

## PROSTATİK ÜRETRADA DEV TAŞ

### GIANT STONE IN PROSTATIC URETHRA

Yusuf ŞENOĞLU<sup>1</sup> Ali TEKİN<sup>2</sup> Gizem DEMİR ŞENOĞLU<sup>3</sup>

<sup>1</sup>S.B. İzmir Aliğa Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir

<sup>2</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği, Düzce

<sup>3</sup>S.B. İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği, İzmir

**Anahtar Sözcükler:** Prostat, üretra, taş

**Keywords:** Prostate, urethra, stone

Yazının alınma tarihi:03.04.2017,

Kabül tarihi:15.06.2017,

Online basım:12.07.2017

## ÖZ

**Giriş:** Prostatik üretrada, dev taşlar oldukça nadir görülmektedir. Obstrüktif yakınmaları ve kabızlık şikayeti olan dev prostatik üretra taşı olgusunu literatür bilgileriyle değerlendirdik.

**Olgu:** 57 yaşında hasta yaklaşık 2 yıldır olan dizüri, şiddetli obstrüktif semptomlar ve kabızlık nedeniyle başvurdu. Bilgisayarlı tomografide prostatik üretrayı tamamen dolduran 46mm çapında taş saptandı. Transvezikal prostatolitotomilitripsisi eşliğinde uygulandı. Bir ay sonra tüm yakınmaların sonlandığı görüldü. Yapılan incelemede taş, kalsiyum oksalat taşı olarak raporlandı.

**Sonuç:** Büyük boyutta üretral taşların tedavisi ile ilgili literatür bilgisi oldukça azdır. Bu vaka sunumunda büyük prostatik üretral taşların tanı ve tedavisi açısından üroloji camiasına ışık tutmaya çalıştık.

## SUMMARY

**Introduction:** Giant stones in prostatic urethra are quite rare. We evaluated the giant stone in prostatic urethra causing obstructive symptoms and constipation with literature.

**Case:** The 57-year-old patient was admitted due to severe obstructive symptoms and constipation for 2 years. A stone measuring 46mm in diameter was detected filling the prostatic urethra completely on computed tomography. Transvesical prostatolithotomy with lithotripsy was performed. After 1 month all symptoms were disappeared. In the analysis, the stone was reported as calcium oxalate.

**Conclusion:** The literature on treatment of large urethral stones is quite insufficient. In this case, we tried to shed light on the society of urology in terms of diagnosis and treatment of large prostatic urethral stones.

## GİRİŞ

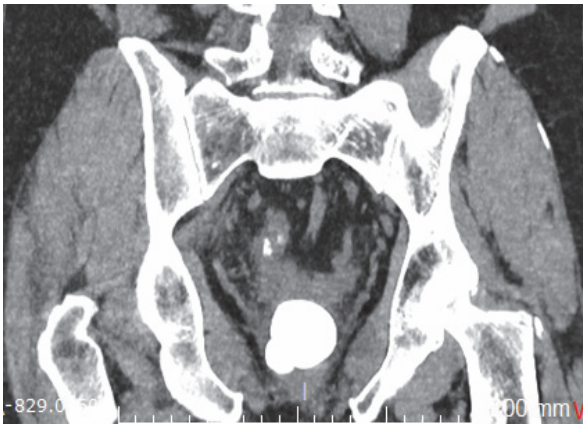
Üretra taşları, tüm üriner sistem taşları içinde %1-2 oranında görülmektedir (1). Prostatik üretrada dev taşlar oldukça seyrek görülmektedir. Primer üretral taş oluşumuna; geçirilmiş endoskopik operasyonlar, üretral darlıklar, enfeksiyon varlığı

ya da divertiküller neden olabilmektedir(2). Literatüre bakıldığında prostatik üretrada dev taş az sayıda olguda görülmüştür. Biz obstrüktif semptomlar ve kabızlığa neden olan prostatik üretrada dev taş olgusunu paylaşmak istedik.

