

BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİN TANI VE TEDAVİDE BİLMESİ GEREKENLER

Birinci basmağa yönelik tanı ve tedavi rehberinde bahsedilen hastalıklar

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)
- İdrar yolu infeksiyonu (İYE) Çocuk
- İdrar yolu infeksiyonu (İYE) Erişkin
- Uretrit
- Hematüri
- Erektile Disfonksiyon
- Scrotum ve kapsamı hastalıklar

CYBH

▪ Sınıflama

- Genital ülserler
- Uretrit ve servisitler
- Vajinal akıntı
- Pelvik inflamatuvar hastalık
- HIV

▪ Genital ülserler

Sfiliz

Genital herpes

Şankroid (lenfogranuloma venorum, granuloma inguinale): Ülkemizde ender görülür.

- **Sfiliz** : Sebep treponema pallidum isimli bakteridir. Sinsi seyir gösterirler. İnkübasyon süresi 21 gündür. Deri, iç organ ve mukoza tutulumu vardır. Başlıca belirtisi genital ülserlerdir ve acil olarak bildirim zorunlu hastalıklardandır.

- **Tedavi** : Benzatin penisilin-G. IM tek doz 2.4 milyon ünite uygulanır. Aynı zamanda cinsel partner de mutlaka tedavi edilmelidir.

Kesin tanı ve izlem için laboratuvar olanakları yoksa, ülser kaybolduktan sonra deri ve mukozada döküntüler çıkmışsa ve gebelik durumunda hasta ileri merkeze sevk edilmelidir.

- **Genital Herpes** : Etken Herpes simplex virus tip 1 ve tip 2'dir. Genital bölgede vezikül ve ülserler şeklinde ortaya çıkar. Çok sık tekrarlar.

- **Tedavi** : Günde 3 kez oral Asiklovir 400 mg verilir. Tedavi süresi 7-10 gündür.

Tedaviye rağmen iyileşmeyenler, yılda altıdan fazla tekrar edenler, gebeler ve ağır sistemik hastalığı (pnömoni, hepatit, meningoensefalit...) olanlar ileri merkeze sevk edilmelidir.

▪ Sfiliz Ve Genital Herpeste Temel Bulgular

Bulgu	Sfiliz	Genital herpes
Primer lezyonlar	Şankr (erode papül, deri renginde)	Vezikül *
Lezyon sayısı	Genellikle tek, nadiren 2-3	Çok sayıda, birleşebilirler*
Sınırlar	Düzensiz ve belirgin	Eritemli, belirgin
Derinlik	Yüzeysel	Yüzeysel
Taban	Temiz, düzensiz, sert*	Eritemli, düzensiz
Sekresyon	Seröz	Seröz
Ağrı	Yok	Var*
Kaşıntı	Yok	Var*
Lenf düğümleri	Sert, mobil, duyarlık yok	Sert, duyarlı

- **Uretrit:** Karakteristik olarak üretradan pürülan ya da mukopürülan akıntı, kaşıntı ve dizüriden yakınrlar. En önemli patojenler Nisseria gonorrhoeae ve Chlamydia trochomatis gibi bakterilerdir.
- **Tedavi**
 - Gonokoksik uretrit tedavisi:
 - *Seftriakson* : Tek doz, 250 mg, kas içine **veya**
 - *Sefksim* : Tek doz, 400 mg, ağızdan **veya**
 - *Siprofloksasin* : Tek doz, 500 mg, ağızdan **veya**
 - *Ofloksasin* : Tek doz, 400 mg, ağızdan
 - Nongonokoksik uretrit tedavisi:
 - *Doksisiklin* : Günde iki kez, 100 mg ağızdan, 7 gün **veya**
 - *Ofloksasin* : Günde iki kez, 300 mg ağızdan, 7 gün **veya**
 - *Azitromisin* : Tek doz, 1 gr ağızdan **veya**,
 - *Eritromisin* : Günde dört kez, 500 mg ağızdan, 7 gün.
- Tedavi ile düzelmeyen hastalar ileri merkeze yönlendirilir.

İYE (Çocuk) : Enfeksiyon semptomları ile idrarda bakteri bulunması olarak tanımlanır. Çocukluk çağında en sık görülen enfeksiyonlardandır. Morbidite yüksektir ve bir yaşın altı erkeklerde üstü kızlardan daha sık görülür.

