

## DEV ÜRETRA TAŞI

### GIANT URETHRAL CALCULI

Sacit Nuri Görgel<sup>1</sup>, Ertuğrul Şefik<sup>1</sup>, Oğuz Ergin<sup>1</sup>, Uğur Balcı<sup>1</sup>, Cengiz Girgin<sup>1</sup>, Çetin Dinçel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Üroloji Kliniği

#### Özet

Üretra taşı üriner sistem taşlarının %2'sinden azını oluşturmaktadır. Primer üretra taşları genellikle konjenital üretral divertiküle sekonder olarak gelişen nadir bir durumdur. Üretra taşlarının çoğu üst üriner sistemden veya mesaneden üretraya migre olan taşlardır. Üretra taşlarının tedavisi taşın boyutuna, lokalizasyonuna ve üretanın durumuna bağlı olarak değişmektedir. Biz penil üretrada lokalize 3 cm boyutlu üretra taşı olgusunu sunduk.

**Anahtar kelimeler:** Dev üretra taşı, Ürolitiazis, Üretrotomi

#### Abstract

Urethral calculi represent less than 2% of all urinary stone disease. Primary urethral stone is a rare condition. It usually develop secondary to congenital urethral diverticulum. The majority of urethral calculi are migrant form the upper urinary system or bladder. Treatment is contingent on the size and location of the stones and condition of the urethra. We present penile urethra stone in this report.

**Key words:** Giant urethral calculi, Urolithiasis, Urethrotomy

#### Giriş

Üriner sistem taşlarının büyük çoğunluğu üst üriner sistem ve mesanede görülürken % 1 kadarı üretrada görülmektedir (1). Üretra taşları primer ve üst üriner sistemden migre olan taşlar olarak iki gruba ayrılabilir. Üretra taşlarının tedavisi taşın lokalizasyonuna, boyutuna, üretanın durumuna bağlı olarak değişmektedir (2). Bu yazıda penil üretrada 3 cm taşı olan hastanın tanı ve tedavisi literatür eşliğinde tartışıldı.

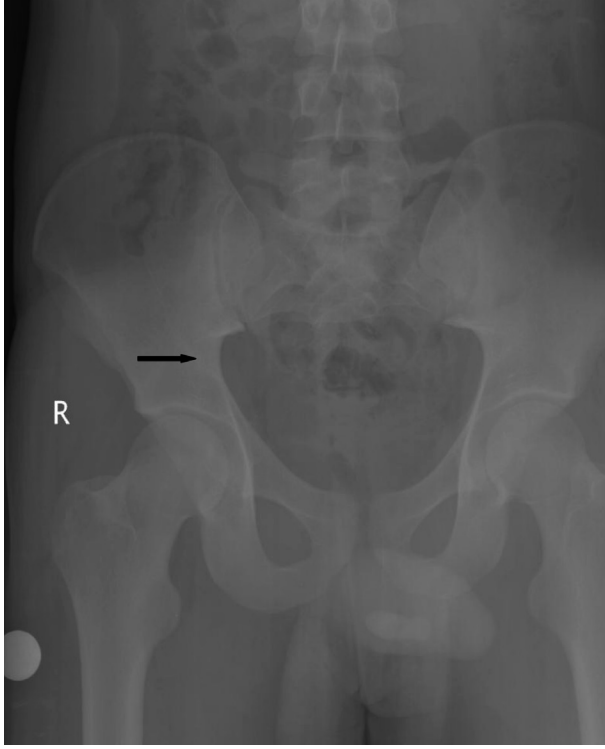
#### Olgu sunumu

Yirmi bir yaşında erkek hasta kliniğimize bir yıldır devam eden idrar yapmada zorluk şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde üriner sistem yakınması ve taş düşürme öyküsü yoktu. Ailesinde taş hastalığı öyküsü yoktu. Fizik muayenede penis ventral yüzünde anterior penil üretra düzeyinde yaklaşık 3 cm lik sert kitle palpe edildi. Direkt üriner sistem grafisinde penil üretra düzeyinde opasite saptandı (Resim 1). Retrograd üretrografisinde opak maddenin mesaneye geçişine izin veren yaklaşık 3 cm'lik opasite tespit edildi (Resim 2). Üriner sistem ultrasonografisinde herhangi bir patolojik bulgu yoktu. Abdomi-

nopelvik bilgisayarlı tomografide penil üretrada 3 cm'lik opasite gözlendi (Resim 3). Hastaya üretroskopi planlandı. Fleksibl üretroskopide penil üretrada taş gözlendi. Taş forceps ile tutularak nazikçe hareket ettirmeye çalışıldı ancak taşın impakte olduğu görüldü. Taşın büyük ve impakte olması nedeniyle taşın açık cerrahi ile alınmasına karar verildi. Üretraya yaklaşık 2 cm kesi yapıldı. Taş üretradan serbestlenerek ekstirpe edildi (Resim 4). Ameliyat sonrası 18 Fr foley sonda postoperatif on gün bırakıldı. Operasyondan 6 ay sonra hiçbir üriner sistem yakınması bulunmayan hastanın retrograd üretrografisi de normaldi (Resim 5).

