

Sara Johansson, ST-läkare

Jan Schönebeck, docent, överläkare; båda vid kirurgiska kliniken, Ljungby Lasarett

Fallbeskrivning

Ovanlig diagnos hos vanlig patient

■ Patienten är en kvinna född 1954. Hon appendektomerades 1970. År 1982 råkade hon ut för en trafikolycka, som orsakade en ledutskottsfraktur på C5. Denna dislokerade vid mobilisering, varvid patienten opererades och en främre fusion av C6–C7 gjordes. I samband med olyckan fick patienten sensibilitetsstörningar i höger arm och hand som gick tillbaka omgående. Hon vårdades på sjukhus i drygt tre veckor i samband med olyckan.

I början av 1980-talet hade kvinnan upprepade gånger sökt på vårdcentralen för vad som bedömdes vara urinvägsinfektioner. 1982 skickades en remiss från vårdcentralen till en kirurgklinik, sedan patienten uppgett att hon haft blod i urinen vid två tillfällen, och en cervixpolyp hade noterats. På kirurgen tolkades blödningarna som postkoitala. En cervixabros och en polypexstirpation genomfördes.

Under våren 1983 fick kvinnan genom telefonordination två antibiotikakurer mot urinvägsbesvär. Patienten återkom dock och beskrev trängningar, sveda efter miktion och en känsla av ofullständig blåstömning. Hon var själv orolig för att det var något fel i underlivet. I status noterade man en palpationsömhet över blåsan. Den gynekologiska undersökningen var utan anmärkning.

Patienten sökte vårdcentralen igen 1986. Hon hade liksom tidigare sveda och trängningar, men nu var hon också orolig i magen, kände sig nedstämd, orolig och hade sömnbesvär. Det gjordes en uricult, som var positiv. Det noterades också 5–10 röda blodkroppar per synfält och rikligt med vita i urinsedimentet. Man ordinerade mecillinam och oxazepam. En månad senare fick hon per telefon amoxicillin mot urinvägsinfektion (UVI). Efterföljande urinodling visade växt av positiv gramflora, ej signifikant. Efter ytterligare två månader fick hon ånyo per telefon pivampicillin, då man konstaterat positiv uricult. Bara några dagar senare sökte kvinnan för oro, urinvägsbesvär och förstoppning. På vårdcentralen noterades suprapubisk ömhet. Vid rektalpalpation fann man inget anmärkningsvärt. Lugnande besked och recept på metiklopramid och emeptron gavs.

Senare samma höst återkom hon till vårdcentralen för tilltagande psykiska besvär. Så småningom fick hon en remiss till psykiater och senare antidepressiv behandling. Hon var under början av 1990-talet i kontakt med vårdcentralen flera gånger angående sina depressiva besvär och fick diazepam och klomipramin utskrivet. År 1992 blev hon inlagd på en medicinklinik på grund av bensodiazepinförgiftning. Nu fö-

SAMMANFATTAT

Blåssten hos kvinnor är ovanligt, men förekommer.

Symtomen av blåssten kan väl likna dem vid urinvägsinfektion. Även bakteriuri kan förekomma.

I det här beskrivna patientfallet fördröjdes diagnosen flera år, då urinvägsbesvären tolkades som upprepade urinvägsinfektioner. Allvarliga komplikationer hann tillstå i form av anemi och nedsatt njurfunktion.

Vid upprepade episoder av urinvägsbesvär bör vidare utredning ske.

relåg också anemi och nedsatt njurfunktion. Patienten remitterades till psykiater, men återkom inom en vecka betydligt försämrad. B-Hb var då 61 g/l och S-kreatinin 715 µmol/l.

Vid en gynekologisk konsultation upptäcktes en ruckbar resistens på platsen för blåsan. För att utesluta retention tapades blåsan, med ett par hundra ml urin i utbyte. En ultraljudsundersökning av inre genitalia gjordes på misstanke om ovarialtumor. Någon ovarialtumor hittade man inte, utan istället fann man hydronefros på båda sidor. En översiktsbild av blåsan visade en stor röntgentät förändring på platsen för urinblåsan (Figur 1). Patienten fick bilaterala nefrostomier för avlastning och överremitterades till kirurg.

