

Üriner diversiyondan 8 yıl sonra ortaya çıkan neobladder taşı: Olgu sunumu

Neobladder stone eight years after urinary diversion: Case report

Ertuğrul Şefik, Sacit Nuri Görgel, Kutlu Teberik, Cengiz Kara, Çetin Dinçel

Izmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Üroloji Kliniği

Özet

Neobladder taşı, üriner diversiyonların geç komplikasyonlarından biridir. Altta yatan etioloji çoğu zaman multifaktördür. Üriner diversiyon sonrası değişen bazı metabolik ve anatomik durumlar taş hastalığı riskinde artmaya sebep olabilir. Struvit ve kalsiyum fosfat taşları en sık görülen taş tipleridir. Bu yazıda radikal sistektomiden 8 yıl sonra neobladder taşı gelişen olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Radikal sistektomi, üriner diversiyon, neobladder taşı

Abstract

Neobladder stone is one of late complications of urinary diversion. The underlying etiology of stone is usually multifactorial. After the urinary diversion, some metabolic and anatomical changes those may increase risk of urolithiasis. The most common types of stones are struvite and calcium phosphate. We present a case who underwent radical cystectomy and developed a neobladder stone 8 years after radical cystectomy.

Key Words: Radical cystectomy, urinary diversion, neobladder stone

Giriş

Üriner diversiyonlar; mesane kanseri, nörojenik mesane bozuklukları veya konjenital anomali nedeniyle radikal sistektomi sonrası farklı barsak bölgelerinin kullanıldığı operasyonlardır. İntestinal segmentin idrar için rezervuar amaçlı kullanımı klinik önemi olmayandan hayatı tehdit edici komplikasyonlara kadar çok farklı sorunlara neden olmaktadır (1).

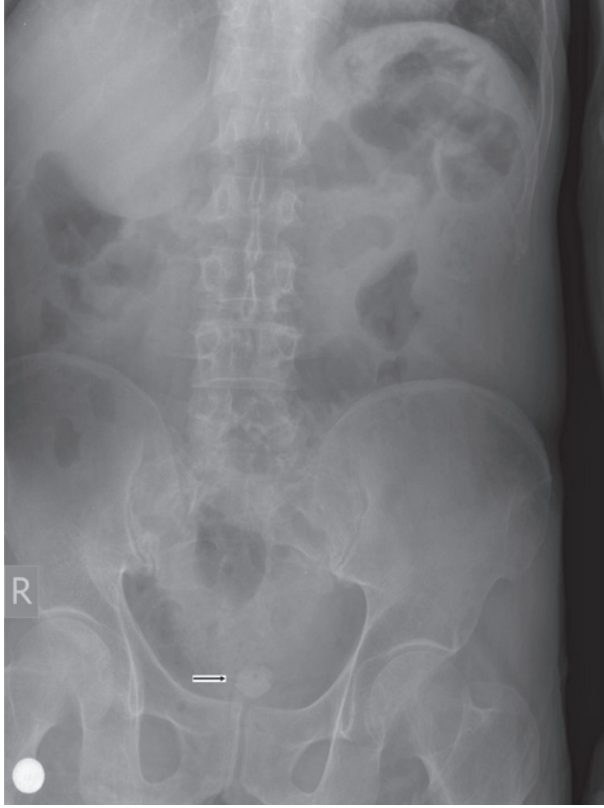
Olgu Sunumu

Yetmiş yaşında erkek hasta dizüri, pollaküri şikayeti ile üroloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde hastaya kliniğimizde 8 yıl önce T2bG3 mesane kanseri nedeniyle radikal sistoprostatektomi+ileal neobladder+bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapıldığı sistektomi sonrası periyodik kontrollerinde herhangi bir tümör nüksü saptanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede sistektomi operasyonuna ait insizyon skarı dışında ek bir bulgu saptanmadı. Kan biyokimyası ve hemogram olağan-

dı. Üriner sistem ultrasonografisinde ve direkt üriner sistem grafisinde neobladderda yaklaşık 3 cm boyutunda taş gözlemlendi (Resim 1). Tüm batın bilgisayarlı tomografisinde neobladder içerisinde 3 cm lik taş gözlemlendi (Resim 2). Hastaya 22 Fr sistoskopi ile üretradan girilip mesane içindeki taş pnömotik litotriptör yardımıyla kırılıp dışarıya alındı. Operasyon süresi 40 dakika idi ve peroperatif komplikasyon izlenmedi. Postoperatif direkt üriner sistem grafisi normal olan ve herhangi komplikasyonu olmayan hasta operasyon sonrası 1. günde taburcu edildi. Yapılan taş analizinde taşın struvit taşı olduğu tespit edildi.

