

# Dev Mesane Taşına Bağlı Spontan Mesane Perforasyonu: Olgu Sunumu

## Spontaneous Bladder Perforation Due To Giant Bladder Stone: A Case Report

Remzi Salar<sup>1\*</sup>, Engin Özbay<sup>1</sup>, İsmail Karlıdağ<sup>1</sup>, Emrullah Durmuş<sup>1</sup>, Halil Felat Öncel<sup>1</sup>, Ekrem Özyuvalı<sup>1</sup>, Serkan Yenigürbüz<sup>1</sup>, Metin Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, Şanlıurfa

<sup>2</sup>Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

### ÖZET

Mesane perforasyonu üroloji pratiğinde karşımıza travma veya iatrojenik sebeplerden dolayı çıkmaktadır. Bu yazımızda nonspesifik karın ağrısı ve oligüri şikayeti ile başvuran erkek hastanın tanı ve uygulanan tedavi yöntemi sunulmuştur. Mesane perforasyonunun tanı ve ayırıcı tanı ve tedavisi güncel literatür eşliğinde değerlendirilmiştir. Bu olgu sunumunda mesane perforasyonunun spontan gelişebileceği ve erken tanının hayat kurtarıcı olduğu vurgulanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Spontan mesane perforasyonu, mesane taşı, nonspesifik karın ağrısı

### ABSTRACT

Bladder perforation is due to trauma or iatrogenic reasons in urology practice. In this article, we present the diagnosis and treatment of a male patient with nonspecific abdominal pain and oliguria. Diagnosis and differential diagnosis and treatment of bladder perforations were evaluated in the light of current literature. In this case report, it was emphasized that bladder perforation may spontaneously develop and early recognition is life saving.

**Key Words:** Spontaneous bladder perforation, bladder stone, nonspecific abdominal pain

### Giriş

Mesane duvarına bağlı patolojiler ve/veya idrar çıkımında oluşan problemlerden dolayı gelişen travma harici mesane perforasyonu spontan mesane rüptürü olarak adlandırılmaktadır (1). Travma veya enstürmentasyon öyküsü olmadan mesane rüptürü görülmesi çok nadir bir durumdur (2). Spontan mesane perforasyonunun insidansı düşük olup (1:126000) mortalitesi (%47) yüksektir (3). Akut batın tablosu idrar çıkımında azalma ve genel durum bozukluğu gibi nonspesifik şikayetlerle başvuran hastalarda da dikkatli bir fizik muayene, anamnez ve uygun görüntüleme yöntemleri ile mesane perforasyonunun tespit edilebileceği akılda tutulmalı ve geç kalındığında mortalitesi yüksek olan bir tablo olduğu bilinmelidir. Bu olgu sunumunda akut batın ve oligüri tablosu ile başvuran ve klinik araştırma sonucunda mesane perforasyonu tespit edilen bir vakanın sunumu amaçlanmıştır.

### Olgu Sunumu

73 Yaşında erkek hasta acil servise idrar çıkımında azalma genel durum bozukluğu ve yaygın karın

ağrısı ile başvurmuş. Hastanın tansiyon arteryel:130/80 mmHg Nabız:82/dk ateşi:37.2 C° idi. Hastanın bakılan hemogram :6,8 g/dl lökosit sayısı:30000 c/uL üre/kreatinin: 209/5,8 mg/dl olup, hastanın çekilen tüm batın tomografisinde batın içinde yaygın mayi, mesanede 8 cm taş ve bilateral böbreklerde grade iki hidronefroz izlenmiştir (Şekil 1-2). Batın içinde yaygın mayi, oligüri ve kreatinin düzeyi yüksek olan hastada mesane perforasyonundan şüphelenilip BT sistogram çekildi. BT sistogramda mesane perforasyonu tesbit edildi (Şekil 3). Kan gazında asidozu olan hasta diyazile alınıp eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldıktan sonra acil olarak operasyona alındı.

Hastanın mesanesinin posterior duvarı ile kubbe birleşim yerinde intraperitoneal 1cm lik perforasyon alanı izlendi. Batın içinden 2000 cc idrar vasfında mayi boşaltıldı. Mesaneden 8 cm lik taş çıkarıldı (Şekil 4). Hastanın prostatı 150 gr olup sondanın mesaneye ulaşmasına engel olacak kadar indante olduğu için aynı seansta digital olarak enükle edildi ve mesane çift kat olarak onarıldı. Yoğun bakımdaki takiplerinde üre/kreatinin düzeyi ve hgb düzeyi normale gelen lökositüze düzelen hasta servise alındı. Post



Şekil 1. Mesane taşının BT görüntüsü.



Şekil 2. Barsak ansları arasındaki serbest sıvıyı gösteren BT görüntüsü.



Şekil 3. Mesane dışına extravaze olmuş kontrastı gösteren BT sistogram görüntüsü.



Şekil 4. Mesaneden çıkarılan taşın boyutunu gösteren resim.

operatif 25.günde sondası alınan hasta taburcu edildi.

### Tartışma

Spontan mesane perforasyonu eşlik eden travma veya enstrümantasyon öyküsü olmaksızın çok nadir görülür. Prevalansı 100,000-126,000 olarak raporlanmıştır (2). Bu durum genellikle mesane duvar hastalığı (%42) veya üriner retansiyon(%35) ile ilişkilidir (4). Mesane perforasyonuna neden olabilecek uzamış sistit, tüberküloz ve kanser gibi çeşitli patolojiler raporlanmıştır (2-4). Ayrıca göreceli olarak daha sık şekilde perforasyon mesane divertikülü olan alanda bazen de impakte olmuş taş nedeni ile gelişir (4-5). Daha az sıklıkta lipomatozis, siklofosamid gibi ilaçlara bağlı değişiklikler, radyasyon ve geçirilmiş cerrahiye bağlı skar nedeniyle gelişebilir (4,1,6,7). Pelvisin başka bir yerinde oluşan ağır inflamasyona sekonder mesane duvarının inflamasyonuna bağlı spontan rüptür de ayrıca raporlanmıştır (1).

