



Cystolithiasis admitted with anuria; Case report.

ANÜRİ İLE BAŞVURAN MESANE TAŞI; OLGU SUNUMU.

Ertuğrul Altınbilek, Derya Öztürk, Çilem Çaltılı, Cantürk Emir, Güleser Akpınar, Harika Gündüz, Cemil Kavalcı

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul
Başkent ÜTF Acil Tıp AD, Ankara

Corresponding address: Dr. Cemil Kavalcı, ckavalci@baskent.edu.tr

J Surg Arts (Cer San D), 2016(2):77-79.

ABSTRACT

Urinary calculi disease is considered as endemic in our country and has an incidence of approximately 15%. Cystolithiasis constitutes only 5% of the whole urinary tract calculuses. It is commonly seen in elderly men. Prostatic hyperplasia, infection, neurogenic bladder, foreign bodies and anti-incontinence surgery in women may be a predisposing factor for cystolithiasis. Most of the patients with cystolithiasis admit to the hospital with pain, bleeding, infection and recurrent lower urinary tract symptoms. In this case report, we aimed to present a patient who admitted to the emergency department with complaints of anuria and at whose direct graphy a lot of opacity detected compatible with calculi.

Key words: Anuria, cystolithiasis, emergency.

ÖZET

Üriner sistem taş hastalığı ülkemizde endemik olarak görülür ve insidansı %15'lere yaklaşmaktadır. Mesane taşları ise tüm üriner sistem taşlarının yalnızca %5'ini oluşturur. Sıklıkla ileri yaşlı erkeklerde görülürler ve prostat hiperplazisi, enfeksiyonlar, nörojenik mesane, yabancı cisim, kadınlarda anti inkontinans cerrahisi mesane taşları için predispozan faktör olabilmektedir. Mesane taşı gelişen hastaların çoğu ağrı, kanama, tekrarlayan enfeksiyonlar ve alt üriner sistem semptomları ile hastaneye başvurur. Acil servise anüri şikayeti ile başvuran ve direkt üriner sistem grafisinde pelvik bölgede çok sayıda taş ile uyumlu opasite görülen hastayı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Anüri, mesane taşı, acil.

GİRİŞ

Erkeklerde kadınlara göre çok daha sık gözükür mesane taşları tüm üriner sistem taşlarının %5'ini oluşturur (1,2). Mesanedeki idrarın tam olarak boşaltılmadığı durumlarda genellikle üriner sistem enfeksiyonları, mesane divertikülü yabancı cisimler, nörojenik işeme disfonksiyonları, gebelik ve mesane çıkış obstrüksiyonlarına sekonder oluşabilmektedirler (3-5). Endemik bölgelerde A ve B6 vitamini eksikliği, malnütrisyon, proteinden fakir, karbonhidrattan zengin beslenmeye bağlı olarak gelişebilirler (6). Mesane taşlarını sıklıkla obstruktif üriner sistem semptomları olan hastalarda insidental olarak tespit edilmektedir. Bu hastalarda dizüri, mikroskobik veya makroskobik hematüri semptomları görülebilir. Genellikle mesane taşları spontan olarak atılabilmekle birlikte, büyük taşlar üretra obstrüksiyonu nedeniyle idrar çıkımını

engelleyip üreterohidronefroza ve glob vezikale oluşumuna neden olabilirler (5,6). Dizüri, oligüri ve anüri şikayeti ile başvuran yapılan tetkiklerinde mesanede çok sayıda taş tespit edilen 70 yaşında, erkek hastayı, konuyla ilgili literatürleri irdeleyerek paylaşmayı amaçladık.

Olgu

70 yaşındaki erkek hasta 3 gün boyunca idrar yapmada azalma, ağrı ve ani kesilme şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın hikayesinde herhangi bir ilaç kullanımı ve operasyon öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde bilinci açık, oryante, koopereydi. CVAH -/+, rebaund, defans yoktu. Hemogram, üre, kreatinin ve kan elektrolitleri normal olarak saptandı. Tam idrar tahlilinde lökosit negatif, eritrosit 3 pozitif olarak değerlendirildi. Prostat Spesifik Antijen düzeyi

9.49 ng/ml idi. İdrar takibi amacıyla 18 F Foley sonda takıldı, 200 cc idrar gelişi oldu. Hastanın direk üriner sistem grafide (DÜSG) mesanede ve sol renal lojda çok sayıda opasite gözlemlendi (Resim 1).



