

# Mesane disfonksiyonu ve barsaklar paneli

## Olgu Sunumları

**Doç. Dr. Bahar Büyükkaragöz**

**22.12.2017**

## Olgu 1: 8 yaşında kız hasta

### Yakınma:

- İdrarda yanma, sık tuvalete gitme, çamaşırını ıslatma

### Öykü:

- Son 3 gündür idrarda yanma ve sık sık tuvalete gitme yakınması varmış (10-12 kez/gün)
- Son 3 gündür tuvalete yetişemiyor ve sürekli okuldan çamaşırı ıslak geliyormuş
- Bu dönemde genital bölgede koyu renkli akıntı fark edilmiş
- Hasta başvurduğu sağlık ocağından hastanemize yönlendirilmiş

## Özgeçmiş:

- 2 yaşında tuvalet eğitimi tamamlanmış
- 3 yaşından itibaren sürekli kabızlık ve kaka kaçırma (+)
- 3-4 günde bir, zorlanarak dışkılama (+)
- Kaka tutma davranışı (+)
- 3 yaşındayken ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE) nedeniyle dış merkezde yatış öyküsü
- Sık tekrarlayan ateşsiz İYE tanısı ile dış merkezde izlem
- Çoğu zaman ani sıkışma, bazen gündüz çamaşırını ıslatma (+)
- 6 yaşından sonra gece ıslatması düzelmiş
- Başka bilinen hastalık Ø
- Gelişimi yaşlılarıyla uyumlu, okul başarısı iyi

Soygeçmiş: Özellik Ø

## Fizik inceleme:

- Vücut ağırlığı: 28 kg (75p)
- Boy: 131 cm ( 75-90p)
- KB: 100/60 (90p/50p), vücut ısı: 36,7° C
- Anogenital muayene:
  - Genital bölge hiperemik, labial sineşi Ø, sarı-yeşil renkte akıntı (+)
  - Anal bölgede iyileşmekte olan fissür (+), anorektal malformasyon Ø
  - Anal bölgede ve iç çamaşırında gayta bulaşı (+)
- Lumbosakral bölge: N
- Diğer sistem bulguları: N
- Nörolojik muayene: N

## Laboratuvar inceleme:

- Serum kreatinin: 0,70 mg/dl
- Üre: 26 mg/dl
- Glukoz: 87 mg/dl
- Na: 138 mEq/L
- K: 4,1 mEq/L
- Cl: 109 mEq/L
- Ca:10,2 mg/dl
- Mg: 1,3 mg/dl
- Tam kan sayımı: N
- Tiroid hormonları: N
- CRP: (-)
- TİT: protein eser, dansite: 1015, mikroskopide 80 lökosit, eritrosit (-)
- İdrar kültürü: 100.000 koloni/ml *E. coli* (sefazolin duyarlı)
- Akıntı kültürü: Üreme Ø
- Spot idrar kalsiyum/kreatinin: 0,13
- İdrar çıkımı: 2,1 cc/kg/sa

## Üriner USG:

- Böbrekler:

Konum ve boyutları: N

Kontürleri: Düzenli

Parankim ekojeniteleri: N

Parankim kalınlıkları: N

Taş, hidronefroz, kistik ya da solid kitle: Ø

- Mesane:

Duvar kalınlığı: N

Lümen içinde internal ekojenik materyaller: (+), (enfeksiyon?)

