boyutlarında hipoekoik, yoğun içerikli, kalın duvarlı (2,6 mm) kompile kistlerle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.



RESİM 3: Olgunun böbrek ve genital bölge manyetik rezonans görüntüleri.

RESİM 3A: Ön-arka tüm batın ve pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde paraüretral lokalizasyonda 2-3 cm çaplı kistik lezyon ve sağda belirgin hidronefroz izlenmektedir.

RESİM 3B: Yandan çekilen tüm batın MRG incelemesinde, sağ tarafta megaüreterle giden IV. dereceden hidronefroz daha bariz şekilde görülmektedir.

duğunu ortaya koydu. Ayrıca, çocuk cerrahisine danışılan hastadaki kistik lezyonun imperfore himen ya da PÜK olabileceği ön tanı olarak düşünüldü ve sistoskopinin de aynı seansta yapılması planlanarak hasta operasyona alındı. Operasyonda bu kitlenin kistik bir yapı olduğu, vajinayı sola, üretra meatusunu yukarıya ittiği gözlemlendi. Sistoskopide mesanenin normal yapıda ve her iki üreter orifisinin de açık olduğu belirlendi. PÜK'nin mukozası da disseke edilerek marsupiyalizasyon yapıldı; kistin içinden sütümsü mukoid kıvamlı sıvı aspire edildi (Resim 1C). Kistin çıkarılmasından sonra postoperatif 5. günde genital bölgenin görüntüsü Resim 1B'de gösterilmiştir. İnterlabiyal bölgedeki kitle, cilt-cilt altı eksizyonel biyopsi örnekleri ile yapılan patolojik incelemede, skuamöz ve müsinoz epitel ile döşeli kistik yapı olarak tarif edildi. Kistik oluşum 3,5x1,5x0,3 cm boyutlarında, krem renginde ve elastik kıvamlı olarak değerlendirildi. Paraüretral yerleşkedeki bu kistin Skene bezi kisti ya da PÜK ile uyumlu olduğu bildirildi.

Postoperatif (eksizyon sonrası) 5. ve postnatal 10. günde yapılan ilk kontrol ultrasonografik görüntüleme, sağ böbrek uzun aksı 55 mm ölçüldü; sağ böbrek pelvis çapı (22 mm) ve sağ üreter çapında (proksimalde 14 mm, distalde 8 mm) kısmi gerileme gözlemlendi. Sağ üreter tüm seyri boyunca hâlâ ileri derecede dilate ve tortioz şekilde idi. Bu görünüm, IV. dereceden hidroüreteronefroz ve piyonefroz ile uyumlu bulundu. Sol böbrek tamamen normaldi. Bu sonuçlar, hidronefrozun ortaya çıkışında ve derecesinde PÜK'nin katkısının olabileceğini ve en azından klinik açıdan komplike bir kist olduğunu düşündürdü. Postnatal 1 aylıkken yapılan ikinci kontrol ultrasonografi ile PÜK çıkarıldıktan sonra III. dereceye gerileyen hidroüreteronefroz saptandı. Sağ böbrek normal boyutta, korteks ekosu, parankim kalınlığı, parankim-sinus oranı tabii saptandı. Sağ böbrek pelvis çapı 23 mm idi. Sağ böbrek pelvikalisijel sistem ve sağ üreter hâlâ ileri derecede dilate idi. Daha sonra yapılan Tc-99m MAG3 dinamik böbrek sintigrafisi perfüzyonunda, sol böbreğin ekstraksiyon ve ekskresyonunun normal sınırlarda, sağ böbreğin ise perfüzyonu ve ekstraksiyon fonksiyonunun azalmış, ekskresyon fonksiyonunun diüretiğe yanıt

vermeyen pelvikalisijel retansiyon nedeniyle uzamış olduğu gözlemlendi. Statik parankim böbrek sintigrafisi (Tc-99m DMSA) ve tomografik (SPECT) görüntüleme, her iki böbreğin total fonksiyonel kortikal kitleye katkıları sağ %19, sol %81 olarak hesaplandı. Sağ böbrek parankiminde çoklu hasarla uyumlu kusurlar olduğu ve global parankimal inceleme ile uyumlu olacak şekilde aktivitenin ileri derecede azaldığı gösterildi. Hastanın yatışı esnasında operasyon sırasında yapılan hormon incelemelerinde, total testosteron 0,23 ng/mL, östradiol <20 pg/mL, luteinizan hormon (LH) <0,2 mIU/mL ve folikül stimüle edici hormon (FSH) 4,62 mIU/mL olacak şekilde, yaşına uygun normal sınırlar içinde bulundu. Ameliyatın ardından nefroloji hekimlerine danışılan hasta, sefalesin profilaksisine alınarak ayakta nefroloji ve çocuk cerrahisi polikliniklerine gelmek üzere taburcu edildi. Taburculuktan kısa bir süre sonra profilaksiye rağmen idrar kültüründe anlamlı derecede *E. coli* üremesi (>100 000 cfu/mL) saptanan hasta, piyelonefrit ön tanısı ile tedavi için tekrar yatırıldı. [Hastamızdan bu sunum için bilgilendirilmiş olur alınmıştır.]

