

## SPONTAN DÜŞÜRÜLMÜŞ DEV BİR ÜRİNER SİSTEM TAŞ OLGUSU

### A CASE OF REDUCED GIANT URINARY SYSTEM STONE SPONTANEOUSLY

Akif Koç<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cizre Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü

#### Özet

36 yaşında erkek hasta anamnezinde, 4 ay önce sağ lomber bölge ve yaklaşık 1.5 ay sonra da sağ inguinal bölgeye vuran bir ağrı ve bir gün sonrasında idrar yaparken zorlanma ile birlikte, 48 saat içinde en büyüğü 40x8 mm olan toplam 9 adet taş düşürdüğünü tarif ediyor.

Polikliniğimize kontrol amaçlı başvuran hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar bulguları normaldi. Kontrastsız tüm batin tomografisinde; sol böbrekte milimetrik kalküller, sağ böbreğin atrofik ve parankim yapısı ileri derecede azalmış olarak tespit edildi. Sağ renal pelviste büyük çapı 33 mm olan staghorn taş izlendi. İntravenöz ürografide (IVÜ) yaklaşık 4x3 cm çapındaki opasitenin sağ böbrek orta ve alt kalikslerine lokalize olduğu, sağ böbrek üst pol kalikslerinde opaklaşma olmakla birlikte sağ üreterin vizüalize olmadığı, sol böbreğin konpanzatrif hipertrofi görüntüsünde ve üreterle birlikte fonksiyone olduğu gözlemlendi. Hastaya renal sintigrafi ve metabolik araştırma yapılması planlandı.

Üreter taşı tedavi seçeneklerinde yer alan spontan taş pasajı seçeneği için taş yükü değerlendirirken uzun çaptan ziyade kısa çapın dikkate alınması daha doğru olacaktır. Bu olgu ile taşın uzun çapı büyük olsa dahi spontan taş pasajı opsiyonunun göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmış olmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Gözlem, tedavi, üreter taşları

#### Giriş

Üriner sistem taş hastalıkları, üriner sistemin sık rastlanan patolojileri arasında yer almaktadır (1). Üriner sistemde oluşan taşların tedavisi genellikle taşın yerine, sayısına, boyutuna, hastanın tercihine ve ayrıca tedavinin maliyetine göre değişmektedir (2). Tedavi seçenekleri arasında ESWL, açık cerrahi, endoskopik prosedürler, medikal tedavi ve gözlem yer almaktadır (3).

Taşın spontan düşürülmesini beklemek de konserva-

#### Abstract

A 36-year old man presented with history of right-sided abdominal pain 4 months ago and than right-sided groin pain 1.5 months after that . After a day, he had forced urination and passed a large (42x8 mm) and 8 small stone 2 days duration spontaneously without any medical treatment. The patient was admitted for residual urinary stones .

His physical examination, urinalysis and blood creatinin level were normal. The abdominal CT revealed milimetric calculi in the left renal calices, a 33 mm calculi in the right renal pelvis, the right atrophic kidney and, the right renal parenchymal slimming. The IVP showed 4x3 cm opacity presumptive for staghorn calculi on the right middle and lower calices, minimal function of the upper calices of the right kidney, no visualisation of the right ureter, appearances of the compensative hypertrophic functional left kidney and the normal left ureter. The renal scintigraphy for evaluation of the right renal function and the metabolic evaluation for the right nephrolithiasis were planned.

While the evaluation of the stone burden in choosing spontaneous stone passage option for ureteral stone treatment, assessing short diameter would be more accurate to consider rather than assessing the long diameter. In this case report, it is emphasized that the spontaneous stone passage option should not be ignored before the operation even though the stone diameter is longer.

**Key words:** Observation, therapy, ureteral calculi

tif bir sağaltım yöntemidir. Fakat taşın yeri ve büyüklüğü veya hastanın uygun olması gibi bazı ön koşulları bulunmaktadır.

