

ÜROGENİTAL TRAVMALAR

Acil serviste görülen tüm travmaların yaklaşık %10'u bir ölçüde ürogenital sistemi ilgilendirir. Ciddi komplikasyonları önlemek için erken tanı gereklidir. Başlangıç değerlendirmesi kanama ve şokun kontroluyla birlikte resüstasyonu da gerektirebilir. Hasta öyküsü kazanın ayrıntılı tanımlanmasını içermelidir.

Büyük bir travmayı takiben olay yerindeki ve acile ilk kabuldeki yaklaşımlar sağ kalım açısından çok önemlidir. Yaralı ABCDE sıralamasına göre hızla değerlendirilerek gerekli girişimlerle hayatta kalması sağlanır.

- A:Hava yolu
- B:Solunum
- C:Dolaşım kontrolü ve dışarı kanamaların kontrol altına alınması
- D:Nörolojik durum ve hareketler
- E:Genel vücut gözlemi ve ekstremiteler ısıları kontrolü

BÖBREK YARALANMALARI

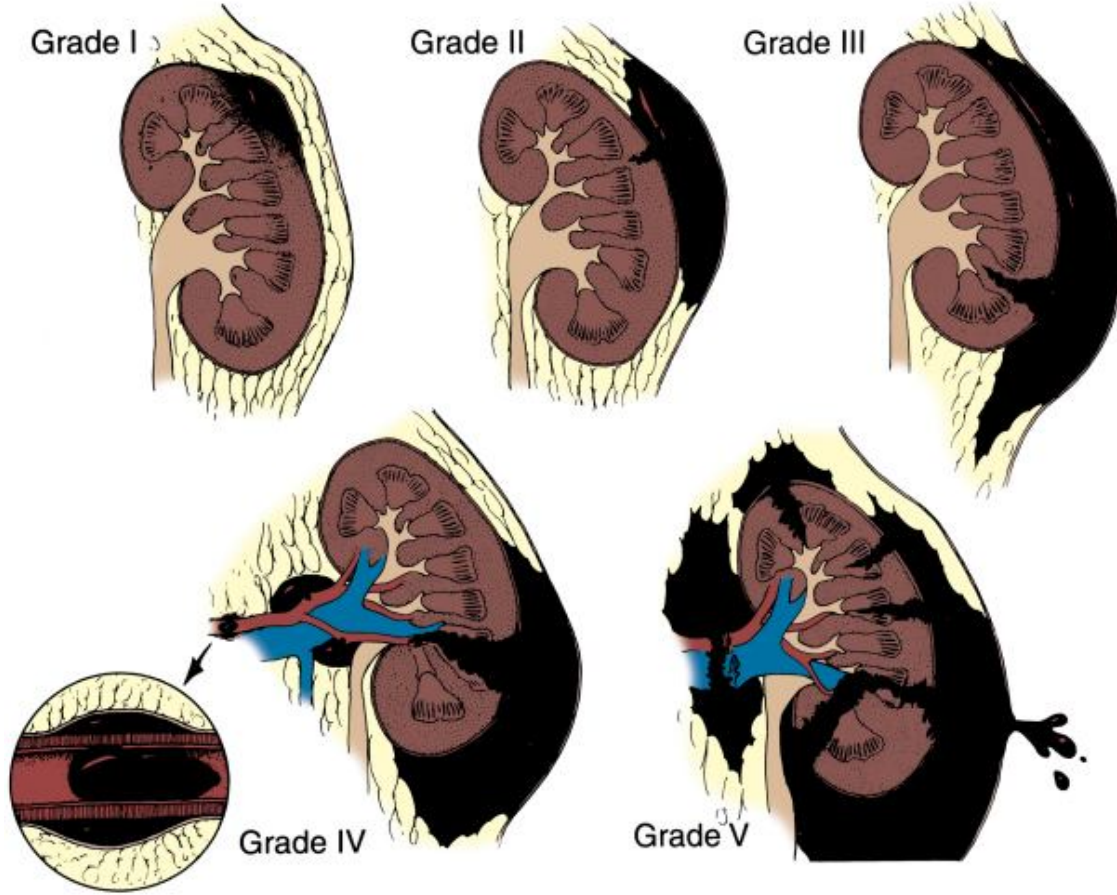
Üriner sistemin en sık görülen travmalarıdır. Karın,böğür veya sırtta gelen künt travma tüm böbrek travmalarının %80-85'ini oluşturur. Araba kazaları, düşmeler ve beden temasının olduğu sporlar travmaya neden olabilir. Kurşun veya bıçak yaralanmaları penetran (delici) böbrek travmalarına neden olur. Böbrek delici yaralanmalarının %80'ine intraabdominal içorgan yaralanmaları eşlik eder.