TARTIŞMA

PÜK'ler, genellikle basit kistler şeklinde kız bebeklerde interlabiyal (introital) kitle olarak karşımıza çıkabileceği gibi, bazen hastamızda olduğu gibi kliniğe yansıyan ağır komplikasyonlara da yol açabilir. Pubmed/Medline kullanarak yaptığımız literatür taramamıza göre, PÜK'nin hidronefroza yol açtığına ya da birlikte bildirildiğine dair bir bilgiye rastlamadık. Ayrıca PÜK'nin başka anomali ya da komplikasyonlarla birlikteliği, bilginiz ölçüsünde, yine rapor edilmemiştir. Böbrek hastalıklarının sık görüldüğü ülkemizde PÜK saptanan bir yenidoğan bebekte mutlaka ileri değerlendirmenin yapılması gerektiğini bu olgu göstermektedir.

Ayrıca PÜK, klinikte daha ciddi seyredebilen bu hastalıklarla karışabileceği için de önem arz etmektedir. Hastamızda olduğu gibi, yenidoğan kız bebeklerde ya da küçük kız çocuklarında interlabiyal kitle saptandığında, ayırıcı tanıda, PÜK'nin yanı sıra başlıca imperfore himen ile birlikte hidrometrokolpos, üretra prolapsusu, ektopik üreterosel ve vajinanın rabdomiyosarkomu da

düşünülmelidir.¹⁻⁶ Bu nedenle bu hastalarda, özellikle bir ürolojik ve jinekolojik muayene yapılması gereklidir. Ürolojik muayene ile kitlenin, ektopik ureterosele, uretrosel, uretral divertikülün yanı sıra, selim veya malign uretral ve paraüretral tümörlerden ayrımı sağlanır.^{1,4} Ayrıca jinekolojik muayene de, bilhassa erişkin reproduktif çağıdaki bir hastada bunun Bartholin bezi kisti/apresi gibi selim lezyonlardan ve vajinal rabdomiyosarkomdan ayrımını sağlar.^{7,8}

Ayrııcı tanıda düşünülmesi gereken tanılardan biri olan hidrokolpos, uterus ve servikal bölge bezlerinden, intrauterin dönemde bebeğin maruz kaldığı maternal östrojen ya da doğum sonrası çekilen östrojene bağlı olarak salgılanan kan ve/veya mukus birikimi sonucunda vajina ve uterusun distansiyonu olarak tanımlanır. Sekresyonların imperfore himen nedeniyle alçak transvers vajinal septumun ardında birikmesi de interlabiyal kitleye sebep olabilir.⁹

Üretra prolapsusu ise sıklıkla siyah ırkta, premenarşiyal dönemdeki kızlarında görülür. Bu lezyonda interlabiyal kitle yuvarlak, yüzeyi düzgün, kırmızı renkli ya da siyanotik olup, uretral meatusu tamamıyla çevreler şekilde yerleşmiş olarak izlenir. Vajinal açıklık kitlenin arkasında seçilebilir. Prolabe uretranın mukozası frajil olduğundan, hastalar hematüri, vajinal kanama ya da çamaşırdaki lekelenme şikâyetleri ile başvurabilir. Kitlesel lezyonun santral lümeninden kateter yerleştirilmesi ile idrarın geldiği görülür.^{1-6,10}

Ektopik ureterosele terminal ureterin konjenital kistik dilatasyonudur. Bu durum sıklıkla beyaz ırkın kız çocuklarında görülür ve intermittan ya da kronik idrar retansiyonuna neden olur. Prolabe olmuş ureterosele de interlabiyal bölgede yuvarlak, yüzeyi düzgün, prolapsusun gelişme süresine bağlı olarak kırmızı ya da maviye dönük renkte kitlesel lezyon olarak izlenebilir.^{1-6,11}

Vajinanın rabdomiyosarkomu ise yaşamın ilk 5 yılı içinde mesane, uterus ve vajinaya ait primer tümörler arasında en yaygın olanıdır. Diğer interlabiyal kitle lezyonlarından farklı olarak gri renkli, üzüm salkımına benzer şekilde görünür.^{1-6,12}

Bu lezyonları birbirinden ayırmak bazen hayli güç olsa da, uretranın kitle ile ilişkisi, kitlesel lezyonun özelliklerini ayırmada kolaylık sağlayabilmektedir.¹⁻⁶ Nadir de olsa PÜK'nin büyük boyutlara ulaşabildiği literatürde bildirilmiştir.¹³ PÜK uretra çıkışını yana kaydırabildiği gibi, vajinal açıklık da orta hatta ve kitlenin arkasına kayabilir. Olgumuzda interlabiyal bölgeden dışarıya doğru taşan kistik yapı, uretrayı yukarıya, vajinayı da sola deplase etmişti. Hastamızda sağ hidroüreteronefroz gelişmesinin sebebi muhtemelen PÜK olup, kitlenin uretra çıkışını yukarıya kaydırması buna yol açmış olabilir.