Tartışma

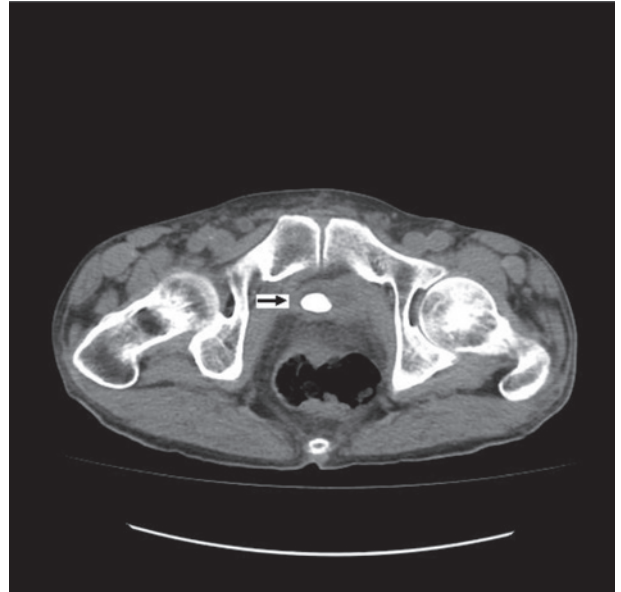
Üriner diversiyonlu olgularda üriner sistem taş hastalığı riski artmıştır (2). Üriner diversiyon operasyonu yapılan hastalarda farklı anatomik ve metabolik faktörler mevcuttur. Neobladder içerisinde oluşan taşlar genellikle semptom vermezken bir kısmı üriner enfeksiyon ya da inkontinans şeklinde klinik bulgu verebilir. Taşlar ge-



Resim 1: Direkt üriner sistem grafisinde pouch taşı

nelde enfeksiyon ile ilişkili olup struvit, karbonat apatit, amonyum hidrojen ürat karışımından oluşur. Kalsiyum okzalat taşları daha az sıklıkta oluşan taşlardır (3). Üriner diversiyon için kullanılan barsak segmenti, idrar ile temas eden segment alanı, idrar ile temas süresi, idrarın içeriği, böbrek fonksiyonu, idrar pH ve osmolalitesi bu absorpsiyonu etkilemektedir (4). Üriner diversiyon sonrası en sık karşılaşılan durum metabolik asidozudur. Metabolik asidoza bağlı olarak hipositratüri ve hiperkalsiüri oluşmaktadır. Üriner staz, mukus oluşumu, yabancı cisimler ve emilemeyen malzemeler taş oluşumunu kolaylaştıran diğer nedenlerdendir (5). Üriner diversiyon olgularında taş hastalığı insidansı uygulanan diversiyon tipine göre değişmektedir (2, 6). Ortotopik neobladder uygulanan hastalarda taşlar genelde pouch içerisinde oluşur ve nüks etme oranı yüksektir. Sistektomi sonrası rezervuar içerisinde ortalama taş oluşum süresi 24-45 aydır (3, 7). Bizim olgumuzda ise neobladder taşı ameliyat sonrası 8.yılda tespit edilmiştir. Abol-Enein ve Ghonheim ortotopik W şekilli ileal neobladder olgularında ortalama 3 yıllık takipte %2.9 taş insidansı rapor etmişlerdir

