

ÜROLOJİDE SEMPTOMLAR VE MUAYENE METOTLARI

SEMPTOMATOLOJİ

Ürolojik semptomlar aşağıdaki başlıklarda toplanabilir.

1-Ağrı

2-Miksiyon bozuklukları

3-İdrarın görüntüsünde bozukluk

4-Dış genital organların görüntü ve /veya fonksiyonunda bozukluklar.

AĞRI

Hastanın hekime başvurmasını sağlayan başta gelen semptomdur. Şiddeti kişiden kişiye değişmekle birlikte; ağrının başlangıç şekli, lokalizasyonu, yayılımı ve şiddeti ile ağrıya sebep olan patoloji hakkında ilişki kurulabilir.

Ağrının ana sebebi basınç artışıyla ortaya çıkan gerilmedir. Gerilimin oluş süresi ve lokalizasyonu ağrının şiddetini etkiler. Ağrı;

1-Künt ağrı: Uzun süreli, parsiyel obstrüksiyonlarda görülen ağrı şeklidir. Hafif ve sürekli şekildedir.

2-Kolik ağrı: Ani, komplet obstrüksiyonlar ile oluşur. İntermittan ama kıvrandırıcı karakterdedir. Bulantı kusma gibi gastrointestinal sistem semptomları ve hematüri ile birlikte seyredebilir.

Böbrek Ağrısı: Renal pleksusdan gelen otonom sinirler renal arterleri izleyip böbrek hilusuna girerek pelvis, kaliksler ve parankime dallar verirler. Tipik olarak böbrek ağrısı, künt ve sürekli karakterdedir ve 12. kotun altı, sakrospinal kasın lateralinde, kostovertebral açıda hissedilir. Ağrı renal kapsülün ani gerilimi ile olur.

Üreter Ağrısı: Üreterin üst bölümü renal ve aortik pleksustan, orta bölümü superior hipogastrik pleksustan, alt bölümü ise inferior hipogastrik pleksustan gelen lifler ve hipogastrik sinirden inerve olur. Üreteral ağrı bir taş veya pıhtının meydana getirdiği akut obstrüksiyonla başlar. Renal pelvis ve üreter kasının spazmı ile renal kapsülün kasılması ağrının nedenidir. Ağrı şiddetli ve kolik tarzdadır, kostovertebral açıdan başlayıp üreter trasesi boyunca alt karına yayılır. Ortak inervasyon nedeniyle üst üreterdeki obstrüksiyonlardaki ağrı aynı taraf testiste, orta üreterdeki obstrüksiyonlarında ise sağda Mc Burney noktasında, solda simetriğinde hissedilir. Alt uç taşlarında ise üreter orifisin ödem ve enflamasyonuna bağlı mesane irritasyon bulguları ortaya çıkarken, ağrı scrotuma/labial ciltte duyulabilir.

Mesane Ağrısı: Suprapubik bölgede hissedilen ağrılar genelde mesane ile ilgilidir ve miksiyon yakınmalarına sebep olur. En önemli faktör enfeksiyondur. Ayrıca mesanenin kompliansını bozan ve gerilmeyi arttıran bütün patolojiler suprapubik ağrı oluşturur. İnterstitiyel sistit, tüberküloz, şistozomiazis, akut ve kronik sistitler, mesane tümörü, mesane taşları, infravezikal obstrüksiyonlara bağlı akut üriner retansiyonlarda ve pelvik radyoterapi sonrasında mesane ağrısı görülebilir.

Prostat Ağrısı: Nadir olmakla birlikte akut enflamuar hastalıklarda ağrı, perineal ve rectal bölgede dolgunluk ve rahatsızlık hissi şeklinde tarif edilir. Oluşan ödem nedeniyle ağrıya beraber işeme güçlüğü, sık idrara çıkma, idarar taziğinde azalma ve idrar retansiyonu görülebilir.

Testis Ağrısı: Testiküler ağrılar enfeksiyon, travma veya torsiyona bağlı gelişebilir ve lokal tiptedir.

Epididim Ağrısı: Bu organın ağrılı hastalığı olan akut enfeksiyonuna sık rastlanır. Scrotum, testis, kasık ve alt karın bölgelerine yayılabilir.

Üriner Sistem Dışı Ağrılar: Yalancı böbrek ağrıları, kotsal sinirlerin inflamasyonu ve ileri yaşta görülen kemik ağrıları.

MİKSİYON BOZUKLUKLARI VE DEĞİŞİKLİKLERİ

Volüm değışiklikleri
İrritatif semptomlar
Obstrüktif semptomlar

VOLUM DEĞİŞİKLİKLERİ

Anüri ve Oligüri: Hiç idrar oluşmaması ve idrar miktarının günlük 400 cc den az olması halleridir. Prerenal, renal ve postrenal faktörlere bağlı olabilir. Her vakada üretral ve üretral obstrüksiyonun ekarte edilmesi gereklidir.

