



Zorunlu Pozisyon Değişikliği ile Miksiyon: Dev Mesane Taşı

Voiding by Mandatory Position Changing: Giant Bladder Stone

Tufan Çiçek¹, Okan İstanbulluoğlu², Murat Gönen¹, Bülent Öztürk¹, İlteriş Tekin³

¹Başkent Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Üroloji Anabilim Dalı, KONYA

²Mevlana Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, KONYA

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, ANKARA

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal) 2013; 38(1):120-122.

ABSTRACT

Bladder Stones frequently develops on the base of neurogenic micturation disorders, infection, bladder outlet disorders, spinal cord injury and foreign bodies. BPH for men and previous incontinsans surgery in women are risk factors for bladder Stone development according to gender. In this case report a 49 years old man, who can void by mandatory position changing owing to a giant bladder stone is presented .

Key Words: Giant bladder stone, vesicocutaneous fistula, open surgery, bladder stone

ÖZET

Mesane taşı sıklıkla nörojenik işeme bozukluğu, infeksiyon, mesane çıkım obstrüksiyonu, yabancı cisim, spinal kord yaralanmaları zemininde gelişir. Erkeklere benign prostat hiperplazisi, bayanlarda ise anti inkontinans cerrahisi mesane taşı gelişiminde risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Burada 49 yaşında erkek hastanın dev mesane taşına bağlı olarak zorunlu pozisyon değişikliği ile miksiyon yapabildiği olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dev mesane taşı, vesikokütanöz fistül, açık cerrahi, mesane taşı

GİRİŞ

Mesane taşı yaklaşık M.Ö 4800 yıllardan beri bilinmektedir¹. Mesane taşı erkeklerde daha sık olup tüm üriner sistem taşlarının yaklaşık %5 ni oluşturur². Mesane taşı genellikle nörojenik işeme bozukluğu, infeksiyon, mesane çıkım obstrüksiyonu, yabancı cisim, spinal kord yaralanmalarına bağlı olarak ortaya çıkar. Az gelişmiş ülkelerde ise çocuklarda endemik bölgelerde A ve B6 vitamini eksikliği, malnütrisyon, proteinden fakir, karbonhidrattan zengin beslenmeye bağlı olarak gelişebilir³. Kadın hastalarda izlenen mesane taşı ise günümüzde

penetran yaralanma sonucu mesaneye migrate olan yabancı cisimler, komşu organlardan migrasyon (Rahim içi araç), anti inkontinans cerrahisi sonucu oluşabilir^{4,5}. Ancak tüm bu hastalarda büyük boyutlu mesane taşlarına nadiren rastlanır.

OLGU

49 yaşında erkek hasta, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, idrar akım hızında azalma ve idrar yapmakta duraksama (hesitensi), pollaküri, alt abdominal ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu.

Ayrıca miksiyon ihtiyacını ancak çömelerek ve bacaklarından birini kaldırarak yapabildiği öğrenildi. Hastanın tam idrar analizinde bol lökosit

gözlendi. Biyokimya panelinde BUN normal idi fakat kreatinin: 1,5 mg/dl olarak saptandı. Direkt üriner sistem grafisinde pelvik bölgede 10x9x7,2 cm boyutlarına opasite tespit edildi (Resim 1). Pelvik ultrasonografisinde mesanede duvar kalınlaşması ve 10x7,5 cm lik taş ile uyumlu görünüm saptandı. Hasta nörolojik mesane açısından sorgulandığında bu patoloji ile uyumlu olabilecek hiçbir bulgu saptanamadı. Bu yüzden hastaya video ürodinami yapılmadı. Üriner enfeksiyon tedavisini ardından hastaya spinal anestezi altına sistoskopi uygulandı. Mesane boynunda darlık ve fibrozis gözlendi ve transüretal prostat insizyonu (TUİP) yapıldı.

Akabinde açık cerrahi sistolitotomi uygulandı. Hastanın post operatif taş ağırlığı 416 gram olarak tespit edildi. Post-operatif kreatinin seviyesi normale dönen hastanın dreni alındı hasta 3 gün sonra taburcu edildi. Üretral kateteri ise bir hafta sonra çekildi.



TARTIŞMA

Mesane taşları genellikle işeme disfonksiyonu veya yabancı cisim gibi alta yatan patolojinin habercisidir. Çoğunlukla erkeklerde izlenen mesane taşı fizik muayenede herhangi bir bulgu vermeyebilir.

Hastalar sık tekrarlayan üriner enfeksiyon, hematüri, post miksiyonel rezidü idrar, idrar retansiyonu şikayeti ile başvurabilir. Ancak akut abdomen tablosunu taklit edebileceği bazı hastalara akut abdomen tanısı laparotomi uygulanabildiği de akılda tutulmalıdır⁶.

Mesane taşının yaratabileceği kronik enflamasyon iritatif semptomlara neden olurken aynı zamanda kronik enflamasyon, infeksiyon, ülserasyon ve uzamış konjesyona neden olabilir. Kronik iritasyona bağlı mukozal yaralanma ve glikozaminoglikan tabakanın bütünlüğünün bozulması mesane kanseri karsinogenezini indükleyebilir⁷. Dev mesane taşları akut renal yetmezlik ve nadiren vezikokütanöz fistüle yol açabilir^{8,9}.

Genelde tespit edilen ürik asit taşlarının %50'si mesane taşıdır¹⁰. Tanı direkt üriner sistem grafisi, ultasonografi yanı sıra bilgisayarlı tomografi ile konulur¹¹. Ancak kesin tanı için sistoskopi kullanılabilir.