(8). Rezervuar taşları genellikle asemptomatik olup hastalarda işeme bozukluğu (retansiyon, inkontinans), kateterizasyon zorluğu, hematüri, karın ağrısı, yan ağrısı, suprapubik ağrı gibi semptomlara neden olabilir (9). Bizim olgumuz da dizüri, pollaküri şikayetiyle başvurmuştu. Rezervuar taşlarını tanısında direkt üriner sistem grafisi tedavi kararını vermede yeterli olabilir. Ancak diversiyonlu olgularda üriner sistem anatomisinin değişmesi nedeniyle genellikle intravenöz ürogram, tüm batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi gibi ek görüntüleme yöntemine ihtiyaç vardır. Looposkopi, pouchoskopi, antegrad veya retrograd üreteroskopi ve nefroskopi taşlarının tanı ve tedavisinde kullanılan endoskopik yöntemlerdir (9). Prone pozisyonda ESWL'nin başarılı bir tedavi olabileceği rapor edilmiştir (10). Taş yükü az olan olgularda transüretral endoskopik olarak tedavi yapılabilir. Bu uygulamada mekanik, elektrohidrolik, pnömotik, holmiyum laser kullanılabilir. Perkütan yaklaşım mesane boynu ve sfinkteri koruma amacıyla önerilebilir. Genelde taş yükü fazla olduğundan ve transüretral yol yerine perkütan yaklaşım ya da klasik açık cerrahi uygulanabilir (3, 11). Bizim hastamızda pnömotik enerji kullanılarak sistolitotripsi başarıyla uygulanmıştır. Hatanaka Y ve ark (12) hautmann pouch içerisinde geç dönemde oluşan neobladder taşını endoskopik yöntemle, Słojewski M ve ark dev neobladder taşını neocystolithotomy yöntemiyle tedavi etmişlerdir (13).



Resim 2: Bilgisayarlı tomografide pouch taşı

Sonuç

Üriner diversiyon olguları üriner sistem taş hastalığı açısından artmış riske sahiptir. Sistektomi sonrası rezervuar içerisinde ortalama taş oluşum süresi 24-45 aydır. Ancak bizim sunduğumuz olguda görüldüğü gibi uzun yıllar sonra dahi taş meydana gelebilmektedir. Bu nedenle rezervuara sahip hastalar taş hastalığı yönünden yakın takibe alınmalı, onkolojik açıdan hastalık kontrol altında olsa bile taş hastalığı açısından dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Gerharz EW, Turner WH, Kälble T, Woodhouse CR. Metabolic and functional consequences of urinary reconstruction with bowel. *BJU Int.* 2003 Jan;91 (2) :143-9.
2. Arai Y, Kawakita M, Terachi T, et al. Long-term followup of the Kock and Indiana pouch procedures. *J Urol* 1993; 150:51-55.
3. Woodhouse CRJ, Lennon GN. Management and aetiology of stones in intestinal urinary reservoirs in adolescents. *Eur Urol* 2001; 39: 253-9
4. McDougal WS. Metabolic complications of urinary intestinal diversion.. *J Urol* 1992;147:1199-208
5. Drach GW. Secondary and miscellaneous urolithiasis: medications, urinary diversions, and foreign bodies. *Urol Clin North Am* 2000; 27:269-273.
6. Liard A, Seguiet-Lipszyc E, Mathiot A, Mitrofanoff P. The Mitrofanoff procedure: 20 years later. *J Urol* 2001; 165:2394-2398.

7. Kronner KM, Casale AJ, Cain MP, Zerlin MJ, Keating MA, Rink RC. Bladder calculi in the pediatric augmented bladder. *J Urol* 1998; 160: 1096-8
8. Abol-Enein H, Ghoneim MA. Functional results of orthotopic ileal neobladder with serous-lined extramural ureteral reimplantation: experience with 450 patients. *J Urol* 2001;165:1427-1432.
9. Beiko DT, Razvi H. Stones in urinary diversions: update on medical and surgical issues. *Curr Opin Urol.* 2002 Jul;12 (4) :297-303.
10. Boyd SD, Everett RW, Schiff WM, Fugelso PD. Treatment of unusual Kock pouch urinary calculi with extracorporeal shock wave lithotripsy. *J Urol.* 1988 Apr;139(4):805-6
11. Cain MP, Casale AJ, Kaefer M, et al. Percutaneous cystolithotomy in the pediatric augmented bladder. *J Urol* 2002; 168:1881-1882.
12. Hatanaka Y, Yoshioka N, Imanishi M. Giant bladder stone nine years after neobladder construction: a case report *Hinyokika Kyo.* 2008 Nov;54(11):745-7.
13. Słojewski M, Sikorski A, Gołab A. Giant neobladder calculus. *Scand J Urol Nephrol.* 2000 Apr;34(2):139-40.

Yazışma / Correspondence

Dr. Ertuğrul Şefik

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

1. Üroloji Kliniği, Yeşilyurt, İzmir

Tel: 0506 358 40 30

Fax: 0232 243 15 30

E-mail: sefikanamur@yahoo.com