İşeme sonrası rezidü idrar: Ø

## Tedavi:

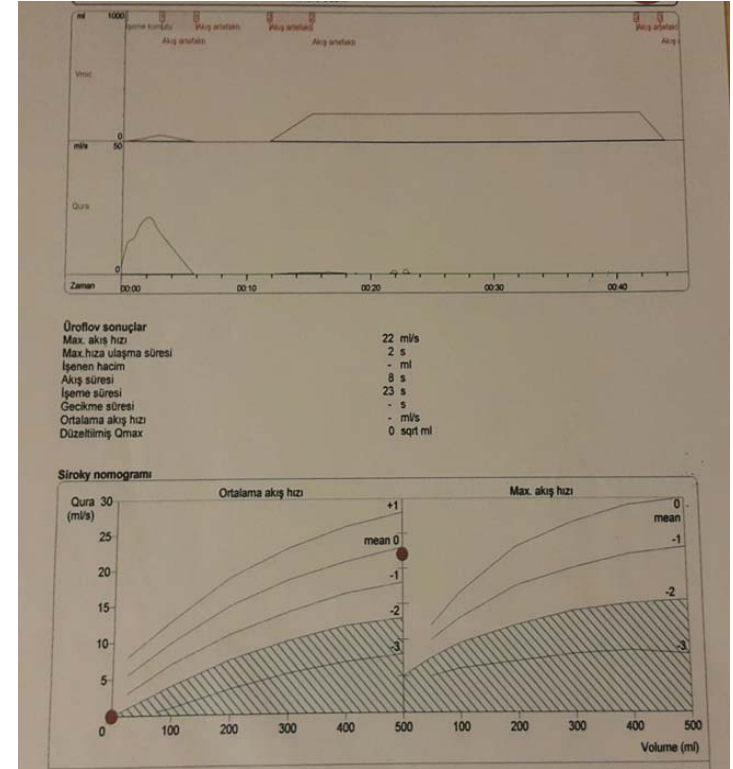
- 8 mg/kg/gün oral sefiksim tedavisi 7 gün süreyle uygulandı
- Bu tedaviyle idrarda yanma ve alt ıslatma yakınması kayboldu
- Kontrol tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme Ø

# Ürolojik değerlendirme:

- Aciliyet hissi (+)
- İdrar sıklığında artış (+)
- Gündüz urge inkontinans (+)

} aşırı aktif mesane ?

- Üroflowmetri:
- N işeme paterni
- Rezidü idrar Ø





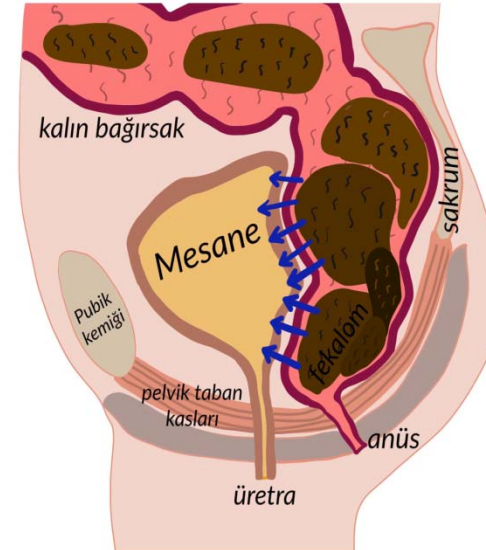
## Ayakta direkt batın grafisi:



- Mesane disfonksiyonu düzeltilemeyen çocukların %50' sinde dışkılama bozuklukları olduğu bilinmektedir
- Kabızlık normal mesane fonksiyonlarını inhibe ederek sekonder mesane disfonksiyonuna yol açabilir



- İdrar inkontinansı
- **Aşırı aktif mesane**
- Disfonksiyonel işeme
- Mesane kapasitesinde artma
- Tembel mesane
- Tekrarlayan İYE



## Üroloji önerileri:

- Kronik konstipasyonun tedavisi
- Antikolinergikler?
- Antibiyotik profilaksisi?
- 3 günlük işeme çizelgesi ile kontrol