Vid den cystoskopi som sedan gjordes dunkade skopet emot en mycket stor sten, och blåsepitelet var ödematöst och lättblödande. Tre dagar senare utfördes cystolitektomi (Figur 2).

En postoperativt genomförd antegrad pyelografi visade att njurbäcken och uretärer var bilateralt dilaterade, med tveksam passage till blåsan. Undersökningen upprepades efter en vecka. Då kunde man se en kvarstående hydronefros och hydroureter, men passagen till blåsan var bättre. Nefrostomierna kunde vara stängda utan problem och vattenkastningen fungerade.

Vid en kontrollcystoskopi två veckor efter operationen var blåsväggen trabekulerad med pseudodivertiklar, och det



Annons

Annons

Annons

Annons



Figur 1. Översiktsbild på blåsan hos en 38-årig kvinna med långdragna urinvägsbesvär, som visar en stor röntgentät förändring på platsen för urinblåsan.



Figur 2. Den blåssten som avlägsnades vid cystolitektomi 1992 vägde 60 gram.

fanns ett välläkt ärr i blåstaket. Nefrostomierna avlägsnades. Serumkreatininvärdet var helt normaliserat.

Den utsöndringsurografi som gjordes två månader efter operationen visade normal utsöndring, men kvarstående dilatation av urinvägarna (Figur 3). Patienten var då subjektivt besvärsfri.

Diskussion

Blåssten utgör 5 procent av alla stenar i njurar och urinvägar [1]. Blåsstenar kan bildas i blåsan eller vandra ner från njurar och ureträrer [2].

Stora blåsstenar är ovanliga i västvärlden. Hos kvinnor är



Figur 3. Utsöndringsurografi två månader efter cystolitektomi, som visar normal utsöndring men kvarstående dilatation av njurbäcken och ureträr.

de mycket ovanliga [3-5]. Fenomenet förekommer 20 gånger så ofta hos män [2]. Den hittills största blåsstenen rapporterades av Arthure 1953. Den vägde hela 6 294 gram och tros ha bildats i en blåsdivertikel [5].

Orsakerna till blåsten är många. Den vanligaste i västvärlden är någon form av obstruktion [3, 4, 6], t ex prostataförstoring [2] eller uretrastriktur [4]. Här ligger ju förklaringen till att blåsten är vanligare hos män. Urinretention kan också orsakas av neurogena blåsruddningar, prostata- och inkontinenskirurgi [1, 4]. Andra etiologiska faktorer är recidiverande cystit [2-4], blåsdivertiklar [4] och främmande kroppar, såsom kvarliggande kateter (KAD) [1-4]. Endokrina sjukdomar

kan också ligga bakom, t ex hyperparatyreoidism [2, 4]. I något fall med stor blåssten har man funnit att blåscancer orsakat obstruktion [5].

Stenarna består vanligtvis av kalciumoxalat och kalciumfosfat, men också cysteinstenar och urinsyrastenar förekommer [2].

Blåsstenar kan bli mycket stora innan de ger några besvär [5]. Vanligtvis har dock patienten någon form av symptom, t ex hematuri [3, 5], eventuellt i relation till fysisk ansträngning, täta trängningar [4], trängningsinkontinens [2], återkommande urinvägsinfektion [6], svårigheter att kasta vatten och akut urinretention [5], suprapubisk smärta [3, 5, 7], anemi och nedsatt njurfunktion vid njurkomplikation [2, 5].

I flera beskrivna fall av stora blåsstenar har man fattat misstanke redan vid palpationen av buken och rektalundersökningen. Diagnosen bekräftas genom en röntgenologisk urinvägsöversikt [2, 4, 5, 7] eller med cystoskopi [2, 4]. En ultraljudsundersökning kan också vara ett gott hjälpmedel i diagnostiken, inte minst på vårdcentraler där ultraljudsapparater blir allt vanligare medan omedelbar möjlighet till röntgenundersökning och cystoskopi saknas.

Stensnitt var ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen förr, och mortaliteten vid dessa operationer var ohyggligt hög. Ingreppet gjordes genom perineum. Så småningom övergick man till setio alta, dvs utförscaffande genom suprapubiskt snitt [2, 3]. Numera är endoskopisk extraktion, med eller utan föregående stenkrossning, den vanligaste behandlingsmetoden för mindre blåsstenar. Krossningen kan ske mekaniskt, med laser eller genom stötvågsbehandling. Stora blåsstenar kräver cystolitektomi [3].

