

Beş Yaşında Bir Erkek Çocukta Parsiyel Obstrüksiyon Nedeni: Üretral Polip

Urethral Polyp Causes of Urethral Partial Obstruction in a Five-Years Old Boy: Case Report

Dr. Cengiz GÜNEY,^a
Dr. Levent CANKORKMAZ,^a
Dr. Gökhan KÖYLÜOĞLU,^a
Dr. Mehmet H. ATALAR,^b
Dr. Hatice ÖZER,^c
Dr. Murat ÇAKAR^a

^aÇocuk Cerrahisi AD,

^bRadyoloji AD,

^cTıbbi Patoloji AD,

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Sivas

Geliş Tarihi/Received: 15.05.2008

Kabul Tarihi/Accepted: 05.09.2008

Bu çalışma,

*IX. Ulusal Çocuk Ürolojisi Kongresi
(8-11 Kasım, 2007)'nde poster olarak
sunulmak üzere kabul edilmiştir.*

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Cengiz GÜNEY
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Cerrahisi AD, Sivas,
TÜRKİYE/TURKEY
cguney@cumhuriyet.edu.tr

ÖZET Fibroepitelyal polipler üretranın nadir lezyonlarından. Genellikle iyi huylu oluşumlardır. Sıklıkla erkek çocuklarda, hayatın ilk 10 yılında görülürler. Klinikte işeme disfonksiyonu, hematüri ve üriner retansiyon bulguları mevcuttur. Tipik yerleşim yeri posterior üretradır. Etiyolojisi hala tartışmalıdır. Doğumsal, irritatif, enfeksiyöz, obstrüktif ve travmatik nedenlere bağlı olabileceği öne sürülmüştür. Tanısında işeme sistoureterografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Sistoskopi tanının doğruluğu ve tedavisi için gereklidir. Polipler eğer sistoskopik olarak tam çıkarılmazsa tekrarlamalar görülebilir. Sistotomi nadiren gerekli olur. Açık cerrahi sadece polibin transüretral yaklaşımla çıkarılmadığı durumlarda kullanılabilir. Bu çalışmada, geç tanı alan beş yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Olgumuzda rezeksiyon sonrası 16 aylık takipte rekürrens görülmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, üretra, polip

ABSTRACT Fibroepithelial polyps are rare lesions of the urethra. They are usually benign lesions. They are most frequently seen in males during the first decade of life. The main clinical manifestations are voiding dysfunctions, haematuria and urinary retention. The typical location is in the posterior urethra. The etiology is still controversial. Congenital, irritative, infectious, obstructive and traumatic causes have been proposed. The diagnosis is made by voiding cystourethrography, ultrasonography, computerized tomography. Cystoscopy is necessary for the confirmation of the diagnosis and the treatment. Cystotomy is rarely required. Open surgery can be used only when the transurethral resection is not possible. If polyps are not completely excised by cystoscopic procedure they may recurrence. A late diagnosed five-years old male case was presented in this report. In our case, no recurrence was observed after resection of 16 months regular control.

Key Words: Child, urethra, polyps

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2009;18(4):349-52

Üretral polipler çocuklarda üretral obstrüksiyonun nadir nedenlerindendir. Genellikle erkek çocuklarda hayatın ilk 10 yılında rastlanmaktadır. Ortalama görülme yaşı 8,9 olarak saptanmıştır.^{1,2} İnsidansı tam olarak bilinmemektedir. Literatürde olgu sunumları ve küçük seriler şeklinde yayınlar mevcuttur.^{1,3,4} Genellikle fibroepitelyal yapıda ve iyi huylu olarak kabul edilmektedir. Tipik yerleşim yerleri posterior üretradır. Üretral polipler işeme disfonksiyonu, dizüri, hematüri, idrar retansiyonu, sekonder enürezis gibi belirtilere neden olabilmektedir. Edinsel mi doğumsal mı olduğu halen tartışmalı olmasına rağmen, doğumsal olduğu daha yaygın kabul edilen bir görüştür.³ Bu çalışmada, geç tanı alan beş

yaşında bir erkek çocukta saptanan konjenital üretral polip olgusu klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Beş yaşındaki erkek hasta idrar yaparken zorlanma, kesik kesik işeme, makroskopik hematüri şikayetleri ile başvurdu. İnkontinans şikayeti yoktu. Bir yıl önce de bir kez aynı şikayetlerinin olduğu, ancak ampirik antibiyoterapi sonrası geçtiği öğrenildi. Üriner sistem ultrasonografisinde (USG); mesane duvar yapısı ve kalınlığı normal olarak izlendi. Lümen içerisinde inferiorda yerleşim gösteren duvarla ilişkili, pozisyonla hareketsiz, 7 mm çapında ekojen, oval, düzgün sınırlı oluşum tespit edildi. İşeme sistoüretrografi (İSÜG); mesane tabanında prostatik üretraya uyan bölgede 2 cm uzunluğunda düzgün sınırlı dolun defekti izlendi (Resim 1).