Semptom	Komplike	Komplike olmayan
Ateş	>39°C	<39°C
Genel durum	Toksik görünüm	İyi
Oral alım	Buzulmuş, dehidrate	İyi, dehidratasyon yok

- **Patogenez :** Mikroorhanizma asendan olarak uretra yolu ile üriner sisteme ulaşır. 6 aydan küçük çocuklarda hematojen yolla bulaşma da mümkündür.
- **Etken**
 - E. Coli
 - Klebsiella
 - Enterokok
- **Klinik Bulgular**

Yaş	Semptom
Yenidoğan	Ateş veya hipotermi, emmeme, kilo almama, huzursuzluk, kusma, ishal, uzamış sarılık, siyanoz ve sepsis bulguları
2 ay – 2 yaş	Ateş, iştahsızlık, ishal, kusma, kötü kokulu idrar
2 yaş üstü	Ateş, dizüri, işeme bozuklukları, konstipasyon, suprapubik ağrı, yan ağrısı, büyüme geriliği
Adolesan	Daha çok sisti şeklinde görülür

- **İdrar İncelemesi:** Steril şartlarda alınır. En iyi örnek sabah ilk idrardır.
- **İdrar elde etme yöntemi:**
 - Steril torba yöntemi
 - Orta akım idrarı
 - Kateterizasyon
 - Suprapubik aspirasyon

- **İYE (Çocuk) - Tedavi**
- İki aylıktan küçük çocuklar: Hastanede yatırılarak geniş spektrumlu parenteral antibiyotikle tedavi edilir.
 - Ampisilin ve aminoglikozid kombinasyonu
 - 3. kuşak sefalosporinler tercih edilebilir.
- **İYE (Çocuk) - Tedavi**
İki aylıktan büyük çocuklar:

Parenteral tedavi	Oral tedavi
İlk seçenek: <i>seftriakson</i> (50-75 mg/kg/gün)	- <i>Trimetoprim/sulfametoksazol</i> (8 mg/kg/gün, 2 dozda)
İkinci seçenek: <i>amikasin</i> (10-15 mg/kg/gün, 3 dozda) <i>tobramisin</i> (5-7,5 mg/kg/gün, 3 dozda) <i>gentamisin</i> (5-7,5 mg/kg/gün, 3 dozda)	- İkinci kuşak sefalosporinler <i>sefaklor</i> (20 mg/kg/gün, 3 dozda) <i>sefadroksil</i> (30 mg/kg/gün, 1-2 dozda) <i>sefuroksim</i> (20-40 mg/kg/gün, 3 dozda)
Klinik bulgular düzeldikten sonra oral tedaviye geçilebilir.	- Üçüncü kuşak sefalosporinler <i>sefiksım</i> (8 mg/kg/gün, 1-2 dozda)
Tedavi 10 güne tamamlanır.	Tedavi süresi 10 gündür.

- **İYE (Çocuk) – Baskılayıcı Tedavi:** 5 yaşın altında ateşli ilk idrar yolu enfeksiyonundan ileri tetkikler yapılmaya kadar, 5 yaşın üstünde tekrarlayan ateşli idrar yolu enfeksiyonundan ileri tetkikler yapılmaya kadar:
 - Trimetoprim- sulfometoksazol 2mg/kg/gün
 - Nitrofurantoin 2mg/kg/gün kullanılır.
- **İYE (Erişkin)**
- Sınıflama
 - Oluşumuna göre
Komplike
Komplike olmayan
 - Yerleşimine göre
Alt
Üst
- **İYE (Erişkin) :** En sık karşılaşılan İYE mesane mukozasının iltihabı olan sistittir. En sık etken E. Coli (% 60-80). Genç, gebe olmayan ve ürolojik herhangi bir problemi olmayan sistit komplike olmayan İYE olarak kabul edilir.
- **İYE (Erişkin) – Reenfeksiyon:** Sistit tedavisinden en az iki hafta sonra başka bir etken tarafından oluşan sistittir. Tekrarlayan sistitlerin % 20'si reenfeksiyon olarak meydana gelir.
- **Reenfeksiyon nedenleri**
 - Cinsel ilişki
 - Diabet
 - Diyafram kullanımı
 - Menapoz sonrası
- **İYE (Erişkin) – Relaps:** Tedaviden sonra 2 hafta içinde aynı etken tarafından oluşan İYE relaps olarak kabul edilir. Tekrarlayan sistitlerin % 10'u relapstur.
- Relaps nedenleri
 - Tedaviye uyumsuz hasta
 - Yetersiz antibiyotik Emilimi
 - Dirençli patojen
 - Böbrek taşı
 - Anatomik bozukluklar