#### Tartışma

Üretra taşları Batı toplumunda üriner sistem taşlarının %2' sinden azını oluşturmaktadır (3). Ancak gelişmekte olan toplumlarda özellikle Orta ve Uzak Doğuda mesane taşı insidansı yüksekliği nedeniyle daha sık görülmektedir (4). Kadınlarda üretanın kısa olması ve mesane taşlarının daha nadir görülmesi nedeniyle, üretra taşları erkeklere nazaran daha az sıklıkla gözlenmektedir(5). Kadının uretrasındaki taşlar genellikle üretral divertikül veya



**Resim-1.** Direkt üriner sistem grafisinde penil üretrada taşa ait opasite

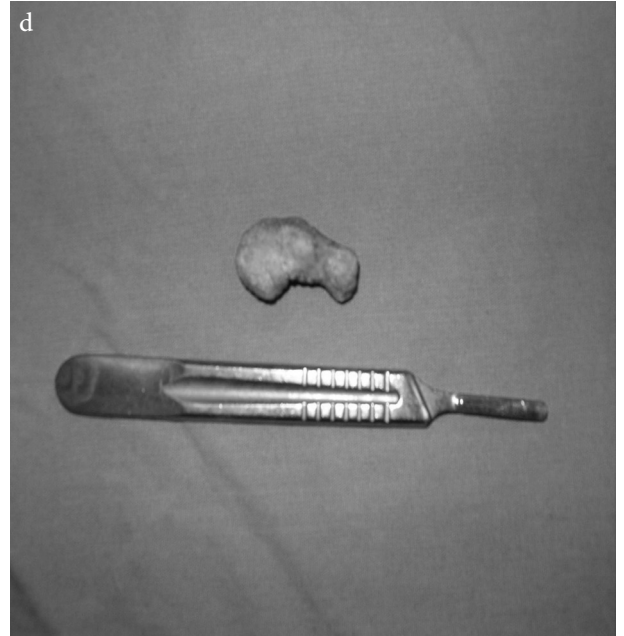


**Resim-2.** Retrograd üreterografide penil üretrada opak madde geçişine izin veren, üretra taşına ait dolma defekti



**Resim-3.** Abdominopelvik bilgisayarlı tomografide penil üretrada taşa ait opasite.

üretrosele bağlı olarak gelişir. Üretra taşları, primer üretra taşları ve üst üriner sistemden migre olan taşlar olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Primer üretra taşları genellikle üretral divertikül zemininde gelişir. 10 mm'den küçük taşlar normal üretradan geçebilirler. Prostatik üretra, bulbus, proksimal penil üretra, fossa navicularis ve external meatus taşın üretrada olası takılma yerleridir (2). Üretranın çapında azalmaya neden olan travma, prostatektomi, inflamasyon, entrümantal girişimlere sekonder darlıklar, yabancı cisimler, mesane boynu darlığı, nörojen mesane, sistosomiazis, divertikül ve üretrosel gibi durumlar üretra taşı oluşumuna neden olabilir (3,6-11). Literatürde hiperkolesterolemi tedavisinde kullanılan kolestiramine bağlı gelişen bir üretra taşı olgusu, Courtney SP ve Wightman JAK tarafından rapor edilmiştir (12). Ayrıca prostat kanserine yönelik tedavi seçeneklerinden biri olan kriyoterapi tedavisi de üretrada taş oluşumuna neden olabilmektedir (13). Üretra taşı oluşumuna predispozan faktörler olmadan da üretrada taş saptanabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. (14,15). Bizim olgumuzda da üretrada taş oluşumuna neden olabilecek herhangi bir patoloji saptanmadı. Primer üretra taşları yavaş büyüme göster-



**Resim-4 a, b, c, d.** Eksternal üretrotomi operasyonu ve taşın ekstripe edilmesi.

diği için genellikle akut semptomlara neden olmaz. Hastalar genellikle penis ventral yüzünde veya anterior vaginal duvarda sert ve boyutu artan kitle, disparoni, irritatif işeme semptomları ve hematüri ile başvururlar. Bizim olgumuzda idrar yaparken zorlanma şikayeti mevcuttu. Üst üriner sistemden migre olan taşlar akut retansiyon, sık idrara çıkma, dizüri, zayıf idrar akışı, tam boşalamama, damlama, idrar kaçırma gibi üriner sistem semptomlarına neden olabilirler. Taş posterior üretrada takılırsa

ağrı perine ve rektuma yayılabileceği gibi, anterior üretrada takılırsa impakte olduğu bölgede ağrıya neden olabilir. Posterior üretra taşları rektal muayenede palpe edilebilir (2).

Üriner sistemin diğer bölgelerinde olduğu gibi üretra taşları da genellikle radyo-opak taşlardır. Üretra taşlarının tanısında direkt üriner sistem grafisi ve fizik muayene genellikle yeterlidir. Direkt üriner sistem grafisinde üretra taşı saptanmayan olgularda retrograd üretrografi, bilgi-



**Resim-5.** Postoperatif 6.ayda retrograd üretrografi.

sayarlı tomografi ve penil ultrasonografi tanıya yardımcı radyolojik yöntemlerdir. Kesin tanı endoskopi ile konulabilmektedir (1,2,4,6,13).