Ett samband mellan blåscancer och stor sten kan inte uteslutas, varför man bör kontrollcystoskopera dessa patienter en tid efter det att stenen avlägsnats [3].

Kvinnor med stora blåsstenar är sällsynta fåglar i litteraturen. Av de få fallen vi funnit nämner vi här tre exempel, som alla tre opererades med cystolitektomi:

1. En 74 år gammal kvinna som behandlats i flera år för kronisk cystit. När hon försämrades utreddes hon och en sten som vägde 250 gram hittades. E coli och enterobakter odlades fram från urinen [2].
2. En 68-årig kvinna med dysuri, trängningar och tidigare urinvägsinfektioner hade en 523 gram tung sten. Genesen var troligen blåsdivertiklar och recidiverande cystit [4].
3. En 72-årig kvinna med inkontinens och upprepade urinvägsinfektioner, där man fann en 625 gram stor blåssten. Cystoskopi visade en sutur i blåsan. Hon hade tidigare genomgått två cystolitektomier [6].

Genesen till vår patients stora blåssten är oklar. Hon hade förvisso haft KAD i samband med trafikolyckan men det var maximalt en veckas tid enligt patienten själv, vilket är en mycket kort tid för konkrementbildning. Dessutom debuterade urinvägsbesvärerna redan före olyckan. Men om hon hade ständig bakteriuri med infektioner som blossade upp då och då, och bakterierna dessutom var ureasbildande, är det möjligt att det på kateterballongen hann bildas en beläggning på kort tid. Krackelerade stenskiktet vid kateterdragningen och skalfragment blev kvar i blåsan, kan ju katetern ändå ha haft betydelse för uppkomsten av stenen.

Neurogen blåsruddning övervägdes vid utredningen, men inga hållpunkter fanns för detta.

Anmärkningsvärt är att kvinnan inte sökte vårdcentralen för urinvägsbesvär någon gång mellan 1986 och 1992. Hon uppger själv att symptomen från blåsan var betydligt mindre åren innan stenen upptäcktes, jämfört med tiden före 1986. Kanske kan det förklaras med att blåsstenens rörelseutrymme blev mindre allteftersom stenen blev större. Måhända kom de

fysiska symtomen i skymundan för de psykiska. Hon trodde själv ibland att besvärerna var psykiska och ville därför inte berätta allt på vårdcentralen, t ex att hon tidvis led av inkontinens och att trängningarna förvärrades i samband med menstruation! Det sistnämnda är ju svårt att förklara men ändå intressant.

Det tog mycket lång tid att ställa rätt diagnos, och allvarliga komplikationer hann tillstöta. Adekvat utredning av episoderna med makroskopisk hematuri kunde ha gett svaret flera år tidigare än vad som blev fallet. På vårdcentralen fick patienten många gånger behandling per telefon utan att bli undersökt. Flera gånger fanns det dock verifierad bakteriuri som kunde förklara symtomen, och patienten var relativt ung när vattenkastningsbekymren startade; blåssten är inte det första man tänker på i denna situation hos en kvinna som inte ens fyllt trettio. Säkert grumlades bilden, också för läkarna, av de psykiska symtomen.

Kvinnan är idag, nio år efter ingreppet, helt besvärsfri.

Referenser

1. Schwartz BF, Stoller ML. The vesical calculus. *Urol Clin North Am* 2000;27:333-46.
2. Johansen SE, Tveter KJ. Et tilfelle av kjempesten i urinblaeren hos kvinne. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1977;97:1499-500.
3. Beisland C, Andersen M. Kjempestein i urinblaeren. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120:573-4.
4. Leach GE, Fitzpatrick TJ. Giant vesical calculi in the female. *Urology* 1981;17:274-5.
5. Dahniya MH, Gordon-Harris L. Giant urinary bladder calculi. *Clin Radiol* 1985;36:313-4.
6. Di Tonno F, Forte M, Guidoni E, Cavazzana A, Barbui P. A giant bladder stone. *Br J Urol* 1988;62:90-1.
7. Hansen BB, Petersen JK. Kaempesten i urinblaeren. *Ugeskr Laeger* 1985;147:2005-6.