## Çocuk Cerrahisi Konsültasyonu:

- Konstipasyon ve enkoprezis >3 yaş
  - ADBG bulguları
  - Batın distansiyonu Ø
  - Büyüme geriliği Ø
  - Anorektal malformasyon: Ø
  - Nörolojik muayene: N
  - Tiroid hormonları: N, serum elektrolitleri : N
- ↓
- Fonksiyonel konstipasyon tanısı (psikojenik nedenler?)
  - Pediatrik rektal lavman, oral laktüloz tedavisi, lidokainli pomad
  - Bol sıvı alımı, liften zengin diyet
- } Hirschprung hastalığı  
} düşünülmedi

## Çocuk psikiyatri konsültasyonu:

- İlk kez 3 yaşındayken kabızlık ve ağrılı dışkılama sonrası kaygı gelişimi ve kaka tutma davranışı
- Anne ve çocuk arasında çatışma
- Özellikle okulda kaka tutma davranışı



- Davranışsal tedavi, takvim tutma
- Ebeveyn tutumuna yönelik öneriler
- Sık aralıklarla kontrol

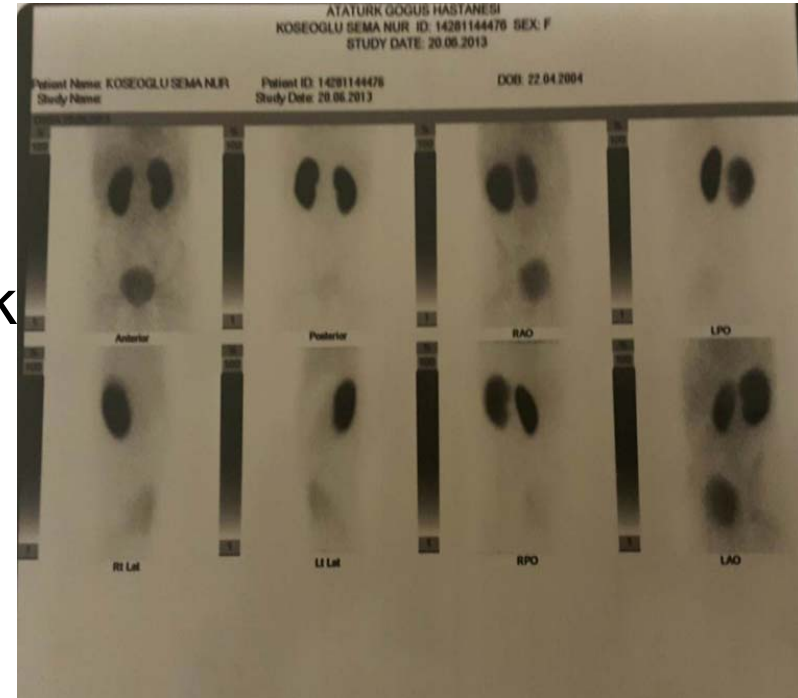


## İzlem: (1. ay)

- Tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme Ø

### DMSA sintigrafisi:

- Renal kortikal patoloji Ø  
Renal fonksiyona katılım oranı sol böbrek için %50, sağ böbrek için %50
- VSUG planlanmadı
- İki günde bir dışkılama (+), enkopreziste belirgin azalma
- Son 1 ayda sadece 2 kez iç çamaşırını ıslatma (+)
- İşeme sıklığı: 8 kez/gün



## İzlem: (3. ay)

- Tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme Ø
- Günlük dışkılama (+), enkoprezis: sadece 1 kez
- Gündüz ıslatma: Ø
- Ani sıkışma: Ø
- İşeme sıklığı: 6 kez/gün

## İzlem: (1.yıl)

- Tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme Ø
- Son 1 yılda İYE Ø
- Üriner USG: N
- Konstipasyon Ø
- Enkopresis Ø
- İşeme disfonksiyonu bulguları Ø





## Sonuç:

Olguda:

**Kaka tutma davranışı** → Kronik konstipasyon ve enkoprezis



Genişlemiş rektumun  
mesane posterior duvarına basısı



**Sekonder mesane disfonksiyonu**

## Olgu 2: 10 yaşında kız hasta

### Yakınma:

- Kesik kesik idrar yapma, gece-gündüz idrar kaçırma, idrarda kötü koku, ateş

### Öykü:

- Son birkaç gündür idrarında kötü koku fark edilmiş
- Sürekli kesik kesik idrar yapıyormuş
- İdrar yaparken zorlanıyormuş
- Dereceyle ölçülmeyen ateşi de olması üzerine hastanemize getirilmiş

## Özgeçmiş:

- 2,5 yaşında tuvalet eğitimi tamamlanmış
- İlk kez 5 yaşındayken kesik kesik idrar yaptığı fark edilmiş
- Gündüzleri sürekli damla damla idrar kaçıрма (+)
- Hemen her gece alt ıslatma (+), bezleniyor
- Sıklıkla kabızlık (+)
- Zaman zaman kaka kaçıрма (+)
- Her hastane başvurusunda İYE tanısı (+), birkaçı ateşli, ayaktan tedavi almış
- Bir dönem antikolinergik ilaç kullanımı (+), yanıt Ø
- Gün içerisinde 3-4 kez tuvalete gitme (+)
- Başka bilinen hastalık Ø
- Gelişimi yaşlılarıyla uyumlu, okul başarısı iyi

Soygeçmiş: Özellik yok

## Fizik inceleme:

- VA: 50,5 kg (>97p)
- Boy: 151 cm (>97p)
- KB: 112/72 (90p/90p), vücut ısı: 38,2° C
- Anogenital muayene:
  - Genital hijyeni kötü, labial sineşi Ø,
  - Anorektal malformasyon Ø
- Lumbosakral bölge: N
- Diğer sistem bulguları: N
- Nörolojik muayene: N, gülümseme: N

## Laboratuvar inceleme:

- Serum kreatinin: 0,72 mg/dl
- Üre: 32 mg/dl
- Glukoz: 92 mg/dl
- Na: 137 mEq/L
- K: 4,2 mEq/L
- Cl: 102 mEq/L
- Ca:10,1 mg/dl
- Mg: 1,4 mg/dl
- Tam kan sayımı: N
- Tiroid hormonları: N
- CRP: 4,4 mg/dl (0-0,8)
- TİT: protein eser, dansite: 1020, mikroskopide 422 lökosit, 18 eritrosit (-), leu (+++)
- İdrarar kültürü: 100.000 koloni/ml ESBL (+) *E. coli*

## Üriner USG:

- Sağ böbrek:  
113x39 mm, kontürü düzenli  
Parankim kalınlığı: 9,5 mm, ekojenite: N
- Sol böbrek:  
85x42 mm, kontüründe düzensizleşme (+)  
Parankim kalınlığı 6 mm, ekojenite: N  
Pelvikalisiyel yapıları dilate ve ektazik (grade 2 hidronefroz)
- Mesane:  
Kaba trabeküler görünüm, sağ lateral duvarda 18x15 mm psödodivertiküler yapı (+)  
Lümeni içinde partiküler yapılar (+) (enfeksiyon?)  
İşeme sonrası: 155 cc rezidü idrar (+), duvar kalınlığı: 5 mm