Üretra taşlarının tedavisi taşın boyutuna, lokalizasyonuna ve üretranın durumuna bağlıdır. Üretroskopik litotripsi ve taş fragmanlarının çıkarılması her durumda uygulanabilir. Taş fossa navikulariste veya external meatus- ta ise meatotomi yapılabilir. Taş anterior üretrada ise forceps kullanılarak ekstirpe edilebilir. Üretradaki darlık taş pasajını engellemiş ise üretral dilatasyon ve internal üretrotomi gerekli olabilir. Kronik impakte üretra taşlarında eksternal üretrotomi gerekebilir. Posterior üretradaki taşlar mesaneye itilerek mesane taşı gibi tedavi edilebilir. Taş divertikül içinde oluşmuşsa divertikülektomi yapılmalıdır(2). El-Sherif AC ve El-Hafi R yaptıkları çalışmada 18 hastanın 14'ünde % 2'lik lidokainli jelin intraüretral instilasyonu ile impakte üretral taşların spontan çıktığını rapor etmişlerdir (16). Bizim olgumuzda taşın impakte ve boyutunun büyük olması nedeniyle eksternal üretrotomi uygulandı.

Sonuç olarak üretra taşı nadir görülen bir durumdur. Özellikle primer üretra taşları geç semptom verip büyük boyutlara oluşabilir. Üretrada taş oluşumuna neden olabilecek predispozan faktörler olabileceği gibi bizim olgumuzda da görüldüğü üzere nedeni açıklanamayan üretra taşları da tespit edilebilmektedir. Taşın yerine, boyutuna, üretranın durumuna göre farklı tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Taş boyutunun küçük olduğu ve impakte olmayan taşlarda endoskopik tedavi seçenekleri hastanede kalış süresini ve tedavi maliyetini azaltmaktadır.

### Kaynaklar

1. Drach GW: Urinary lithiasis: Etiology, diagnosis and medical management. In Walsh P, Retik A, Stamey, Vaughan D. Eds. Campbell's Urology, 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders ; p.2144-5,1992.
2. Khai-linh V. Ho, MD Joseph W. Segura, MD: Lower Urinary Tract Calculi. Campbell's Urology, 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders p. 2670-2, 2007.
3. Koga S, Arakaki Y, Matsuoka M, Ohyama C: Urethral calculi. Br J Urol 65:288-92,1990.
4. Amin HA: Urethral calculi. BJU;45: 192-9,1973.
5. Suzuki Y, Ishigooka M, Hayami S, Nakada T, Mitobe K: A case of primary giant calculus in female urethra. Int Urol Nephrol.;29: 237-9,1997.
6. Hegele A, Olbert P, Wille S, Heidenreich A, Hofmann R: Giant calculus of the posterior urethra following recurrent penile urethral stricture. Urol Int. 69:160-1, 2002.
7. Bozlu M, Çayan S, Akbay E, Canpolat B, Ulusoy E, Doruk E: Üriner sistem taş hastalığında ilk defa tanı alan ve nüks eden olgularda metabolik ve üriner risk factorlerinin karşılaştırılması. Türk Üroloji Dergisi 28:187-193, 2002.
8. Fernandez Fernandez A, Santamaria Roa A, SoriaRuiz S, Gil Fabra J, Gil Paraiso A, Otero Mauricio G:Giant urethral lithiasis. Arch Esp Urol. 46: 914-6,1993.
9. Hemal AK, Sharma SK: Male urethral calculi. Urol Int.46:334-9, 1991
10. Paulk SC, Khan AU, Makek RS, Greene LF: Urethral calculi. Urology 16:436-440, 1976
11. Noble JG, Chapple CR: Formation of a urethral calculus around an unusual foreign body. Br J Urol. 72: 248-9,1993.
12. Courtney SP and Wightman JAK: Urethral calculi caused by cholestiramine. BJU;68:654-661,1991.
13. Aus G, Bergdahl S, Hugosson J, Lundin SE: Stone formation in the prostatic urethra after cryotherapy for prostate

- cancer. Urology.;50: 615-17,1997.
14. Kılıçlar M, Erdemir F, Bedir S, Çoban S, Erten K, Özgök Y: Kliniğimizdeki üretral taşlı olguların literatür eşliğinde değerlendirilmesi. Türk Üroloji Dergisi:31(3): 389-395.2005.
  15. El-Sherif AE, Prasad K: Treatment of urethral stones by retrograde manipulation and extracorporeal shock wave lithotripsy. Br J Urol. 76:761-64,1995.
  16. El-Sherif AC, El-Hafi R: Proposed new method for nonoperative treatment of urethral stones. J Urol 146:1546-1550,1991.

---

**Yazışma Adresi**

Dr. Sacit Nuri Görgel

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

1.Üroloji Servisi Basın Sitesi/İzmir

E-mail:sngorgel@hotmail.com

Tel : 0232 244 44 44 / 2377

Gsm : 0505 610 09 93

---