

Ürolojik Aciller

Renal Kolik:

Lomber bölgeden başlayarak kasıklara ve bazen testis/labialara vuran kolik karakterli ağrıdır. Ani başlangıçlıdır ve hasta istirahatteyken etkili olur. En önemli özelliği aralıklı oluşudur ve vücudun pozisyonuyla değişmez. Bulantı kusma ağrıya eşlik edebilir.

Renal kolik ile başvuran hastaların çoğunda taş düşürme hikayesi vardır.

Muayenede ağrının olduğu tarafta kostovertebral açı hassasiyeti vardır. İdrar analizinde mikroskopik veya makroskopik hematüri ve kristalüri saptanabilir. Hematüri saptanmaması taş olmadığı anlamına gelmez. Yaklaşık %15 vakada hematüri görülmeyebilir. Kolik ağrıyla gelen hastada direkt üriner sistem grafisi çekilmelidir. Taşın görülmesi tanıyı desteklemede küçük ureter taşları veya ürik asit taşları gibi non-opak taşlar direkt grafide görülmeyebilir.

Tedavi: Ayırıcı tanıda akut batın ekarte edilip, ağrının dindirilmesi. Analjezi amaçlı nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar ve morfin kullanılabilir. Hastaların çoğuna bulantı kusma eşlik ettiğinden oral alamayan hastalara intravenöz sıvı replasmanı gerekir.

Globe Vezikale:

İşeme işlevinin yapılamaması sonucu ağrı ile kendini gösteren, mesanenin dolu ve gergin olmasıyla karakterize tablodur. Mesane, mesane boynu, prostat ve üretra ile ilgili patolojiler bu tabloya neden olur.

Fizik muayenede en önemli bulgu, göbek altında suprapubik bölgede palpe edilen ağrılı, hassas kitle yani mesanenin varlığıdır.

Tedavi: Amaç hastayı rahatlatmaktır. Üretral kataterin takılması ile hem tanı hemde tedavi bir arada yapılmış olur. Globe mesane ani olarak boşaltılması sonucu dilate hale gelmiş submukozal mesane venlerinde kanama olabilir. Bu yüzden mesanenin yavaş ve aralıklı boşaltılması gerekmektedir. Üretral kataterin takılmadığı durumlarda lokal anestezi altında sistofiks takılabilir. Daha sonra nedenin araştırılması için ileri tetkiklere başvurulur.

Akut Scrotal Ağrı:

Genellikle hastalardan alınan öykü muhtemel nedeni ortaya koyabilir. Ayırıcı tanıda; travma, orşit, epididimit, fitik, ureter taşı ve testis torsiyonu akılda tutulmalıdır.

Hastanın öyküsünde travma olup olmadığı, ağrının şekli, süresi ve eşlik eden semptomlar sorgulanmalıdır. Öykü ve muayene bulguları ışığında ek tetkikler istenir.

Travma: Öykü ile doğrulanıp scrotal ultrasonografi ile teyit edilmeli. Testis parankimindeki tahribat ve/veya hematoma saptanmışsa scrotal eksplorasyon gerekecektir.

Orşit-Epididimit: Scrotumda ağrıyla beraber şişlik, kızarıklık ve ısı artışı vardır. Muayenede scrotum yukarı kaldırıldığında ağrı azalır ve hasta rahatlar. Antibiyotik tedavisine ilaveten analjezik ve NSAİ ajanlar eklenmeli ve yatak istirahati, scrotal elevasyon ve soğuk uygulama yapılmalıdır. 30 yaşın altında sebep olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tedavide kinolon, doksisisiklin; 50 yaşın üzerinde ise sebep idrar yolu enfeksiyonu, tedavide kinolonlar kullanılır.

Fitik: Eğer fitik inkansere olmuşsa ağrı yapar. Scrotumda bağırsak sesleri duyulur. İntestinal obstrüksiyon bulguları gelişebilir. Ultrasonografi tanı koydurucudur.

Üreter Taşı: Yan ağrısı ve hematüri eşlik eder. Scrotum muayenesi normaldir.

Testis Torsiyonu: Çoğunlukla ergenlik döneminde görülür. Ani başlangıçlı scrotal ağrıya, bulantı, kusma ve karın ağrısı eşlik edebilir. Torsiyon olan testis yüksek yerleşimlidir ve torsiyone kord palpe edilebilir. O taraf scrotum hassas, eritemli ve ödemlidir. Klinik olarak şüphelenilirse scrotal doppler USG ile kanlanmanın azaldığı gösterilir. Korda yapılan analjezi sonrası detorsiyone edilmeye çalışılır. Eğer başarılı olunamazsa açık olarak yapılır ve diğer testis de fiske edilir.

Hematüri:

İdrardan her bir büyütmeye 5'in üzerinde eritrosit atılımına hematüri denir. Muhtemel nedenler olarak; travma, tümörler, taş, sistit, glomerülonefritler, üretral darlık, yabancı cisimler olabilir.

Alınan iyi bir öykünün de yardımıyla (travma, taş düşürme, ağrı olması, ateş, dizüri...) ileri tetkikler istenir. Radyolojik olarak direkt grafi,USG, İVP,BT yapılabilir. İdrar tahlilinde lökosit ve/veya bakteri olması idrar yolu enfeksiyonunu, protein olması nefritik bir durumu düşündürür.

Ağrısız hematüri varlığı ise mesane tümörünü akla getirmelidir.

Tedavi yaklaşımı patolojiye yönelik belirlenir.

Priapizm: Seksüel uyarı sonrası devam eden ya da seksüel uyarı ile ilişkili olmayan uzamış patolojik ereksiyon durumudur ve 4 saatten uzun süren ereksiyon priapizm olarak değerlendirilir.

1.Yüksek akımlı priapizm (Non-iskemik) : Çok nadirdir. En sık perineal travmalar sonrası olur. Ağrı yoktur ve penis iskemik kadar rijit olmayabilir. Olguların %60'ında kendiliğinden düzelebilir. Tanı korporal kanın aspire edildiğinde açık renkte gelmesi ile konulur.

2.Düşük akımlı priapizm (İskemik): En sık görülen formudur. Tedavi edilmezse kavernoöz cisimlerde nekroz, sonuçta fibrozis ve erektil disfonksiyona neden olur. Acil tedavi gerektirmektedir. Sebep olarak; hematolojik hastalıklar (orak hücreli anemi, talasemi, lösemi), tümörler düşünülür. Tanısal bulgular, şiddetli ağrı, doppler de kan akımının minimal yada olmaması, koyu renkli ve visköz korporal kan tespit edilmesi ve korporal kanda PO2 60 mmHg' nin altında olmasıdır.

3.Tekrarlayan priapizm (kekeme): Orak hücreli anemisi olanlara özgü olmayıp fizyopatolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Tedavi

Yüksek akımlı priapizm (Non-iskemik)

- Acil değildir
- Angio
- Embolizasyon

Düşük akımlı priapizm (İskemik)

- Acil
- Egzersiz
- Aspirasyon
- Fenilefrin
- Şant operasyonları

Tekrarlayan priapizm (kekeme)

- Mümkünse kontrol altında tutma
- Daha fazla araştırma gerekir

Kateter Problemleri:

1.Tıkalı kateter: Kateter değiştirilir ve ateş varlığında antibiyotik başlanır.

2.Düşmüş kateter: Tekrar kateter uygulanır.

3.Balon inmiyor: Balon şişirme yolu kesinlikle kesilmez. Ürolojiden yardım istenmelidir.

4.Kateter yanından idrar gelmesi: Antikolinerjik başlanır.