## OLGU

57 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır olan dizüri, şiddetli obstrüktif semptomlar, suprapubik ağrı ve kabızlık nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişini sorgulandığında geçirilmiş herhangi bir endoskopik girişime ya da alt üriner sistem enfeksiyonuna rastlanılmadı.

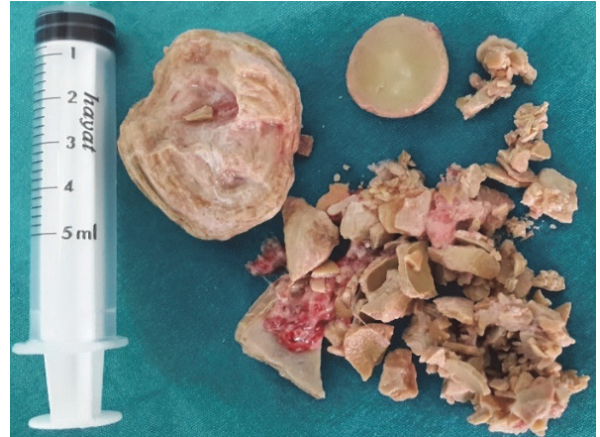
Rutin olarak yapılan tetkiklerde serum kreatinin 1,3 mg/dl, PSA 0,32 ng/ml, hemoglobin (Hb) 15,2 g/dl olarak ölçüldü. Tam idrar tahlilinde bol lökosit ve eritrosit olmasına rağmen idrar kültüründe bakteri üremedi. Yapılan üroflowmetride maksimum akış hızının 3, ortalama akış hızının 1, rezidüel idrar hacminin 300ml olduğu görüldü. Direkt batın grafisinde pubik kemiğin süperiorunda yaklaşık 4cm çapında opasite izlenmesi üzerine çekilen bilgisayarlı tomografide (BT) mesanenin flask, sınırlarının düzensiz ve prostatiküretrayı tamamen dolduran 46x42mm boyutlarında, mesanede 5mm çapında iki adet taş olduğu tespit edildi. Prostat parankiminin özellikle lateralde 4mm'ye kadar incelmış olduğu görüldü (Resim 1).



**Resim 1.** Dev prostatik üretra taşının bilgisayarlı tomografi görünümü

Yapılan endoskopide üretrada eksternal sfinktere kadar patoloji gözlenmedi. Prostatik loju tamamen dolduran, mobil dev boyutlarda taş görüldü ancak mesane boynu ve mesane görüntülenemedi.

Hastaya transvezikal prostatolitotomi planlandı. Cerrahi sırasında mesane boynu açıklığının yaklaşık 3-5mm olduğu görülmesi üzerine mesane boynu 1,5cm insize edildi. Dokunun çok sert olması nedeniyle taş çıkarılamadı ve taşa eksternal pnömatik litotripsi uygulandı. Taş parçaları ancak mesane insizyonu, prostatın sol superolateraline yapılan 2cm uzunluğundaki insizyonla birleştirildikten sonra alınabildi (Resim 2). 16F foley kateter sistostomi olarak, 18F kateter mesane sol lateraline drenaj amaçlı. Üretral yoldan 22F foley kateter konuldu. Operasyon sonrası Hb: 10,8g/dl olması nedeniyle 1 ünite eritrosit süspansiyonu takıldı. Operasyon sonrası 3. gün dren ve suprapubik kateter, 14. gün üretral kateter alındı. 1 ay sonra yapılan kontrolde hastanın tüm yakınmalarının sonlandığı görüldü. Yapılan incelemede taş, kalsiyum oksalat taşı olarak raporlandı.



**Resim 2.** Litotripsi sonrası taş görünümü

## TARTIŞMA

Üretra taşları nadir görülmektedir. Üriner sistem taşlarının %2'sinden azını üretra taşları oluşturmaktadır (1). Üretra taşları çok sık görülmediğinden ilgili çalışmalar vaka sunumları ve küçük serilerden oluşmaktadır. Bu nedenle etiyoloji, tanı, tedavi ve takip açısından sınırlı bilgi bulunmaktadır.