Mesane taşlarının tedavisinde hastanın yaşı, taşın boyutu, geçirilmiş üriner cerrahi öyküsü, taşın etyolojisi, hastanın komorbitesi ve vücut yapısı, uygun ekipman gibi faktörler etkilidir. Bununla beraber konservatif tedavi (Renasidin, alkali solüsyonlar), açık sistolitotomi, mekanik sistolitotripsi, intrakorporeal sistolitotripsi (ultrasound, laser, Electrohydraulic, Swiss lithoclast), vücut dışı şok dalga litotripsi, perkütanöz sistolitotripsi ve kombine prosedürler gibi yöntemler tedavi alternatifleri içindedir¹².

Günümüzde ise mesane taşının tedavisinde klasik olarak transüretal endoskopik disintegrasyon uygulanmaktadır. Fakat üriner taş tedavisinde özellikle yeni fiber teknolojinin eşlik ettiği holmiyum YAG laser kullanımı intrakorporeal tedaviler içinde umut vaat etmektedir^{12,13}.

Diğer bir tedavi şekli olan sistolitotomi ise yüksek başarı oranlarına rağmen günümüzde daha az sıklıkta kullanılmaktadır¹⁴. Ancak Pediatrik hastalarda 4 cm den büyük taşlarda, başarısız litotripsi uygulamalarından sonra hala en önemli seçenektir¹².

Bir başka uygulama ise açık cerrahiye alternatif olan ve özellikle pediatrik hastalarda tercih edilen perkütanöz sistolitotomi minimal invaziv yöntemdir. Ancak geçirilmiş pelvik ve abdominal cerrahi, mesane tümörü, radyoterapi, aktif üriner ya da karın duvarı infeksiyonları, pelvik protezler bu yöntemle tedavinin uygulanmasını sınırlamaktadır¹⁵.

Günümüzde minimal invaziv cerrahi tekniklerin gelişmesine rağmen taş çapı büyük olan hastalarda açık cerrahi alternatifsiz tedavi yöntemi olarak algoritmik yerini hala korumaktadır.

Mesane taşı nadir görülmesine rağmen hastalarda akut renal yetmezlik, veziko kutanöz fistül gibi ciddi şikâyetlere yol açabilir. Ancak hastalar miksiyon için nadiren zorunlu pozisyon değişikliği ihtiyacı hissedebilir. Bu nedenle irritatif işeme şikâyetleri ile başvuran hastalar dikkatlice sorgulanmalıdır. Hastanın ko- morbiditesine ve taşın büyüklüğüne göre tedavi seçimi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Shattock SG. A prehistoric or predynastic Egyptian calculus. *Trans Pathol Soc Lond.* 1905; 56:275.
- Yoshida O. A chronological and geographical study on urolithiasis in Japan. *Jpn J endourology* ESWL. 1990; 3:5.
- Ali SH, Rifat UN. Etiological and geographical study on urolithiasis in Iraq. *Pediatr Nephrol.* 2005; 20:1453-7.
- Benzhong J, Zhiping W, Changshi G. Fragment of pubis through the urinary bladder wall causing urinary bladder calculus. *Urol Res.* 2012; 40:181-3.
- Mahmoud M, Bassem SW. Bladder erosion of tension-free vaginal tape presente as vesical stone; management and review of literature. *Int Urol Nephrol.* 2007; 39:453-5.
- Boonstra RH, Blok AC, Van er Veen JH, Silvis R. Acut abdomen caused by a large vesical cystine calculus. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006; 23;150:2800-4.
- Schwartz BF, Stoller ML. The vesical calculus. *Urol Clin North Am.* 2000; 27:334-46.
- Lai AY. A huge pelvic calculus causing acute renal failure. *Am J Emerg Med.* 2008; 26:246.
- Yoshitomo K, Kazuyoshi S, Toshiyasu A, Katsuro T. Vesicocutaneous fistula cause by giant bladder calculus. *Urol Res.* 2007; 35:161-3.
- Çiftçi H, Savaş M. Dev Mesane taşına bağlı tek taraflı hidronefroz. *Türk Üroloji Dergisi.* 2008; 34: 261-8.
- Aydoğdu Ö, Telli O, Burgu B, Bedük Y. Infravesical obstruction results as giant bladder calculi. *Can Urol Assoc J.* 2011; 5:77-8.
- Papatsoris AG, Varkaris I, Dellis A, Charalambos D. Bladder lithiasis: From open surgery to lithotripsy. *Urol Res.* 2006; 34:163-7.
- Leveillee RJ, Lobik L. Intracorporeal lithotripsy: Which modality is best? *Curr Opin Urol.* 2003; 13: 249-53.
- Bhatia V, Biqyani VG. Vesical lithiasis: Open surgery vs: cystolithotripsy vs. extracorporeal lithotripsy. *J Urol.* 1994; 151: 660-2.
- Lingerman JE, Liftshitz DA, Evari AP. Taş hastalığının cerrahi tedavisi. *Campell Üroloji. Yalçın V. Uzun H. (çevirenler) 8. baskı, Ankara: Güneş kitapevi.* 2005; 3385.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Tufan Çiçek
Başkent Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi
Üroloji Anabilim Dalı
KONYA
e-mail: tufan_cicek@yahoo.com

geliş tarihi/received :05.06.2012

kabul tarihi/accepted:03.07.2012