Üriner retansiyona sekonder perforasyonlar obstrüktif veya nörolojik orjinli olarak sınıflandırılmaktadır. Nörolojik anormallikler spinal kord lezyonları, otonomik periferik nöropatiler ve tabes dorsalis olarak bildirilmiştir. Obstrüksiyon ile ilişkili perforasyonlar üretra veya mesane taşı, prostat hipertrofisi ve daimi sondanın tıkanmasına bağlı olarak gelişir (8,9). Alternatif olarak mesane taşlarında basıya bağlı nekroz ve buna bağlı perforasyon gelişebilir. Nadir olarak da aşırı alkol alımına bağlı mesane perforasyonu bildirilmiş olup alkolün diüretik etkisi ile hızlı mesane dolumuna bağlı gelişen distansiyona sekonder gelişmektedir (10).

İlk aşamalarda mesane perforasyonun klinik bulguları nonspesifik olup bu durum tanı ve dolayısıyla tedavinin gecikmesine sebep olabilir. Mesane perforasyonun en sık klinik bulguları

esasen hipogastriumda lokalize abdominal ağrı, batında distansiyon, ateş ve hematüridir. Bazı hastalar akut batın ile başvuru (2,11). Vakamızda olduğu gibi tabloya oligüri ve akut böbrek yetmezliği de eşlik edebilir.

Mesane rüptürü tanısının erken konulması ile tedavi başarısının artacağı ve mortalitenin de azalacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik şüphe durumunda sistogram, BT Sistogram çekilmesi uygun olup hasta operasyon odasında ise rupturun lokalizasyonu açısından sistoskopi de yapılabilir. Konvansiyonel sistogramın perforasyonu tesbit etmedeki tanısallığı %96 olup BT sistogramın başarısı daha da yüksektir (12).

Çoğunlukla intraperitoneal mesane rüptürleri cerrahi müdahale gerektirirken ekstraperitoneal rüptürler konservatif şekilde takip edilerek başarı ile tedavi edilmektedir (13). Bu vakamızda olduğu gibi BT sistogram ile erken tanı konularak eksplorasyon yapıldı. Operasyonda peritoneal kavite ve retropubik bölgedeki idrar boşaltılmalı rüptüre alan çift kat onarılmalı (mukoza ve detrussor) ve iyi bir şekilde mesane drenajı sağlanmalıdır.

Sonuç olarak, mesane perforasyonu gelişen hastalar erken dönemde akut batın tablosu, idrar çıkımında azalma ve genel durum bozukluğu gibi nonspesifik şikayetlerle başvuru olabilirler. Bu hastalarda anamnez, dikkatli bir fizik muayene ve uygun görüntüleme yöntemleri ile perforasyonun tespit edilmesinin hayat kurtarıcı olduğu akıld tutulmalı ve geç kalındığında mortalitesi yüksek olan bir tablo olduğu bilinmelidir.

## Kaynaklar

1. Stone E. Spontaneous rupture of the bladder. Arch Surg 1931; 23: 129.
2. Shaked A, Meretyk S, Pode D, Caine M. Nontraumatic spontaneous rupture of the urinary bladder. Can J Surg 1986; 29(2): 107-109.
3. Hansen HJ, Eldrup J. Spontaneous rupture of the urinary bladder--a late complication to radiotherapy. Case report. Scand J Urol Nephrol 1989; 23(4): 309-310.
4. Bastable Jr, De Jode Lr, Warren Rp. Spontaneous rupture of the bladder. Br J Urol 1959; 31(1): 78-86.
5. Thompson IM, Johnson EL, Ross G Jr. The acute abdomen of unrecognized bladder rupture. Arch Surg 1965; 90: 371-374.
6. Fujikawa K, Yamamichi F, Nonomura M, Soeda A, Takeuchi H. Spontaneous rupture of the urinary bladder is not a rare complication of radiotherapy for cervical cancer: report of six cases. Gynecol Oncol 1999; 73(3): 439-442.
7. Dargan P, Jain BK. Delayed dehiscence of repaired urinary bladder. Indian J Surg 2004; 66: 49-50.
8. Basu A, Mojahid I, Williamson EP. Spontaneous bladder rupture resulting from giant vesical calculus. Br J Urol 1994; 74(3): 385-386.
9. Carmon M, Nissan A, Pappo I, Perlberg S, Seror D, Haskel Y. Spontaneous rupture of the urinary bladder complicated by extensive fasciitis: the importance of a high index of suspicion. Urol Int 1994; 52(1): 38-40.
10. Arun CP. A queue paradigm formulation for the effect of large-volume alcohol intake on the lower urinary tract. Ann N Y Acad Sci 2002; 957: 292-294.
11. Mokoena T, Naidu AG. Diagnostic difficulties in patients with a ruptured bladder. Br J Surg 1995; 82: 69-70.
12. Hsieh CH, Chen RJ, Fang JF, Lin BC, Hsu YP, Kao JL, et al. Diagnosis and management of bladder injury by trauma surgeons. Am J Surg 2002; 184(2): 143-147.
13. Kong JP, Bultitude MF, Royce P, Gruen RL, Cato A, Corcoran NM. Lower urinary tract injuries following blunt trauma: a review of contemporary management. Rev Urol 2011; 13(3): 119-130.