## Tedavi:

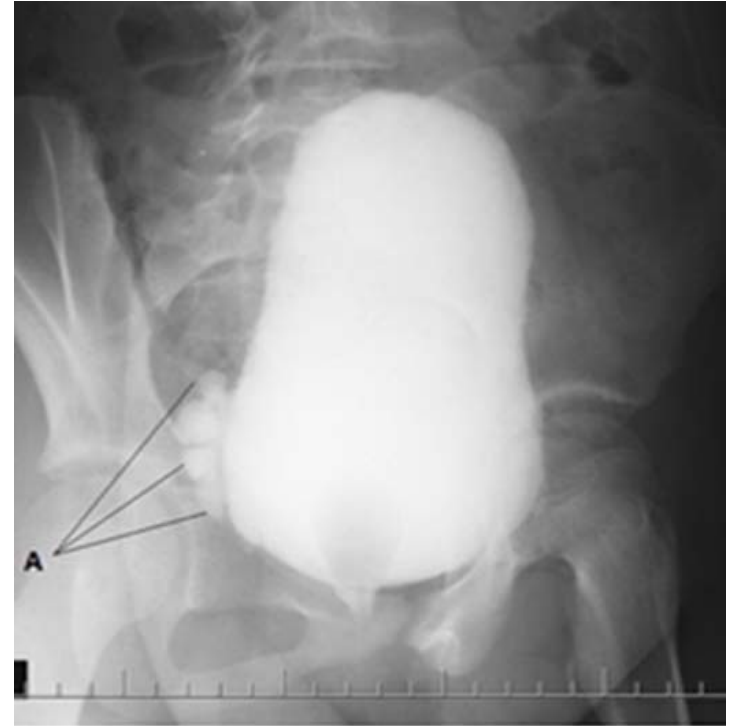
- İntrevenöz hidrasyon verildi
- İmipenem 60 mg/kg/gün 10 gün süreyle uygulandı
- Kontrol tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme Ø
- 2 mg/kg/gün oral TMP-SMX profilaksisi başlandı

## VSUG:

- **VUR Ø**
- Mesane boyutları artmış ve trabeküle görünümde
- Çam ağacı şeklinde uzanım göstermekte
- Lateral duvarında divertiküler yapılar (+)
- İşeme fazı sonunda rezidü idrar (+)



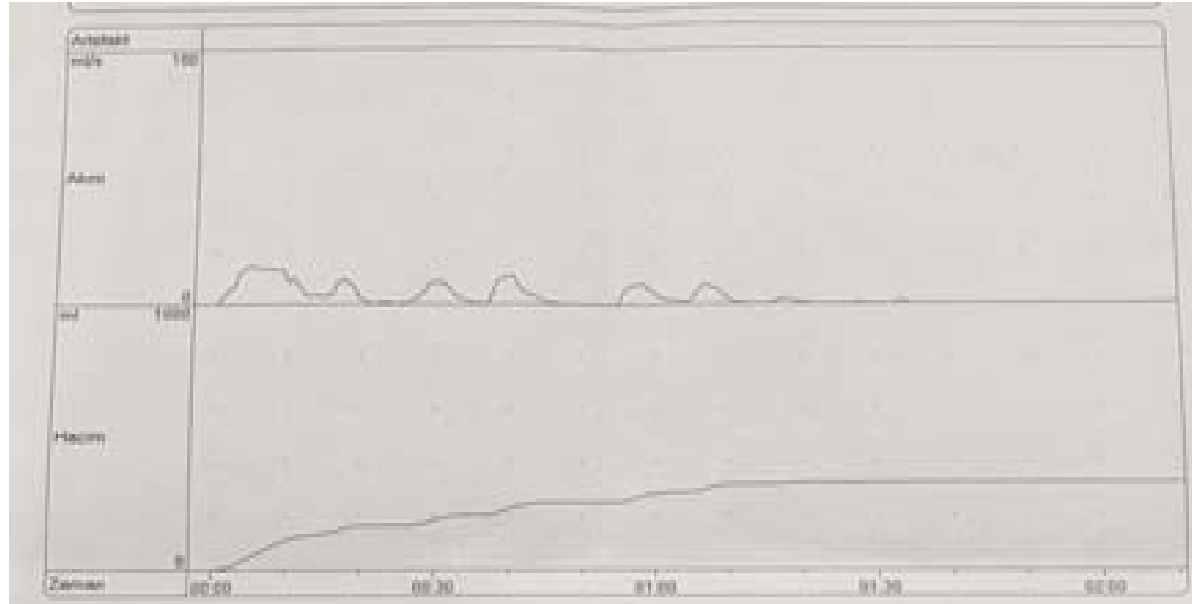
**Nörojenik mesane ?**





## Ürolojik değerlendirme:

- Lumbosakral MR: N
- Üroflowmetre: Kesintili işeme paterni (+), 80 ml rezidü idrar (+)