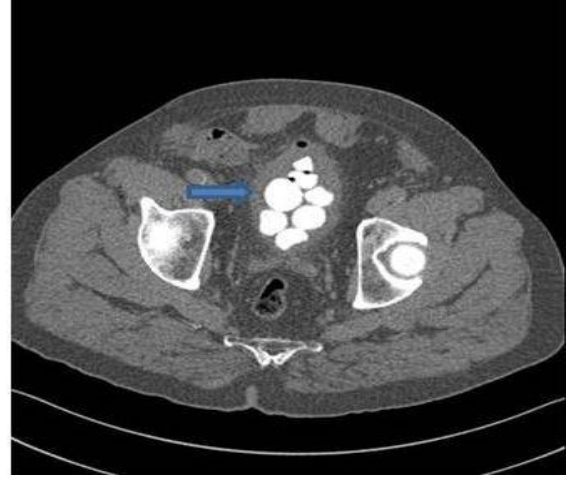
Resim 1: Direkt üriner sistem grafisinde renal ve mesane taşı

Ultrasonografide (USG) her iki böbrek normal boyutta, sol böbrekte ektazi ile uyumlu görünüm, her iki böbrekte grade 1 parankimal hastalık olduğu, mesane içerisinde 3 cm 5 adet kalkül imajı olduğu gözlemlendi. Bilgisayarlı batın tomografisinde (BBT); sol böbrek üst pol toplayıcı sisteminde grade 1 ektazi, alt toplayıcı sistemi içerisinde pelvikalisiyel yapıları dolduran, üreteropelvik bileşke düzeyine kadar uzanan stagghorn tipinde kalkül izlendi. (Resim 2). Mesane duvarında ileri derece diffüz kalınlaşma, lümen içini tamamen dolduran, en büyüğü yaklaşık 3 cm çapa ulaşmış, multipl kalküller izlendi (Resim 3).



Resim 2: Alt toplayıcı sistemi içerisinde pelvikalisiyel yapıları dolduran stagghorn tipinde kalkül izlenmekte ve üreteropelvik bileşke düzeyine kadar uzanmaktadır.

Taş sayısı fazla olduğu için açık sistolitotomi yapıldı. Operasyon sonrası birinci günde çekilen DÜSG’te taşsızlık sağlandığı görüldü. Yapılan taş analizinde, taşın cinsinin magnezyum amonyum fosfat olduğu tespit edildi.



Resim 3: Mesanede çok sayıda taş ile uyumlu görünüm.

TARTIŞMA

Mesane taşları primer veya sekonder oluşabilir. Primer mesane taşları steril idrarda gelişir. Sekonder mesane taşları, prostat hiperplazisi, yabancı cisim, post vezikal obstrüksiyonu ve kronik idrar yolu enfeksiyonu varlığında oluşur. Altta yatan sebebe eşlik eden metabolik bozuklukların taş oluşumunu kolaylaştırdığı düşünülmektedir (7,8). Mesane taşları erkeklerde kadınlardan sekiz kat daha fazla görülür (9,10). Bizim olgumuzda da literatüre uygun erkek hasta ve üriner staz oluşturabilecek prostat hiperplazisi mevcuttu. Hastada taş oluşumunu kolaylaştıracak herhangi bir metabolik problem saptanmadı.

Mesane taşlarının tanısı erkeklerde genellikle prostatizm semptomlarına benzeyen obstrüktif ya da irritatif işeme semptomlarının değerlendirilmesi sırasında konulmaktadır. En sık görülen semptom ise dizüridir (11). Olgumuzda iki gündür dizüri, oliguri (<500 ml daha az idrar çıkışı), ve sonrasında anüri (<100ml daha az idrar çıkışı) ve sol kostovertebral ağrı mevcuttu.

Böbrek taşlarının aksine mesane taşları, enfekte idrarda struvit, enfekte olmayan idrarda ise sıklıkla ürik asit taşı kompozisyonundadır. Rapor edilen ürik asit taşların %50’si mesane taşı şeklindedir. Mesanede bir kalsiyum okzalat yada sistin taşının gözlenmesi, böbrek taşının da var olabileceğini işaret etmektedir (12). Olgumuzda böbrekte ve mesanede taş mevcuttu.

Genellikle mesane taşları tek olarak gözlenir. Ancak idrar retansiyonu varlığında birden çok taş olabilir (13). Mesane divertikülü varlığında, birden çok taş görülmesi daha sıktır. Bizim olgumuzda hastada BPH nedeniyle idrar retansiyonu nedeniyle çok sayıda taş vardı.

Mesane taşlarının çoğu, ürik asit taşı olması ve prostat dokusunun üzerini kapaması sebebiyle, genelde DÜSG'de görülmezler. Non opak taşların tanısında üriner sistem ultrasonografisi (USG) ya da bilgisayarlı batın tomografisi (BBT) kullanılabilir. BBT, eşlik eden üst üriner sistem taşlarının tespitinde de en güvenilir yöntemdir. Kesin tanı ise sistoskopi ile konulur (14). Sistoskopi esnasında post vezikal obstruksiyonları da değerlendirmek mümkün olur. Bizde olgumuzda mesane taşı tanısını DÜSG ile koyduk

Mesane taşlarının üst üriner trakt taşları ile birlikte görülmesi yaygındır. Mesane taşları genellikle idrar akımını engellemeyecek şekilde mobil olduklarından dolayı nadiren mesane çıkım obstrüksiyonuna sebep olarak böbrek yetmezliğine neden olurlar (7). Bizim olgumuzda mesane taşına eşlik eden üst üriner trakt taş mevcut idi. Hastanın başvuru ve takipleri esnasında böbrek yetmezliğine yönelik bulgu tespit edilmedi.