Bu olgu sunumunda herhangi bir medikal veya cerrahi tedavi uygulanmadan, çok sayıda üriner sistem taşı düşüren bir hasta sunulmaktadır.

#### Olgu Sunumu

36 yaşında herhangi bir hastalık veya operasyon öyküsü olmayan erkek hastanın yaklaşık 4 ay önce bir kez

sağ lomber ağrısı olmuş ve medikal tedaviye cevap vermiş. Daha sonra ağrısı olmayan hastanın yaklaşık 1.5 ay sonra sağ inguinal bölgeye vuran ağrısı olmuş. Herhangi bir medikal tedavi almayan hastanın 1 gün sonra idrar yaparken zorlanması olduğu ve hemen sonrasında başlamak üzere 48 saat içinde en büyüğü 40x8 mm olan 9 adet taş düşürdüğü öğrenildi (Resim-1). Takiben ağrıları hafifleyen hasta polikliniğimize kontrol amaçlı başvurdu.

Hastanın yapılan fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde tam idrar analizi ve kan kreatinin düzeyleri normal olarak tespit edildi. Çekilen kontrastsız tüm batın tomografisinde, sol böbrek parankim kalınlığı normal, sol böbrek üst pol anteriorda 1-2 mm ve alt pol anteriorda 2 mm birer adet hiperdens kalkül görüldü. Sağ böbrek 48x15 mm boyutlarında olup atrofik olarak izlendi. Parankim yapısı ileri derecede azalmış olarak tespit edildi. Sağ renal pelviste en büyük çapı 33 mm olan hiperdens lobüle konturlu staghorn taş izlendi. İVÜ de yaklaşık 4x3 cm çapında staghorn taşa ait opasitenin sağ böbrek orta ve alt kalikslerine lokalize olduğu ve sol böbreğin konpanzatrif hipertrofi görüntüsünde ve üreterle birlikte fonksiyone olduğu görüldü (Resim-2A). Bununla birlikte sağ böbrek üst pol kalikslerinde opaklaşma olmakla birlikte sağ üreterin vizüalize olmadığı tespit edildi (Resim- 2B).

Hastaya sağ böbrek taşı ve sağ böbrek fonksiyonlarının değerlendirilebilmesi için renal sintigrafi, ayrıca metabolik araştırma yapılması planlandı.

Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

### Tartışma

Üriner sistem taş hastalıkları, üriner enfeksiyonlar ve prostat patolojilerinden sonra bu sistemi etkileyen üçüncü sıklıktaki patolojik durumdur. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha fazla görülmekte ve en sık 30 ile 60 yaşları arasında tespit edilmektedir (1).

Üriner sistemde yer alan taşların belirtileri lokalizasyona göre değişiklik gösterir. Böbrek ve üreter taşlarının semptomları benzerlik gösterir ve ana semptomlar lomber ağrı ve hematüridir. Ağrı künt veya kolik tarzda olup kostovertebral bölgeden kasığa ve genital bölgeye yayılım gösterebilir. Taş alt üreter uç lokalizasyonunda ise ek olarak dizüri, pollaküriye de neden olabilir. Mesane taşlarında ise dizüri, pollaküri, hematüri gözlenebilir. Taş miksiyon esnasında posterior üretrayı tıkeyebilir ve idrar akı-

mında ani kesilmeye, glob vezikaleye neden olabilmektedir (4). Ayrıca üriner sistem taş hastalığı, gebelik boyunca obstetrik dışı karın ağrısı nedeniyle hastaneye yatışın en sık nedenidir ve renal kolik, üriner enfeksiyon ve obstrüksiyon nedenleriyle prematüre doğuma yol açabilir (5).

Hastamızın ilk ağrılarının sağ lomber bölgeden başlaması ardından sağ inguinal bölgeye yayılması, düşü-



**Resim-2A, B.** A, DÜSG' de sağ renal pelviste staghorn taşa ait opasite mevcut. B, İVP' de sol böbrek konpanzatrif hipertrofik görünümde, sağ böbrek üst polde minimal opaklaşma mevcut.