## Ürodinamik çalışma:

- Dolum fazı:

İstemsiz idrar kaçırma (+)

Aralıklı istemsiz detrüsor kontraksiyonları (+)

- İşeme fazı:

Detrüsor basıncında artış (65 cm H<sub>2</sub>O)

Kesintili işeme paterni (+)

Pelvik taban kaslarında elektriksel aktivite (+)

İkınarak işeme (+)

} Disfonksiyonel  
işeme ile uyumlu

- Disfonksiyonel işeme, işeme sırasında eksternal üretral sfinkterin ve pelvik taban kaslarının gevşeyememesi ve detrüsor kontraksiyonları ile karakterizedir
- Genellikle primer olarak idrar tutma davranışı sonucu gelişir
- Disfonksiyonel işeme nedeniyle izlenen olgularda sıklıkla konstipasyon, enkoprezis ve fekal soiling de eşlik eder
- En ağır formu Hinman-Allen sendromudur



- Hinman sendromunun erken tanı ve tedavisi prognoz üzerinde en belirleyici faktördür
- Tanı ve tedavide gecikme böbrek yetmezliği ile sonuçlanabilir

## **An adolescent boy progressing insidiously to end-stage renal disease: Answers**

Aysun Çaltık Yılmaz<sup>1</sup> · Bahar Buyukkaragoz<sup>1</sup> · Selcuk Kivilcim<sup>1</sup> · Aslı Celebi Tayfur<sup>1</sup> · Sacit Gunbey<sup>1</sup>

Received: 25 March 2017 / Revised: 24 April 2017 / Accepted: 25 April 2017  
© IPNA 2017

**Abstract** Hinman syndrome was a non-neurogenic neurogenic bladder and the most severe form of dysfunctional voiding disorder. The bladder–sphincter discoordination causes damage to the bladder and upper urinary tract if it is not diagnosed early and treated adequately. This case emphasizes the following important message: nighttime wetting is not a benign condition in every child. Parental awareness should be raised about voiding disorders, as it may be possible to prevent important renal diseases such as Hinman syndrome.

pressure (74 cm H<sub>2</sub>O on micturation) and dyssynergia between the detrusor and the ureteral sphincter.

2. What is the likely diagnosis?

The patient had functional bladder outlet obstruction without any neurological abnormalities; therefore, the patient was diagnosed with Hinman syndrome. He did not have any complaints associated with gastrointestinal retention. His smiling was not diagnostic for urofacial syndrome and his family did

## Tedavi:

### Non-nörojenik nörojenik mesane (Hinman-Allen Sendromu)



- İşeme önerileri (2 saatte bir tuvalete gitme, ikili işeme)
- $\alpha$ -adrenerjik antagonist (doksazosin) 4 mg/gün
- Antibiyotik profilaksisi
- Konstipasyona yönelik non-farmakolojik tedavi (bol sıvı alımı, her öğün sonrası tuvalete gitme, liften zengin beslenme)
- Temiz aralıklı kateterizasyon için bilgilendirme

## Çocuk Psikiyatri konsültasyonu:

- Hasta tek çocuk, annesiyle beraber yaşıyor, babası belli sürelerde yurtdışında çalışıyor
- Özellikle okulda tuvalete gitmek istemiyor
- Anne çocuğun işeme ve dışkılama alışkanlıkları konusunda yeterli bilince sahip değil



- Davranışsal tedavi, takvim tutma
- Ebeveyn tutumuna yönelik öneriler
- Sık aralıklarla kontrol