- İYE (Erişkin) – Tekrarlayan enfeksiyon Kadınlarda son 6-12 ayda en az 3 İYE, erkeklerde ise son 3 yılda en az 3 İYE tekrarlayan enfeksiyon olarak kabul edilir.
- Komplike İYE:** Hastalığı tekrarlayan, tedavisini güçleştiren anatomik, fonksiyonel, farmakolojik faktörler varlığında ve DM + Erkek komplike İYE olarak kabul edilir.

Risk faktörleri olarak; Önceden geçirilmiş İYE, DM, gebelik, yoğun cinsel yaşam, diyafram kullanımı, anatomik veya fonksiyonel faktörler (taş, tümör, darlık, mesanenin tam boşalamaması) kabul edilir.

▪ Komplike İYE - Tanı

semptomlar	Fizik muayene	Laboratuvar
Dizüri	Genellikle suprapubik hassasiyet dışında bulgu yoktur Kostovertebral açı hassasiyeti varsa üst İYE düşün	Piyüri
Sıkışma hissi		Bakteriüri
Sık idrara çıkma		Nitrit testi
Suprapubik ağrı, dolgunluk		
Bulanık, kötü kokulu idrar		
hematüri		

Piyüri	Nitrit	Karar
Pozitif	Pozitif	Hasta tedavi edilir.
Pozitif	Negatif	Jinekolojik enfeksiyon olasılığı: Jinekolojik muayene yapılmalı. Nitrit (-) bakteriler örneğin stafilokoklar etken olabilir.
Negatif	Pozitif	Oldukça seyrek. Tarihi geçmiş veya yanlış kullanılmış test çubuğu ya da kontaminasyon söz konusu olabilir.
Negatif	Negatif	İYE yok.

▪ İYE (Erişkin) - Tedavi

Trimetoprim-Sülfametoksazol ¹	160 mg + 800 mg 2 eşit dozda ağızdan verilir.
Siprofloksasin ^{1,2}	500-1000 mg/gün, iki eşit dozda, ağızdan verilir.
Ofloksasin ^{1,2}	200-400 mg/gün, sabahları tek doz, ağızdan verilir.
Norfloksasin ^{1,2}	800 mg/gün, iki eşit dozda, ağızdan verilir.

¹ Gebelikte kullanılmamalıdır.

² Kinolonlar 18 yaş altında, kıkırdak gelişimi tamamlanmadığından kullanılmamalıdır.

- İYE (Erişkin):** Komplike İYE ve Üst İYE varlığında hasta ileri merkeze sevk edilmelidir.
- Skrotum ve Kapsamı Hastalıkları:**
 - İnmemiş testis
 - Varikosel
 - Hidrosel, spermatosel, piyosel
- Kriptorşidizm (İnmemiş testis):** Testisin fetal hayatın 8. ayında, skrotuma inmesi beklenir. Doğumdan 3-4. aydan sonra kendiliğinden inme şansı çok azalmaktadır.

Sebeb olarak;