Poliüri: Günlük idrar volumünün artmasıdır. Fazla sıvı alınması ve diüretikler neden olabilir.

İRRİTATİF SEMPTOMLAR:

Sıklıkla alt üriner sistemin iltihaplarına bağlıdır. Akut bakteriyel infeksiyonlar en sık rastlanan etyolojik mekanizmadır.

Yabancı cisim, nonspesifik iltihaplar, mesane ve prostatı içeren radyoterapi, tümörler, mesane disfonksiyonları neden olabilir.

İRRİTATİF SEMPTOMLAR

Disüri: İdrar yaparken ağrı. Miksiyon sırasında oluşan , mesane, uretra veya prostat iltihaplarına bağlı oluşan yanma hissi eşanlamlı olarak kullanılır.

Strangüri: Disürinin bir şeklidir. Dizüriden farkı çok şiddetli bir rahatsızlık ifade edilmesidir. Sık ve az miktarlarda idrar yapılır.

Sık İdrar Yapma: İdrar yapmak için tuvalete gitme sayısının artması ve fazla olması. Mesane kapasitesindeki azalma, iltihap ve reziduel idrara bağlı oluşur.

Noktüri: Gece sık idrara çıkma. Efektif mesane kapasitesindeki azalma gece idrara çıkmayı gerektirir.

Niktüri: Gündüz ile kıyaslandığında gece daha fazla miktarda idrar yapma. Gece yer çekimi nedeni ile vücudun alt kısımlarında toplanan sıvının yatar durumda mobilizasyonuna bağlıdır.

İdrar yapma aciliyeti (Urgency): Ani ve şiddetli bir şekilde oluşan idrar yapma hissi. Kontrol edilemezse idrar kaçırılır.

OBSTRÜKTİF SEMPTOMLAR

Bekleme (Hesitancy): Miksiyonu başlatmakta güçlük ve bekleme gereği duyulmasıdır.

Zorlanma: Miksiyonu başlatmak için karın içi basıncı artırmak ihtiyacı, ıkınarak idrar yapmak.

Yavaş akım: İdrar akım hızının yavaşlaması. Objektif olarak üroflowmetri ile ölçülür.

Terminal damlama: Miksiyonun bitmesine rağmen meadan idrar damlamasının birkaç damladan daha fazla devam etmesi.

Mesanenin tam boşaltılamaması hissi: Miksiyondan sonra idrarı tam boşaltılamadığı, mesanede idrar kalması hissi.

Kesik kesik işeme: Mesanenin, önündeki obstrüksiyon nedeni ile çabuk yorulması ve idrar akımının buna bağlı olarak kesilmesi ve bir süre sonra tekrar başlaması.

İNKONTİNANS

Total İnkontinans: İdrar devamlı olarak damlayarak meadan dışarı akar. Extrofi, epispadias gibi mesanenin oluşum bozukluklarında görülür. Kadında ureter orifislerinin mesane boynu distaline açılması veya veziko vajinal fistül, mesane boynu sfinkter mekanizmasında cerrahi müdahale, travma veya doğumlara bağlı sekonder hasarlar sık rastlanan nedenlerdir.

Dolup Taşma Şeklinde İnkontinans: Mesanedeki idrarın miksiyon ile boşaltılamadığı durumlarda, oluşan idrarın mesane içindeki basıncı üretral kapanma basıncının üstüne çıkarması ve idrarın damla damla dışarı akması.

Urge İnkontinans: Ani idrar yapma isteği ile beraber idrar kaçırma.

Stres İnkontinans: Karın içi basıncın artmasına bağlı olarak idrar kaçırma.

ENUREZİS

Uyku sırasında istemsiz olarak idrar kaçırma ve yatağını ıslatma. Genellikle çocuklarda oluşan bir semptomdur. Gece olması durumunda enuresis nokturna adını alır.

İDRARIN GÖRÜNÜŞÜNDEKİ BOZUKLUKLAR

1.Bulanık İdrar

Fosfatüri: Alkali idrarda fosfatların çökmesine bağlı.Yemeklerden sonra veya fazla miktarda süt içildiğinde oluşur.Genellikle intermitandır.İdrar incelenmesi sırasında idrar asetik asit ile asidifiye edilirse renk açılır.

Pyiri: İdrarda bol miktarda lökosit olması idrara bulanık görüntü verebilir. İdrar sedimentinin incelenmesi ile lökositlerin görülmesi ile teşhis edilşr.

Şilüri: İdrara lenf karışması.

2.Pnömatüri

İdrarla beraber gaz çıkması. Gastrointestinal ve üriner sistem arasındaki fistüllerde oluşur.