## İzlem: (1.ay)

- İşeme sıklığı: 5-6 kez/gün, alt ıslatma sıklığı azalmış
- Medikal tedaviye uyumlu
- Günlük sert vasıflı dışkılama (+)
- Yakınma: Ø
- Tam idrar tetkiki: leu (+), mikroskopide: 17 lökosit, 4 eritrosit
- İdrar kültürü: 100000 koloni/ml *E. coli* (sefazolin duyarlı)
- Üriner USG: İşeme sonrası 40 cc rezidü idrar (+)
- Oral sefiksim 8 mg/kg/gün 7 gün süreyle verildi
- Aile temiz aralıklı kateterizasyonu kabul etmedi

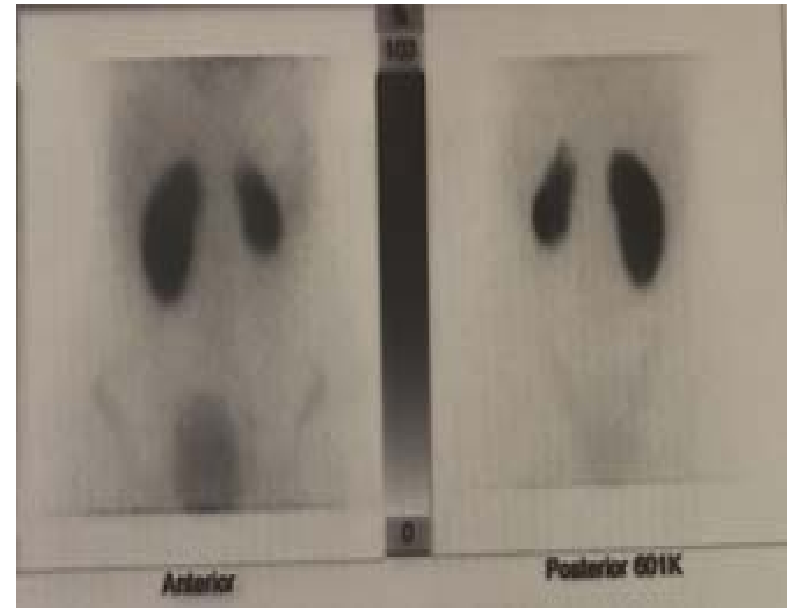
## İzlem: (3. ay)

- İşeme sıklığı: 8 kez/gün
- Son 1 ayda sadece 5 kez gece ıslatma (+) kesintili olmayan idrar akımı (+)
- Konstipasyon Ø, enkoprezis Ø
- Tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme yok
- Medikal tedavilere devam edildi



## DMSA sintigrafisi:

- Sağ böbrekte renal kortikal patoloji Ø
- Sol böbrek boyutları küçük
- Sol böbrek üst polde skar ile uyumlu görünüm (+)
- Renal fonksiyona katılım oranı sağ böbrek için %71,4 sol böbrek için %28,6



## İzlem: (1. yıl)

- İşeme sıklığı: 8 kez/gün
- Gece ıslatma Ø, gündüz ıslatma: Nadiren
- Kesintisiz idrar akımı (+)
- Konstipasyon Ø, enkoprezis Ø
- Tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme yok
- Medikal tedavilere devam edildi

## İzlem: (2. yıl)

- VA: 60 kg (90-97p), boy: 163 cm (75-90p)
- KB: 118/76 (90p/90p)
- Kreatinin: 0,68 mg/dl
- Tam idrar tetkiki: N, idrar kültürü: üreme Ø
- Spot idrarda protein/kreatinin: 0,16
  
- Son 2 yılda ateşli idrar yolu enfeksiyonu Ø
- Gece-gündüz alt ıslatma Ø
- Kabızlık Ø, enkoprezis Ø
- Antibiyotik profilaksisi sonlandırıldı

## **Üriner USG:**

- Sağ böbrekte kompansatris hipertrofi, parankim kalınlığı 12 mm, hidronefroz Ø
- Sol böbrek boyutları küçük, kontürü düzensiz, parankim kalınlığı 6 mm, Ø
- Mesane trabeküler görünümde, işeme sonrası 16 cc rezidü idrar (+)