Üretra taşları; primer (üretrada oluşan) ve sekonder (üretraya üst üriner sistemden migrasyon

yapan) olarak ikiye ayrılabilir. Üretra taşı olan vakada üst üriner sistemde %32-47 oranında taş bulunduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (1,3). Primer üretra taşı nedenleri arasında travma, prostatektomi, enflamasyon, girişimlere sekonder gelişen darlıklar, üretral divertiküller, yabancı cisimler, mesane boynu darlığı, nöropatik mesane, hipospadias, şistosomiyazis gibi etkenler sıralanabilir. Yapılan bir çalışmada 36 olgu incelenmiş, üretral darlık (%41), üriner şistosomiyazis (%11), üretral divertikül (%11), üretral fistül (%8) taş oluşum nedenleri arasında gösterilmiştir(4). Bizim vakamızda ise mesane boynunun oldukça dar olduğu, üretranın doğal olduğu gözlemlenmiştir.

Üretral taşlar için çeşitli sınıflandırmalar oluşturulmuştur. Young'ın yaptığı sınıflama prostatit ilişkili taşlar (grup 1), prostat hipertrofisi ile ilişkili taşlar (grup 2), karsinom ilişkili taşlar (grup 3), prostatik üretra ile aynı anda üriner sistemdeki taşlar (grup 4) olarak oluşturulmuştur (5). Swift Joly ise veziko-üretral (tip a), üretral (tip b) ve üretroprostatik (tip c) taşlar olarak sınıflama yapmıştır (6). Bu vakada üretral taş; Young grup 4 veya Joly tip b olarak sınıflanmaktadır.

Prostatik üretra taşları tamamen asemptomatik olmakla birlikte, hastaların sıklıkla kliniğe başvurma nedenleri dizüri, obstrüktif yakınmalar, üriner retansiyon, üriner enfeksiyon, hematurî, inkontinans ve perineal-penil ağrı olabilmektedir (1,4,7). Bizim hastamızda ise şiddetli obstrüktif yakınmalar ve kabızlık mevcuttu.

Bazı çalışmalarda üretrada genellikle kalsiyum oksalat (%86), sitruvit (%6) ve ürik asit (%2) taşlarının bulunduğu gösterilmiştir. Genellikle kalsiyum oksalat ve sistin taşlarının üst üriner sistem kökenli olduğu düşünülmektedir (8). Primer olarak üretrada oluşan taşların genellikle sitruvit taşı olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (9). Buna predispozan faktör olarak üretral obstrüksiyon, drenaj olmayan kaviteler, enfeksiyon ve enflamasyon gösterilmektedir (10).

Tanım olarak prostat taşı ve prostatik üretra taşı ayırt edilebilmelidir. Prostat taşı prostatik gland içerisinde oluşmaktadır. Prostat dokusu içerisine olan idrar reflüsünün taş oluşumuyla ilgili olabileceği düşünülmektedir (11). Genellikle apikal bölgede ve cerrahi kapsüle yakın bölgede bulunmaktadır (12).Prostatik üretral taşlar genellikle genç hastalarda görülürken, prostat taşlarına genellikle 50 yaş üzeri hastalarda rastlanılmaktadır (7).

Prostat taşlarının kronik prostatit, benign prostat hiperplazisi veya prostat kanseriyle alakalı olduğu düşünülmektedir (13). Küçük asemptomatik prostat taşları genellikle tedavi gerektirmezken; büyük taşlar transüretral, supra pubik ya da perineal cerrahi ile tedavi edilebilmektedir.

Prostatik üretra taşlarında tedavi çeşitliliği göstermektedir. Taşın bulunduğu yere, boyutuna ve üretral hastalıklara göre tedavi değişmektedir. Küçük taşlar retrograd endoskopik yöntemlerle tedavi edilmektedir. Daha büyük taşlara transüretral litotripsi ya da laser ablasyon uygulanabilmektedir. Çocuk hastalarda perkütan suprapubik yöntemleri öneren çalışmalar da mevcuttur (14). Endoskopik yöntemlerin kullanılmadığı dev taşlarda ise açık cerrahi suprapubik ya da perineal yöntemler uygulanabilmektedir. İmpakte dev üretral taşlar için üretroplasti yapılan perineal üretrotomi bir seçenektir. Dev taşlar için açık retropubik prostatolitotomi, radikal prostatektomi de tedavi seçenekleri arasındadır (15).