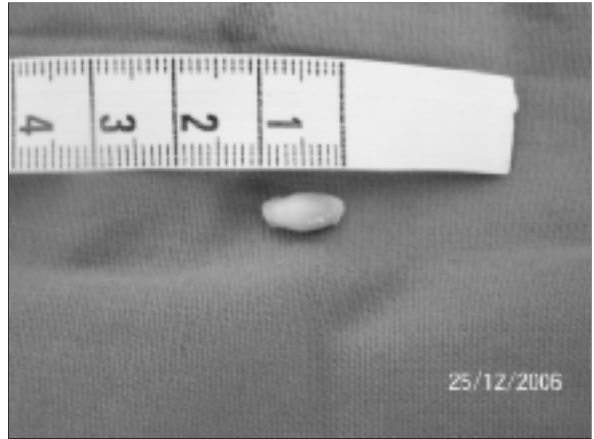
Kontrastsız pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; mesane tabanında internal sfinkte-



RESİM 1: İşeme sistoüretrografi; mesane tabanında prostatik üretraya uyan bölgede 2 cm uzunluğunda düzgün sınırlı dolun defekti.



RESİM 2: Bilgisayarlı tomografide polibin mesane içine uzanımı.



RESİM 3: Rezeksiyon sonrası polibin makroskopik görünümü.

re uyan bölgede mesane içerisine uzanım gösteren yaklaşık 1 cm uzunluğunda yumuşak doku özelliğinde polipoid yapı gözlemlendi (Resim 2).

Hastaya sistoüretroskopi yapıldı. Posterior üretrada duvara bir sapla bağlı polipoid yapı gözlemlendi ve endoskopik koter yardımı ile koterize edilerek çıkarıldı (Resim 3). İşlem sonrası birinci gün sonda drenajı uygulandı. İkinci gün hasta taburcu edildi.

Patolojik inceleme sonucu yer yer düz kas lifleri içeren minimal kronik iltihaplı ve ödemli fibrovasküler stromadan ibaret polipoid yapının fibroepitelyal polip ile uyumlu olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Fibroepitelyal polipler çocuklarda alt üriner sistemin nadir lezyonlarından ve kötü huylu olma-

yan polipler grubundan kabul edilirler.⁵ Etiyolojileri hala tartışmalıdır. Doğumsal, irritatif, enfektif, obstrüktif ve travmatik nedenlerden kaynaklandıkları varsayılmaktadır.⁶ Yenidoğan döneminde rastlanması, etiyojinin daha çok doğumsal olduğu varsayımını kuvvetlendirmektedir. Gebelik sırasında annenin östrojen kullanımının polip oluşumuna yol açabileceği belirtilmektedir.⁷ Olgumuzda annenin gebelik sırasında ilaç kullanım hikayesi bulunmamaktadır. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyon hikayesinin olmaması, irritatif ve travmatik bir nedenin saptanmaması olgumuzda polibin doğumsal kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Klinikte dizüri, hematüri, idrar retansiyon bulguları, idrar kaçırma, enfeksiyon gibi belirtiler ve rebileceği gibi, başka nedenlerle yapılan tetkikler sırasında da saptanabilir.⁸ Hepatoblastom ve Beckwith-Wiedemann sendromu gibi hastalıklara da eşlik edebilir.⁹ Ayırıcı tanıda üretral valv, yabancı cisim, kalkül, submukozal fibromatozis, ektopik üreterosele, verumontanumun hipertrofisi veya kaudal yerleşimi düşünülmelidir.⁸ Olgumuzda, başvurdan bir yıl önce de bir kez olan kesik kesik işeme ve kanlı idrar şikayetiyle gittiği hekim tarafından üriner enfeksiyon tanısıyla ampirik tedavi verilmesi tanının gecikmesine neden olmuş olabilir. Erkek çocuklarda üriner retansiyon bulguları ve hematüri olması detaylı inceleme yapılması için uyarıcı olmalıdır.

Üretral polipler farklı radyolojik çalışmalar ile tanımlanabilir. USG ilk aşamada yapılacak radyolojik çalışma olmalıdır. USG ile üst ve alt üriner sistem detaylı olarak incelenmeli, polibe bağlı gelişebilecek üretral dilatasyon varlığı ve mesane duvar kalınlığının ölçümü yapılmalıdır. Olgumuzda USG ile üst ve alt üriner sistemde fark edilebilir bir patoloji saptanmamıştır. Sadece polibe ait olan oval, düzgün sınırlı, ekojen oluşum tespit edilmiştir. Polibin üretrada tam olmayan tıkanıklık yapması nedeni ile alt ve üst üriner sistem etkilenmemiştir.

İSÜG; üretral polip tanısında hala altın standart bir yöntem olarak kabul edilmektedir.^{1,3,5} İSÜG

ile polibe bağlı gelişebilecek veziköüretral reflü (VUR) tanısı da konabilir.¹⁰ Polip İSÜG'de posterior üretrada dolmuş defekti olarak gözlenir. Olgumuzda yapılan İSÜG'de mesane tabanında, prostatik üretra lokalizasyonunda 2 cm uzunluğunda düzgün sınırlı dolmuş defekti izlenmiş ve olguda VUR saptanmamıştır.