3.Hematüri: İdrarda kan görülmesi. Mikroskopik veya makroskopik olabilir. Hasta tarafından idrarda kan geldiği ifade edildiğinde mutlaka idrar sedimenti incelenmeli ve idrardaki renk değişikliğinin gerçekten hematüri olup olmadığı belirlenmelidir. Ağrılı veya ağrısız olabilir. Ağrı ile beraber olması üriner sistemde taş hastalığı düşündürür. Ağrısız hematüri malin kaynaklı olabilir.İdrarın ilk kısmında kan olması üretra ön kısmındaki lezyonları düşündürür. İdrarın son kısmında kan olması ise, üretra arka kısmı,mesane boynu veya trigona ait hastalıkları düşündürür. İdrarın başlangıcından bitimine kadar kanlı olması böbrekten başlayarak bütün üriner sistemi ilgilendirir.

4.İdrarda Renk Değişimi: Çeşitli yiyecekler,ilaçlar ve hastalıklar neden olabilir. Örneğin koyu renkli idrar dehidratasyona bağlı olabilir. Kahverengi olması ürobilinojene, siyah-kahverengi olması alkaptonüriye bağlı olabilir.

ERKEK DIŞ GENİTAL ORGANLARININ FONKSİYON VE GÖRÜNÜŞÜNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

1.Sexuel fonksiyon bozukluğu

2.İnfertilite

3.Penis ile ilgili problemler

a-Cilt lezyonları : Exofitik ve ülseratif lezyonlar

b-Penil kurvatür :Ereksiyonda penisin kıvrılması,konjenital veya Peyroni hastalığına bağlı olabilir.

c-Üretral akıntı : Akıntının başlangıç zamanı ve bunun sexuel aktivite ile ilişkisi belirlenmeli ve akıntının olup olmadığı fizik muayene,mikroskopik inceleme ve kültür ile ortaya konmalıdır.

d-Kanlı ejakulat : Hastayı oldukça meraklandıran bir durumdur. Genellikle veziküla seminalislerin konjesyon veya iltihaplarına bağlıdır.

4.Skrotum ile ilgili hastalıklar:

a-Cilt lezyonları (Mantar, veneryel hastalıklar)

b-Skrotal şişlik ve kitleler: Tek taraflı veya bilateral olabilir. (Örneğin: Hidrosel, testis tümörü, testis torsiyonu, epididimit, varikosel)

GENEL MUAYENE PRENSİPLERİ:

1.Anamnez

2.Genel fizik muayene

3.Ürogenital sistem muayenesi

4.Laboratuar tetkikleri

5.Radyolojik muayene ve tetkikler

Anamnez

Demografik bilgiler
Şikayeti ve hikayesi
Özgeçmiş
Soygeçmiş
Kullanılan ilaçlar

Genel Fizik Muayene

Dolaşım, solunum, sindirim ve diğer sistem muayeneleri

Ürogenital sistem muayenesi

1.Böbreklerin muayenesi

İnspeksiyon
Palpasyon
Perküsyon
Oskültasyon

2.Üreter muayenesi

Görüntüleme yöntemleri
Endoskopi

3.Mesane muayenesi

İnspeksiyon
Palpasyon
Perküsyon
Bimanuel muayene

4.Penis ve uretra muayenesi

İnspeksiyon: Ekimoz, hematoma, şankr, fimozis, üretral akıntı, meatus darlıkları, hipospadias, epispadias...
Palpasyon: Fibrotik plaklar, taş..

5.Skrotum muayenesi

İnspeksiyon: kist sebaseler, hidrosel, testis tümörleri, epididimit, varikosel
Palpasyon : varikosel, hidrosel, testis torsiyonu, tümör, inguinal herni
Transillüminasyon : hidrosel, spermatosel

6.Prostat muayenesi

Rektal tuşe: Prostatın büyüklüğü, kıvamı, mobilitesine bakılır.

7.Veziküla Seminalis Muayenesi: Normalde palpabl değil. Kronik enfeksiyon, kist ve tm'de palpabl olabilir.

Laboratuvar tetkikleri

Tam idrar tahlili
İdrar kültürü
Spesifik testler: hormon, enzim, tümör markırları, sitolojik tetkik.
Sekret
- Prostat sekreti
- Üretral sekret
- Vajinal sekret
Böbrek fonksiyon testleri
- İdrar testi
- BUN, kreatinin, ürik asit, elektrolitler
- Klirens testleri

- Kreatinin klirensi (normal deęerler)

Erkek : 97-137 ml/dk Kadın : 88-128 ml/dk

Semen Analizi

Radyolojik tetkikler-I

DÜS grafisi

IVP

Sistografi (miksiyonda önce ve sonra)

Assendan piyelografi

Antegrad piyelografi

Assendan sistografi

Assendan uretrografi

VCUG

Anjiografi

Vazografi

Lenfanjiografi

Radyolojik tetkikler-II

USG

BT

MRI

MR Urografi

Sintigrafi

* Renal

- 99m Tc-DMSA (dimerkaptosuksinik asit), statik

- 99m Tc-DTPA (dietilentriaminepenta-asetik asit), dinamik

* Kemik