Bu olguda yapılan sistoskopide üretrada patoloji olmadığı saptandı, taşın çok büyük olması nedeniyle açık cerrahi tercih edildi. Mesane boynunun oldukça dar olduğu görüldü. Mesane boynu ve prostat lateralden insize edilerek taş dışarı alındı.

Büyük boyutta üretral taşların tedavisi ile ilgili literatür bilgisi oldukça azdır. Bu vaka sunumuyla tanı ve tedavi ile ilgili üroloji camiasına ışık tutmaya çalıştık.

## KAYNAKLAR

1. Koga S, Arakaki Y, Matsuoka M, Ohya C. Urethralcalculi. Br J Urol 1990;65(3):288-9.
2. Ahmed QJ, Gulfam MA, Ghayasuddin. Giant urethral diverticulum with calculi. Pakistan Journal Of Surgery 2003; 19(2) : 106-8.
3. Kilciler M,Erdemir F, Bedir S, Çoban S, Erten K, Özgök Y. Kliniğimizdeki üretral taşı olguların literatür eşliğinde değerlendirilmesi. Türk Üroloji Dergisi 2005; 31(3): 389-95.
4. Sharfi AR, el Sir S, Beleil O. Squamous cell carcinoma of the urinary bladder. Br J Urol 1992;69(4):369-71.
5. Young H. Prostatic urethral calculi. Journal of Urology 1934; 32: 660.

6. Barrett JC. Giant prostatic calculi. Br J Surg. 1957;45(191):267-9.
7. Bedir S, Kılıçer M, Akay O, Erdemir F, Avci A, Özgök Y. Endoscopic treatment of multiple prostatic calculi causing urinary retention. Int J Urol 2005;12(7):693-5.
8. Pearle MS, Antonelli JA, Lotan Y. Urinary Lithiasis: Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA eds, Campbell's Urology. 7th ed. Philadelphia:Elsevier, 2016:1170-200.
9. Usta MF, Baykara M, Erdoğan T, Köksal IT. Idiopathic prostatic giant calculi in a young male patient. Int Urol Nephrol 2005;37(2):295-7.
10. Lowsley OS, Kirwin JJ. Clinical Urology. vol. 1. Williams andWilkinsCompany, Baltimore, Md,USA, 3rd edition, 1956.
11. Park HK, Kwak C, Kim SH, Jeong H, Lee SE. The effect of prostatic calculi detected by transrectal ultrasound on the level of serum prostate specific antigen. Korean Journal of Urology, 2003; 44; 649–54.
12. Sant GR. Prostatic calculi. Current Urologic Therapy. Seidmon EJ and Hanno PM, Eds. 368–370, WB Saunders, Philadelphia, Pa, USA, 3rd edition, 1994.
13. Grayhack JT, McVary KT, Kozlowski JM. Benign prostatic hyperplasia. Adults and Paediatrics Urology. Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards SS.Mitchell ME, Eds.vol. 2; 1401–1470, Mosby, St. Louis, Mo, USA, 4th edition, 2002.
14. Safwat AS, Hameed DA, Elgammal MA, Abdelsalam YM, Abolyosr A. Percutaneous suprapubic stone extraction for posterior urethral stones in children: efficacy and safety. Urology 2013;82(2):448-50.
15. Virgili G, Forte F, Sansalone S, Attisani F, De Carolis A, DiStasi SM, et al. Radical prostatectomy as unique chance for huge prostatic stones. ArchItal Urol Androl2004;76(4):171-2.

### **Sorumlu yazar**

Yusuf ŞENOĞLU  
Aliağa Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği Yenimahalle mah. 35800 Aliağa/İzmir  
e-mail: ysenoglu@yahoo.com  
Tel: 0506 481 5 88