Önceki yayınlarda PÜK'nin hemen cerrahi tedavisi önerilirken, günümüzde, kistik lezyonun bazı durumlarda 6 aya kadar kendiliğinden kaybolduğu gözlemlendiğinden, bazı olgularda konservatif tedavi yaklaşımını benimsemek mümkündür.¹⁴⁻¹⁶ Hastamızda megaüreter gelişmesinde rolü olabileceği düşünüldüğünden, postnatal 3. gününde hemen kist eksize edilmiştir.

PÜK oluşumunda maternal hormonların yeri tartışılmakla beraber, hastamızın yatışının ilk günlerinde yapılan hormon tahlilleri (testosteron, östradiol, LH, FSH) normal sınırlar içinde bulundu.³ Hastamızın annesinde son 2 yıldır var olan adet düzensizlikleri ve over kistlerinin, bebekteki PÜK oluşumu ile ilgisini bugünkü bilgilerimizle değerlendirmek zordur.

Bu olgudan öğrenileceği üzere, yenidoğanlarda ürogenital bölgenin muayenesi özen ve dikkat gerektirir. Yenidoğan bebeklerin genital bölgesi, normal yapının çeşitlilik arz etmesi nedeniyle nadir görülen lezyonların tanınmasında güçlük yarattığından, dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir. İnterlabiyal kitle gibi nadir görülen ve ayrııcı tanısı güç olan durumlarda radyoloji, çocuk cerrahisi, üroloji, jinekoloji gibi farklı kliniklerden de görüş alınarak multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir.

Sonuç olarak, basit kabul edilebilen PÜK'nin, hastamızda olduğu gibi bazen klinikte hidroüreteronefroz gibi bir komplikasyonla karşımıza çıkabileceği tüm hekimler tarafından bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lee NH, Kim SY. Skene's duct cysts in female newborns. *J Pediatr Surg* 1992;27(1):15-7.
2. Parente Hernández A, Angulo Madero JM, del Cañizo López A, Sánchez Paris O, Romero Ruiz RM, Vázquez Estévez J. [The paraurethral cyst or Skene's duct cyst in the female newborn]. *Actas Urol Esp* 2006;30(1):93-4.
3. Soyer T, Aydemir E, Atmaca E. Paraurethral cysts in female newborns: role of maternal estrogens. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(4):249-51.
4. Nussbaum AR, Lebowitz RL. Interlabial masses in little girls: review and imaging recommendations. *AJR Am J Roentgenol* 1983;141(1):65-71.
5. Kimbrough HM Jr, Vaughan ED Jr. Skene's duct cyst in a newborn: case report and review of the literature. *J Urol* 1977;117(3):387-8.
6. Merguerian PA, McLorie GA. Disorders of the female genitalia. In: Kelalis PP, King LR, Belman AB, eds. *Clinical Pediatric Urology*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1992. p.1098-101.
7. Omole F, Simmons BJ, Hacker Y. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. *Am Fam Physician* 2003;68(1):135-40.
8. Birol A. [Benign, premalignant and malignant diseases in female genitalia]. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2010;3(4):41-9.
9. Tran AT, Arensman RM, Falterman KW. Diagnosis and management of hydrohematometrocopolpos syndromes. *Am J Dis Child* 1987;141(6):632-4.
10. Anveden-Hertzberg L, Gauderer MW, Elder JS. Urethral prolapse: an often misdiagnosed cause of urogenital bleeding in girls. *Pediatr Emerg Care* 1995;11(4):212-4.
11. Blaivas JG, Pais VM, Retik AB. Paraurethral cysts in female neonate. *Urology* 1976;7(5):504-7.
12. Calleja Aguayo E, Delgado Alvira R, Elías Pollina J, Romeo Ulecia M, González Esgueda A, Esteban Ibarz JA. [Differential diagnosis of the interlabial masses in girls under 5-years-old]. *Cir Pediatr* 2010;23(1):28-31.
13. Ejnès L, Toullalan O, Fayad S, Bongain A, Reville MD, Gillet JY. Very large Skene's duct cyst. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(6):598.
14. Fujimoto T, Suwa T, Ishii N, Kabe K. Paraurethral cyst in female newborn: is surgery always advocated? *J Pediatr Surg* 2007;42(2):400-3.
15. Herek O, Ergin H, Karaduman D, Cetin O, Akşit MA. Paraurethral cysts in newborn: a case report and review of literature. *Eur J Pediatr Surg* 2000;10(1):65-7.
16. Fathi K, Pinter A. Paraurethral cysts in female neonates. Case reports. *Acta Paediatr* 2003;92(6):758-9.