Primer mesane taşlarının tedavisinde eşlik eden patolojiye, hastanın yaşına, operasyon geçmişine, cinsiyetine bağlı olarak; sistolitotomi, endoskopik sistolitotripsi, perkutan sistolitotripsi, vücut dışı şok dalgaları ile taş kırma (ESWL-Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) teknikleri tercih edilebilir. Çocuk ve genç hastalarda üretra çapının dar olması ve geç komplikasyon olan üretral darlığı önlemek için olabildiğince endoskopik girişimlerden kaçınmak, açık sistolitotomi ve perkutan yaklaşımları tercih edilmelidir. Genç ve çocuk hastalarda ESWL, üretra çapının dar olması, kırılan taş parçalarının düşmesinin zor olması ve düşerken üretral zedelenmeye neden olmasından dolayı, pek tercih edilmemektedir (15,16). Günümüzde en sık uygulanan yöntem olan transüretral sistolitotripsinin ise başarı oranları taş boyutu ile ters orantılı olarak azalmaktadır. Tüm bu tedavi seçenekleri arasında taş yükü fazla olan hastalarda açık sistolitotomi en iyi tedavi seçeneği olarak gözükmektedir (14). Biz bu olgu da taş yükünün fazla olması nedeni ile açık sistolitotomiyi tercih ettik.

Sonuç olarak, suprapubik karın ağrısı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, anüri ve alt abdomende ele gelen kitlelerde ayırıcı tanıda, mesane taşları da düşünülmelidir. DÜSG ve USG gibi basit yöntemlerle kolaylıkla tespit edilebilir.

KAYNAKLAR

- Özgör F, Savun M, Şimsek A, Sarılar Ö, Berberoğlu AY, Gürbüz ZG. Paraplejik hastada nörojen mesaneye bağlı oluşan asemptomatik mesane taşı: Olgu sunumu. Med Bull Haseki 2015;53:253-5.
- Yoshida O, Okada Y. Epidemiology of urolithiasis in Japan: A chronological and geographical study. Urol Int. 1990;45:104-11.
- Oğuz U, Şenocak Ç, Kara C, Bozkurt Ö.F, Ünsal A. Genç sağlıklı erkekte dev mesane taşı: Olgu sunumu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2009;62(4):183-5.
- Schwartz BF, Stoller ML. The Vesical Calculus. Urol Clin North Am 2000;27(2):333-46.
- Razvi HA, Song TY, Denstedt JD. Management of vesical calculi: Comparison of lithotripsy devices. J Endourol 1996;10:559-63.
- Menon M, Bhalchandra GP, Drach GW. Urinary Lithiasis: Etiology, Diagnosis, and medical management . In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ (Eds), Campbell's Urology, 7th Ed., WB Saunders, Philadelphia, 1998, pp:2661-773.
- Hammad FT, Kaya M, Kazim E. Bladder calculi: Did the clinical picture change? Urology 2006;67:1154-8.
- Chen Y, DeVivo MJ, Lloyd LK. Bladder stone incidence in persons with spinal cord injury: Determinants and trends, 1973-1996. Urology 2001;58:665-70.
- Adanur Ş, Zıypak T, Keskin E, Yapanoğlu T Kadında nadir inkontinans nedeni; Dev mesane taşı. Tıp Araştırmaları Dergisi 2014;12(Ek 1/Üroloji-Nefroloji):9-11.
- Neal DE; The urinary bladder. bailey and love's short practice of surgery. Hodder Arnold, London. 2008;1323-4.
- Komori K, Iwasaki A, Ikegami M, Kajikawa J, Kishimoto M. Giant bladder stone Hinyokika Kiyo. 2000;46:37-40.
- Çiftçi H, Savaş M. Dev mesane taşına bağlı tek taraflı hidronefroz. Türk Üroloji Dergisi 2008;34 (2): 261-3.
- Sarica K, Baltacı S, Kilic S, et al: 371 Bladder calculi in a benign prostatic hyperplasia patient. Int Urol Nephrol. 1994;26:23-25.
- Torricelli FC, Mazzucchi E, Danilovic A, Coelho RF, Srougi M. Surgical management of bladder stones: literature review. Rev. Col. Bras. Cir. 2013;40:227-33.
- Yoldaş M, Yoldaş TK, Türk H, Karabıçak M, Ergani B, Çelik O, et al. Akut böbrek hasarına neden olan dev mesane taşı: Olgu sunumu Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi 2015; 25(2):140-2.
- Goel MC, Baserge NS, Babu RV, et al. Pediatric kidney: Functional outcome after extracorporeal shock wave lithotripsy. J Urol. 1996;155:2044-6.