Patoloji ve Sınıflandırma

Basit sınıflama, minör yaralanma %80-85, major yaralanma %15-20, pedikül yaralanması %1 oranında görülür. Böbrek travmalarının patolojik sınıflandırması 5 evreye ayrılarak yapılır.

- 1. Derece:** En sık görülen renal travmadır. Böbrek kontüzyonu ve böbrek parankiminin zedelenmesidir. Kontüzyonla beraber subkapsüler hematoma da saptanabilir.
- 2. Derece:** Böbrek korteksi içine uzanan böbrek parankim laserasyonu. Perirenal hematoma genellikle küçük çaplıdır.
- 3. Derece:** Böbrek parankimi içindeki laserasyon korteks ve böbrek medullası içine doğru yayılabilir. Geniş retroperitoneal hematoma varlığında önemli oranda kanama oluşabilir.
- 4. Derece:** Böbrek toplayıcı sistemi içine yayılan böbrek parankimi laserasyonu. Ayrıca künt travma sonrası ana renal arter trombozu. Segmental böbrek veni veya ana böbrek arterine travma sonucu sınırlı kanama.

5. Derece: Birden fazla sayıda 4. derecede parankimal laserasyonları, renal pedikül avülsiyonu veya her ikisi birden, delici travmaya bağlı ana renal ven veya arter travması.



Klinik Bulgular ve Tetkik Endikasyonları

Hastanın ilk hayati tehdit eden acil durumu stabil hale getirildikten sonra üriner sistem yaralanmasının işaretleri değerlendirilir.

- Ekimoz (Alt toraks, lomber bölge)
- Giriş deliğinin konumu (penetran yaralanmalarda)
- Kot kırıkları
- Hematüri (makroskopik veya mikroskopik)
- İdrar çıkışı

Hematüri: Önemli travma işaretlerinden birisidir ancak vakaların çoğunda hematürinin miktarı ile yaralanmanın ciddiliği arasında direkt ilişki bulunmaz.

- Renal pedikül yaralanmalarının çoğunda hematüri bulunmaz.
- Kesici-delici aletle penetran yaralanmalarda her derecedeki hematüri önemlidir.

- Hipotansiyon bulunması renal parankimden veya renal pedikülden önemli miktarda kan kaybı olduğunu işaret eder

Radyolojik Değerlendirme:

- DÜS Grafisi
- BT
- IVP
- MRI (eski-yeni hematoma ayırımı)
- USG
- Anjiyografi

Renal yaralanmanın varlığını ve derecesini tespit için en iyi görüntüleme yöntemi BT dir.

1. Kolay ulaşılabilir ve ucuz bir yöntemdir
2. Hızlı çekim yapılabilir ve üç boyutlu görüntülemeye imkan verir
3. Sadece böbreğin mükemmel anatomik ve fonksiyonel değerlendirmesi ile kalmayıp ek organ yaralanmalarını da gösterir.
4. Yeni nesil spiral BT cihazları sayesinde görüntüleme çok hızlı yapılabildiği için, özellikle üriner ektravazasyonu gözden kaçırmamak için 5-10 dakika sonra geç grafleri de almalıdır
5. Renal parankim normal görüldüğü ve toplayıcı sisteme kontrast geçtiği için renal ven yaralanmalarının BT ile tespit zordur

Tedavi:

Medikal Tedavi:

- Künt renal travmalı hastaların ekserisi (%98) nonoperatif tedavi edilebilir.
- Üriner ektravazasyonu ve beslenemeyen nekrotik dokusu olan bir kısım hastanın bile sekelsiz iyileştiği görülmektedir.
- Yatak İstirahati
- Parantral sıvı
- Ağrı tedavisi
- İstirahat ile durmayan kanamalarda Angiografi gerekebilir.