## **DMSA sintigrafisi:**

- Yeni skar gelişimi Ø
- Bir önceki DMSA ile benzer bulgular (+)

### **Twelve-year Experience With Hinman-Allen Syndrome at a Single Center**

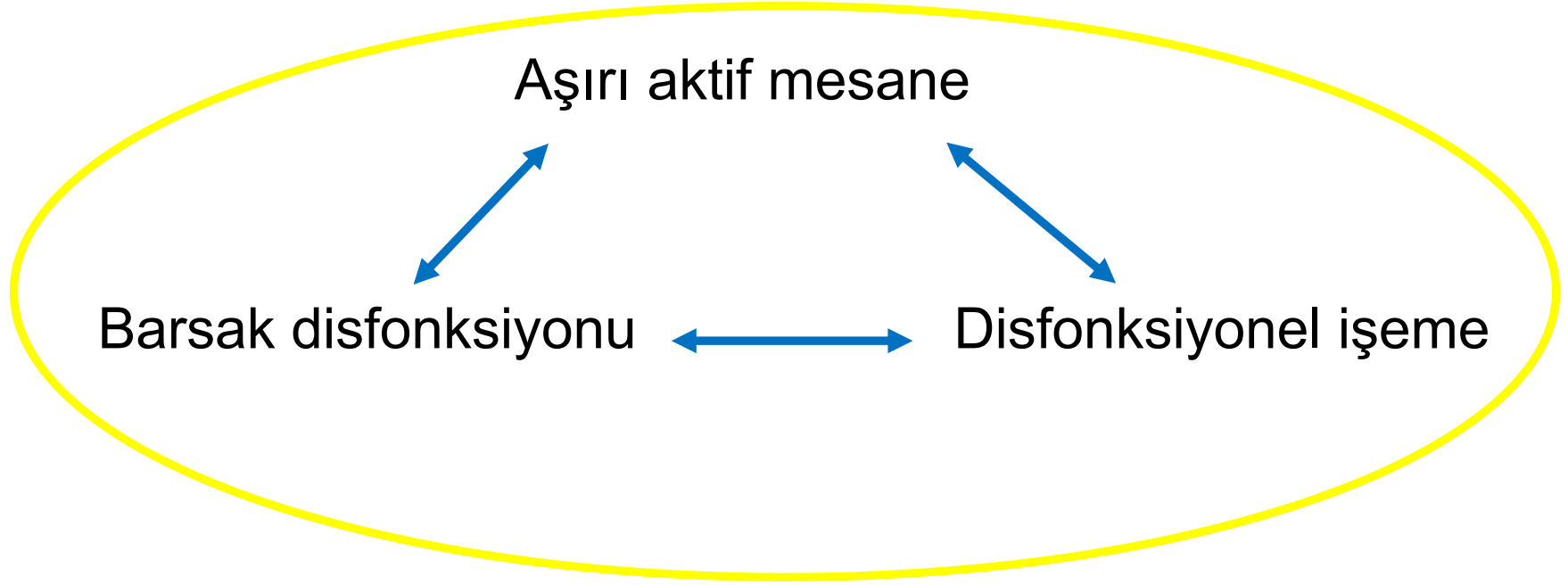
Mesur Selcuk Silay, Orhan Tanriverdi, Tuna Karatag, Gul Ozcelik, Kaya Horasanli, and Cengiz Miroglu

- 22 hasta
- Tanı anında yaş ortalaması: 6,5 yaş
- Ortalama izlem süresi: 6 yıl
- 14 hasta konservatif tedaviye yanıtılı
- 8 hastada böbrek fonksiyonlarında bozulma,  
parankimal hasarda artış

## Sonuç:

Olguda:







Teşekkürler....