**Resim-1.** Kendiliğinden düşürülmüş 9 adet üriner sistem taşı. Taş çapları (mm); 40x8, 9x6, 8x3, 7x4, 6x4, 6x5, 6x5, 5x5, 5x5.

rülen taşların üst üriner sistem kaynaklı taşlar olduğunu düşündürmüştür. Böbrekten üretere geçen taşın şekli erken zamanda genelde yuvarlak veya ovaldir. Fakat taş üreterdeki taşın uzun çapı bir süre sonra transvers çapından daha büyük hale gelir ve taş elonge bir görünüm alır (6). Olgumuzda düşürülen taşlardan en büyük olan 40x8 mm çapındaki taşın şeklinin de bu görünümünde olması, yine bu taşın üreter kaynaklı olduğu görüşümüzü desteklemektedir (Resim-1). Ayrıca hastamızda idrar yapmada zorlanma, idrarını az az yapma yakınmalarının daha ön-

ceden yokken, sağ lomber ve inguinal bölge ağrısını bir gün takiben başlamış olması, yine bu taşların üst üriner sistem kaynaklı olabileceklerini düşündürmüştür.

Taşların mesane kaynaklı olduğu kabul edilse dahi 40x8 mm çapındaki taşın medikal veya paramedikal herhangi bir tedavi yöntemi kullanılmaksızın üretral yoldan kendiliğinden düşürülmesi de ilgi çekicidir.

Üreter taşları için spontan taş pasajı, ESWL (Extracorporeal shockwave lithotripsy), üreteroskopi, açık veya laparoskopik prosedürleri içeren tedavi seçenekleri bulunmakla birlikte, üst üreter taşları için perkütan girişim yöntemi de kullanılmaktadır (2).

5 mm altındaki ve 5-10 mm aralığındaki üreter taşlarının kendiliğinden düşme yüzdesi sırası ile %68 ve %47 olarak bildirilmiştir. European Association of Urology üriner sistem taş klavuzuna göre yeni tanı konmuş 10 mm altındaki üreter taşlarına semptomlar kontrol altına alınabiliyorsa başlangıç tedavi yöntemi olarak gözlem ve aralıklı değerlendirme önerilmektedir (3).

Üreter taşı tedavi seçeneklerinde yer alan spontan taş pasajı seçeneği için taş yükünü değerlendirirken uzun çaptan ziyade kısa çapın dikkate alınması daha doğru olacaktır. Bu olgu ile taşın uzun çapı büyük olsa dahi hastalara operasyon kararı vermeden önce spontan taş pasajı seçeneğinin göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmıştır.

### Kaynaklar

1. Özkeçeli R, Satar N: Üriner Sistem taş hastalığı, genel bilgiler ve etyopatogenez; In: Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N (eds). Temel Üroloji. 3. Baskı. Ankara, Güneş Kitapevleri, s. 621-31, 2007.
2. Anagnostou T, Tolley D. Management of ureteric stones. *European Urology*, 45:714-21, 2004.
3. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Seitz C, Straub M, et al. Guidelines on urolithiasis. EAU guidelines, European Association of Urology, 6-106, 2010.
4. Öner A: Üriner sistem taş hastalığının belirti, tanı, semptomatik, medikal tedavisi ve kemolizis; In: Öner A (ed). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri sempozyum dizisi No: 68 Üriner sistem taş hastalığı. İstanbul, Doyuran Matbaası, s. 11-18, 2009.
5. Uğraş YM, Çelik Ö. Urinary Stone Disease and Pregnancy: Review. *Türkiye Klinikleri J Urology*, 1:11-6, 2010.
6. Ayaz ÜY, Dilli A, Aldemir M. Staghorn özellikte dev üreter taşı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 60:38-40, 2007.

### Yazışma Adresi

Op. Dr. Akif Koç

Cizre Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü

Cizre/Şırnak

E-mail: akifkoc@yahoo.com

Tel: 0486 617 04 10 / 2186-2236 Faks: 0486 616 3561