Cerrahi Tedavi:

Cerrahi tedavi gerektiren nedenler;

- Hemodinamik değerlerde sürekli değişimler
- Pulsatil veya büyüyen hematoma

- Cerrahi girişimi gerektiren diğer organ yaralanması
- Evre V yaralanma

ÜRETER YARALANMALARI

Üreter travmaları nadirdir. Genellikle zor bir pelvik cerrahi sırasında veya kurşun yaralanmaları sonucu oluşabilir. Ani deselerasyon kazaları üreteri böbrek pelvisinden koparabilir. Üreter taşlarının endoskopik basket manipülasyonu yaralanmayla sonuçlanabilir. Üreter travmalarını 3 grupta incelemek mümkün:

1. Eksternal yaralanma :A-Künt

B:Açık

Ateşli silah; %81, kesici - delici alet; %9 , künt travma; %10 oranında görülür

2. İatrojenik yaralanma; %80'i iatrojenik intraoperatif üreter yaralanmaları şeklinde görülür.

Kazayla sütür geçme, farkına varmadan kesme, aşırı zorlama nedeniyle kopması veya beslenmesinin bozulması, koterizasyon veya krioblastasyon

3. Radyoterapi

Semptomlar

Lomber ağrı, yüksek ateş, hematüri, Vajinal-Kütanöz fistül, anüri, paralitik ileus.

Radyolojik Değerlendirme

Üreteral yaralanmaları tespit için en sensitif yöntem retrograd pyelografidir(RGP) Ancak birçok travma hastasının genel durumu bu tür zaman alıcı görüntülemeyi yapmaya uygun olmayabilir.

- BT-IVP
 - Kontrastsız
 - erken faz
 - geç faz (10. dakika)

Tedavi

1-Travmatik veya iatrojenik üreteral yaralanma tanınır

2- Yaralanmanın yeri, uzunluğu, ek organ yaralanmalarının varlığı ve hastanın genel durumu dikkate alınarak tedavinin nasıl ve ne zaman yapılacağına karar verilir.

3- Hasta instabil ise durumu düzeline kadar konservatif yaklaşımlar tercih edilir

Üst üreter ;

- Kateterizasyon
- Üreteropiyelostomi

- Nefrektomi

Orta üreter

- Kateterizasyon
- Transüreteroüreterostomi
- Nefrektomi

Alt üreter

- Kateterizasyon
- Boari

MESANE TRAVMALARI

Dolu mesane daha kolay travmaya uğrar, kemik pelvis kırıklarının % 15'i mesane veya uretra yaralanması ile birlikte.

Sınıflama

- Mesane kontuzyonu
- İnterstitial rüptür
- İntraperitoneal rüptür
- Ekstraperitoneal rüptür
- Kombine rüptür

Semptomlar ve Bulgular

- Ağrı;
 - Çoğunlukla simfisis pubis kırığı nedeni ile
 - Batına yaygın idrar ekstrevasyonu nedeni ile
- İdrar yapamama
- Hematüri
- Akut batın tablosu
- Şok
- Suprapubik ve/veya abdominal hassasiyet
- Defans
- Kemik pelvis kırığı
- Kurşun giriş/çıkış deliği, kesici alet giriş deliği
- Uretroraji (birlikte uretra travması varsa)

Radyolojik Değerlendirme

- Asendan sistografi

- Miksiyonel sistografi
- Ultrasonografi
- IVP
 - Travma geçirmiş ve hematurisi olan her hastaya üst üriner sistemi değerlendirmek amacıyla çekilmelidir.

