

HEMATÜRİLİ HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

HEMATÜRİ

İdrarda her büyük büyütme alanında üçten fazla ya da 1 mm³ idrarda 1000'den fazla eritrosit bulunması olarak tanımlanır.

Üriner sistem ve üriner sistem dışı nedenler olarak ikiye ayrılır.

● Üriner sistem dışı nedenler:

- aşırı egzersiz
- vajinal kanama
- sistemik enfeksiyonlar
- akut apandisit
- akut divertikülit
- dekompanze kalp ve solunum sistemi sistemi hastalıkları
- aşı ve serum uygulamaları

SINIFLAMA

Hematürileri çeşitli şekillerde sınıflamak mümkün:

- Gözle görülüp görülmemesine göre;
 - Makroskopik
 - Mikroskopik
- Makroskopik hematüriler pıhtılı veya pıhtısız
- İdrarda görülme zamanına göre;
 - inisiyal →üretra, prostat, seminal vezikül
 - terminal→posterior üretra, mesane boynu, trigon
 - total→mesane düzeyi, üst üriner sistem
- Görülme şekli→intemttan, persistan olarak ayrılabilir.

Hematürinin glomerüler nedenleri

I- Proliferatif Glomerulonefritler

A- Primer Glomerulonefritler

- IgA nefropatisi
- Poststreptokoksal glomerülonefrit
- Membranoproliferatif glomerülonefrit
- İdiopatik hızlı ilerleyen (kresentik) glomerülonefrit
- Fibriler glomerülonefrit

B- Sekonder Glomerülonefritler

- Henoch-Schonlein purpurası
- Sistemik lupus eritematozus
- Good Pasture hastalığı
- Sistemik vaskülitler
- Postinfeksiyöz glomerülonefritler
- Esansiyel mikst kryoglobulinemi

2- Proliferatif Olmayan Glomerulonefritler

- Minimal değişiklik hastalığı
- Fokal ve segmental glomerulonefrit
- Membranöz glomerülopati
- Trombotik mikroanjyopatiler

3- Ailevi Glomerüler Hastalıklar

- Alport sendromu
- İnce bazal membran hastalığı
- Fabry hastalığı

Hematürinin glomerül dışı renal nedenleri

1- Neoplazmlar (Renal hücreli karsinom, Wilms Tümörü, Benign kistler)

2- Vasküler Nedenler (Renal infarkt, renal ven trombozu, malign hipertansiyon, arteriovenöz malformasyon, loin-pain hematüri sendromu)

3-Metabolik Nedenler (hiperkalsiüri, hiperürükozüri, hiperoksalüri, sistinüri)

4-Ailevi Nedenler (Polikistik böbrek hastalığı, medüller sünger böbrek)

5-Papiller nekroz (Analjezik nefropatisi, orak hücre hastalığı, renal tüberküloz, diabetes mellitus, obstrüktif üropati, alkolizm, ankilozan spondilit)

6-Hidronefroz

7-İlaçlar (Antikoagülan ilaçlar, ilaçlara bağlı akut interstisyel nefrit)

Hematürinin böbrek dışı nedenleri

1. Taş(Üreter, mesane, prostat)

2. Neoplazmlar [Transisyonel hücreli karsinom (renal pelvis, üreter, mesane),adenokarsinom (prostat), yassı hücreli karsinoma (üretra)]

3. İnfeksiyonlar (Akut sistit, prostatit, üretrit, tüberküloz, sistosomiasis)

4. İlaçlar (Siklofosfamid, antikoagülanlar)

5. Travma (Kontüzyon veya laserasyon, egzersize bağlı hematüri, yabancı cisim, aşırı gerilmiş mesanenin dekompresyonu)

6. Diğerleri (Famlyal telenjektazi, endometriozis, meatal ülserler, üretral karunkül, yabancı cisimler, koagülasyon defektleri)

HEMATÜRİLİ HASTAYA YAKLAŞIM

Hematürili hastanın ilk değerlendirmesi; öncelikle aşağıdaki üç soruya yanıt aranmalıdır:

- 1- Öykü ve fizik muayene belirli bir tanıyı işaret etmekte midir?
- 2- Hematüri glomerüler midir, ekstraplomerüler midir?
- 3- Hematüri intermittan mı yoksa persistan mıdır?