Polibi üretral kalkülden ve kötü huylu oluşumlardan ayırt etmede BT ek olarak yapılabilir.¹¹ Olgumuzda BT ile posterior üretra lokalizasyonunda polipoid lezyonun varlığı daha net olarak gösterilmiştir. Polibin saplı olduğu ve sistoskopik olarak çıkarılma olasılığının daha fazla olduğu anlaşılmıştır. Ancak BT üretral polip olgularında vazgeçilmez bir tetkik olmayıp, bu tür olgularda İSÜG sonrası ilk tercih edilecek tanı ve tedavi yöntemi sistoskopi olduğu takdirde, hastanın ek radyasyon alması da önlenmiş olacaktır. Bizim olgumuzda da BT, İSÜG'den daha fazla bir yarar sağlamamıştır. Bu nedenle sistoskopi bu tür hastalar için en önemli tanı ve tedavi aracı olarak İSÜG'den hemen sonra düşünülmelidir.

Sistoskopik çalışma polibin tanısı ve tedavisi için son yıllarda en sık tercih edilen yöntem olmaktadır. Polibin tamamıyla çıkarılmadığı durumlarda tekrarlama olasılığı bilinmelidir.^{12,13} Sistoskopik olarak koter yardımı ile çıkarılabilen poliplerde açık cerrahi yöntemlere ihtiyaç kalmamaktadır. Polip eğer sistoskopik olarak çıkarılamaz ise sistotomi yapılarak eksizyon gerçekleştirilebilir. Olgumuzda polip sistoskopik olarak çok kolay şekilde çıkarılmıştır (Resim 3).

Fibroepitelyal poliplerin kötü huylu tümöre dönüşümüne literatürde rastlanmamıştır. Olgumuzun bir yıl önce başlayan şikayetlerinin üretral polibe bağlı olduğu varsayılırsa, patolojik incelemede kötü huylu dönüşümün görülmemesi literatür ile uyumludur. Ancak bu poliplerin tekrar edebileceği bilinmeli ve olgular takip edilmelidir. Bizim olgumuzun 16 aylık takibinde yapılan USG tetkikinde patoloji saptanmamış ve olguda üriner sisteme ait yakınmalar gözlenmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Gleason PE, Kramer SA. Genitourinary polyps in children. *Urolog* 1994;44(1):106-9. 2.
2. Raviv G, Leibovitch I, Hanani J, Hertz M, Goldwasser B, Jonas P. Hematuria and voiding disorders in children caused by congenital urethral polyps. Principles of diagnosis and management. *Eur Urol* 1993;23(3):382-5.
3. De Castro R, Campobasso P, Belloli G, Pavanello P. Solitary polyp of posterior urethra in children: report on seventeen cases. *Eur J Pediatr Surg* 1993;3(2):92-6.
4. Gentle DL, Kaufman RP Jr, Mandell J. Use of neodymium: yttrium-aluminum-garnet laser for removal of a congenital posterior urethral polyp in a 3-year-old child: a case report and review of the literature. *Urology* 1996;47(3): 445-7.
5. de Filippi G, Derchi LE, Coppi M, Biggi E. Sonographic diagnosis of urethral polyp in a child. *Pediatr Radiol* 1983;13(6):351-2.
6. Downs RA. Congenital polyps of the prostatic urethra. A review of the literature and report of two cases. *Br J Urol* 1970;42(1):76-85.
7. Kuppusami K, Moors DE. Fibrous polyp of the verumontanum. *Can J Surg* 1968;11(3):388-91.
8. Beluffi G, Berton F, Gola G, Chiari G, Romano P, Cassani F. Urethral polyp in a 1-month-old child. *Pediatr Radiol* 2005;35(7):691-3.
9. Bockrath JM, Maizels M, Firlit CF. Benign bladder neck polyp causing tandem obstruction of the urinary tract in a patient with Beckwith-Wiedemann syndrome. *J Urol* 1982; 128(6):1309-12.
10. Williams TR, Wagner BJ, Corse WR, Vestevich JC. Fibroepithelial polyps of the urinary tract. *Abdom Imaging* 2002;27(2): 217-21.
11. Walsh PJ, Wiener JS. Urethral polyp presenting in a male infant with hematuria and urinary retention. *Urology* 1999;54(5):921-2.
12. Demircan M, Ceran C, Karaman A, Uguralp S, Mizrak B. Urethral polyps in children: a review of the literature and report of two cases. *Int J Urol* 2006;13(6):841-3.
13. Kobayashi Y, Hashimoto S, Ishikawa S, Ishiyama S, Nakamura S, Tokue A. [Posterior urethral polyp: a recurrent case]. [Article in Japanese]. *Hinyokika Kyo* 1992;38(8):957-9.