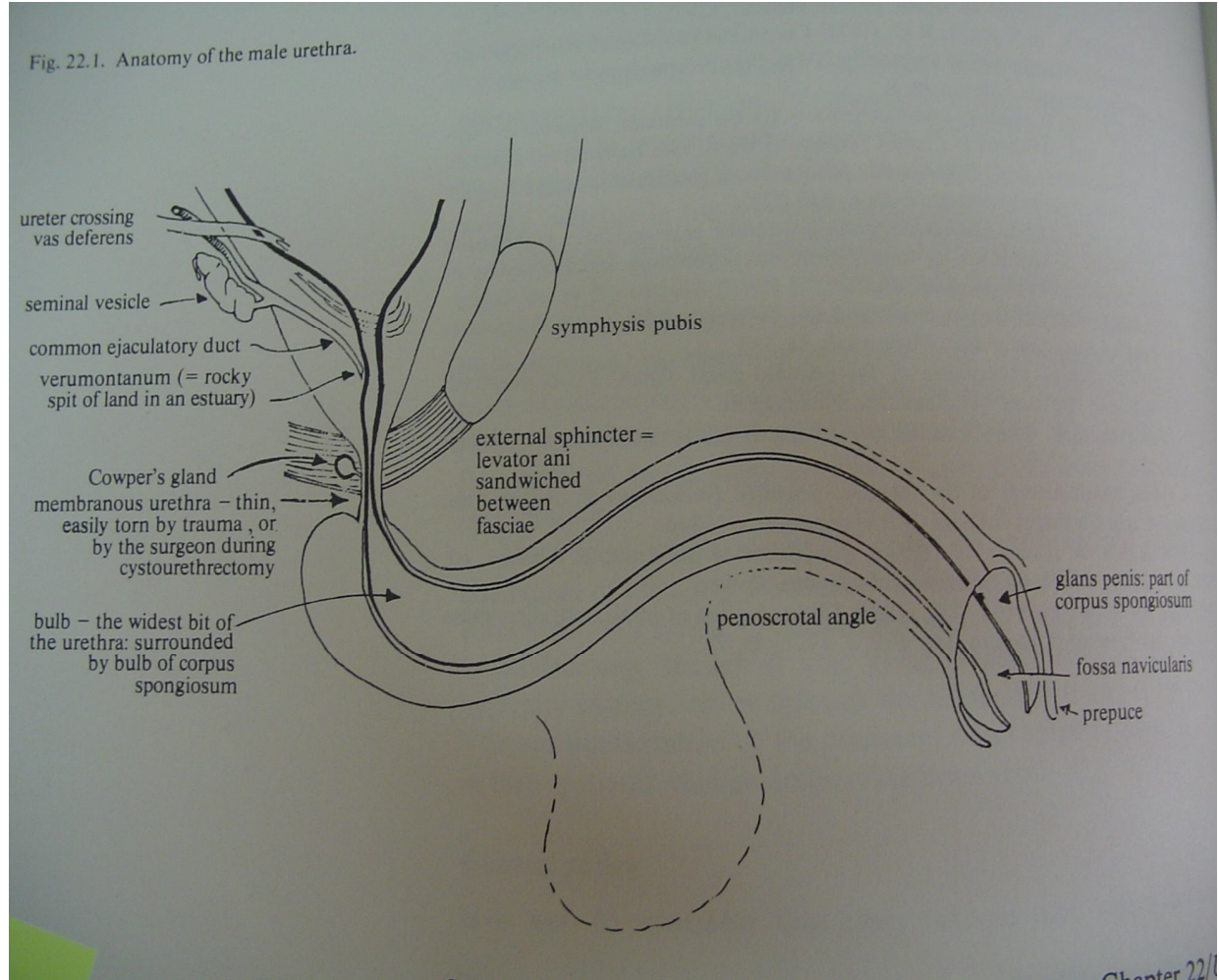
Tedavi

- Minör travmalarda sonda
- Ekstravazasyonun fazla olduğu vakalarda açık cerrahi girişim yapılarak primer mesane reperasyonu yapılır, ekstravaze idrar drene edilir

ÜRETRA TRAVMALARI

Erkeklerde görülür, kadınlarda nadirdir. Erkek üretra travmaları iki kısma ayrılır.

- Anterior uretra travması
- Posterior uretra travması



Etyoloji

- Yüksekten ata biner tarzda bir cismin üzerine düşme
- Trafik kazalarında kemik pelvis kırıklarının bir sonucu olarak
- Saldırı veya spor müsabakalarında perineye alınan tekme
- Endoskopik girişimler sırasında
- Perinede kurşunlanma veya bıçaklanma sonucu
- Foley sonda balonunun uretrada şişirilmesi sonucu
- Yabancı cisim sokulması sonucu

Tanı

- Assandan retrografi
- Miksiyonel retrografi

Tedavi

- Uretral kontüzyon
 - Hiçbir şey yapılmayabilir
 - Sistostomi (21 gün)
- Parsiyel rüptür
 - Sistostomi (21 gün)
- Komplet rüptür
 - Sistostomi (21 gün)
- Penetran yaralanma
 - Debritleme, primer reperişyon, Sistostomi (21 gün)