- Prematürite ve düşük doğum ağırlığı,

- Gelişim anomalileri,
 - Genetik faktörler
 - Cinsel gelişim kusurları (hipospadiasla birlikte?)
 - Hipopituitarizm, ileri sürülür.
- **Tanı:** Sıcak elle inguinal bölgeye yukarıdan aşağıya masaj yapılır. Bu manevra ile inip inmediği kontrol edilmelidir.
 - **Tedavi:** Tesbit edildiğinde mutlaka cerrahi amaçlı sevk edilmelidir. Optimum yaş 6-12 ay arasındır.
 - **Komplikasyon:**
 - Testis atrofisi,
 - İnguinal herni,
 - Torsiyon,
 - İnfertilite: 6 yaşına kadar müdahale edilmeyenlerde infertilite riski artar.
 - Malignansi: 10 yaşına kadar tedavi edilmeyenlerde 10-40 kat risk artar ve bütün malign testiküler tümörlerin %5 ile % 12 arasında inmemiş testis hikayesi vardır.
 - **Varikozel:** Plexus pampiniformisin varikoz genişlemesidir. Spermatik venlerde artan basınç ve bozuk venöz valvler sonucu oluşur. Genellikle ağrısız bir skrotal şişmedir. Pubertal döneme girildikten sonra sıklığı artan bir problemdir. 10 yaşın altında nadir görülür. 10-15 yaş arası sıklığı artarak %5-15'e ulaşır. Varikozel geliştikten sonra yaşam süresince devam eder. Evre 3 varikozel müdahale edilmezse %38 oranında infertiliteye yol açabilir. Sol tarafta daha sık olarak görülür (%80-90). Sadece sağ tarafta görülme sıklığı %2'dir. İki taraflı %15'dir.
 - **Tanı:** Hastada skrotal şişlik, nadiren testiküler ağrı vardır. Hasta önce yatırılarak sonra ayakta muayene edilir. Spermatik venlerdeki variköz değişiklikler inspeksiyon ve palpasyonla muayene edilir. Daha sonra valsalva manevrasıyla (çömelerek ikındırılarak) venler muayene edilir.

Varikozel 3 grade ile tanımlanabilir;

- Grade 1: Yatarak muayenede palpe edilemez.
Ayakta veya valsalva manevrasıyla venlerin genişlemesi tesbit edilebilir.
 - Grade 2: Ayaktayken ele gelir, yatarak muayene sırasında da palpe edilir.
 - Grade 3: Gözle görülebilir
- **Tedavi:** Grade 1 ve Grade 2'de klinik bulgular yoksa 6 ayda bir kontrol şeklinde izlem yapılır. İnfertilite veya testis boyutunda küçülmeye neden olmuşsa cerrahi müdahale için sevk edilmelidir.
- **Hidrosel:** Tunika vajinalisin paryetal ve viseral yaprakları arasında normalden fazla sıvı bulunmasıdır. Normalde tunika vaginalisin her iki yaprağı arasında 1 - 3 ml arasında değişen miktarda sıvı bulunur. Transilluminasyon verirler ve oldukça gergin olmalarına karşın ağrı eşlik etmez. Hidrosel genellikle asemptomatiktir ve nadiren tedavi gerektirir.
 - **Tedavi endikasyonları:**
 - Kan akımını bozacak kadar büyürse,
 - Kozmotik açıdan kötü bir görüntüye yol açıyorsa
 - Gerginlik ve ağırlık hissi ile hastada rahatsızlık uyandırıyorsa
 - Cinsel ilişkiyi zorlaştırıyorsa
 - **Spermatosel:** Spermatosel, rete testis, duktuli efferentes ya da epididimden kaynaklanan ve sperm içeren ağrısız kistik lezyondur. Prevelansı yaklaşık % 1 olup genellikle asemptomatiktir. Spermatoseller genellikle 1 cm 'den küçükse de çok büyük boyutlara ulaşabilir ve hidroselle karıştırılabilirler. Spermatoseller genellikle genital bölgenin rutin fizik muayenesi sırasında tespit edilir. Fizik muayenede genellikle kaput epididim üzerinde fikse olmayan ve transilluminasyon veren kistik kitle bulunur. Kist sıvısı beyaz olup içeriğinin mikroskopik incelenmesinde ölü spermelere rastlanır.
 - Spermatoselin tanısı fizik muayene ve ultrasonografi ile kolayca konulur. Buna rağmen hidrosel, spermatik kordun mesotelyoma, fibroma gibi tümörleri ile karışabilir. Tümörlerden kistik yapışı, transilluminasyon göstermesi ve sıvı içeriği ile ayrılır. Hidroselde aspirat berrak ve sarı renkte iken spermatoselde beyazdır. Spermatosel büyük boyutlara ulaştığında hastaya rahatsızlık hissi verdiği gibi çevre dokulara bası yapmaya başlar. Efferent kanallara bası nedeniyle sperm transportunu

etkileyebilirler. Spermatoselde bu şartlar dışında tedavi yapılması gerekmez ve genelde takip altına alınır. Spermatoselin cerrahi tedavisi eksizyondur.

- **Piyosel :** Piyosel, tunika vaginalisin paryetal ve viseral yaprakları arasında toplanan sıvının enfekte olmasıdır. En sık epididimit ve orşiepididimite görülür. Konservatif antibiyoterapiye cevap vermeyen vakalarda pyosel drene edilmelidir.