Öykü: Öykü ayrıntılı olmalı, hematüri paterni, aile öyküsü ve birlikte bulunan semptomlar sorgulanmalıdır.

- Pyüri ve dizüri ile birlikte hematüri bulunması genellikle üriner yol infeksiyonunu düşündürmelidir.

FİZİK

MUAYENE

-Kan basıncı ölçümü çok önemlidir. Hematürinin önemli nedenlerinden olan akut nefritik sendromun önemli komponentinin hipertansiyon olduğu unutulmamalıdır.

-Fizik muayenede ekimoz, peteşi, deri döküntüleri, pigmentasyon, telenjektazi, kornea ve lens anormallikleri,sağırılık araştırılmalı, abdominal kitle ve prostat yönünden muayenesi yapılmalı, eksternal

üretral meatus gözlenmelidir.

TANI

İdrar Tahlihi

Hematürili bir hastaya yaklaşımda tanıya götürecek en önemli bilgiler idrarın mikroskopik incelemesiyle elde edilir.

Mikroskopik hematürinin saptanmasında idrar sedimentinin incelenmesi en seçkin yöntemdir. Mikroskopik incelemede her bir büyük büyütme alanında 3 ve fazla eritrosit bulunması hematüri olarak kabul edilmektedir.

İdrar sedimentinde **eritrosit silindirlerinin** bulunması kaynağın böbrek parankiminde (glomerülo nefrit veya intertisyel nefrit gibi) olduğunu düşündürür. Ancak saptanmaması glomerüler bir hastalığı ekarte ettirmez

Hematürili bir hastaya yaklaşımda proteinürinin varlığı mutlaka araştırılmalıdır. Ağır proteinürinin bulunması hemen her zaman glomerüler bir hastalığın varlığını düşündürmelidir. Gross hematürili hastaların günde 500 mg'a kadar proteinüriye yol açabileceği ancak hematüriyle birlikte 500 mg/gün'ün üzerinde proteinin saptanmasının glomerüler lezyonu düşündürmesi gerektiği bildirilmektedir.

Bu sınırı ciddi kanamalarda 1 gr/gün'e kadar yükselten yazarlar da vardır.

İdrarda kan pıhtısı görülmesi kanamanın glomerül dışından kaynaklandığını gösterir. Glomerül ve tübüllerde bulunan ürokinaz ve doku plazminojen aktivatörleri nedeniyle glomerüler lezyonlarda pıhtı görülmez.

Hangi radyolojik testler yapılmalıdır

Eğer glomerüler kaynaklı hematüri ekarte edilmişse, bir sonraki aşama böbrek, üreter ve mesanede kitle lezyonu bulunup bulunmadığının araştırılmasıdır. Ancak tanı için spesifik deliller yoksa intravenöz pyelografi (İVP) veya ultrasonografi (US) ile taş, kitle veya polikistik böbrek hastalığı araştırılabilir. Yaşlı hastalarda küçük renal tümörleri gözden kaçırmamak için ultrasonografi ilk tercih olmalıdır

Sistoskopi

endikasyonları

nelerdir?

US ve İVP'nin negatif olduğu durumlarda sistoskopinin yeri açık değildir. Ancak 50 yaşın üstünde olanlarda ve mesane kanseri riski taşıyan kişilerde (uzun süre fenasetin veya siklofosfamid kullanımı, uzun süreli sigara öyküsü, aşırı analjezik kullanımı gibi) önerilmektedir. 40 yaşın altında değeri sınırlıdır.

Yüksek riskli kişilerde **idrar sitolojisinin** yararlı olabileceği ve **bilgisayarlı tomografinin** diğer yöntemlerle gözden kaçan küçük tümörleri saptayabileceği unutulmamalıdır.

Açıklanamayan hematüri nedenleri

Bazen tüm bu incelemelerden sonra bile persistan izole hematürinin nedeni saptanamayabilir. Bu hastaların yaklaşık %50'sinde bir süre sonra glomerüler hastalığın ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bunun dışında, idiopatik hematürisi olan çocuklarda %30-35 oranında hiperkalsiürinin, %5-20 oranında da hiperürürikozürinin altta yatan neden olabileceği ve bunlarda taş oluşma riskinin yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Bazı açıklanamayan olgularda ise arteriovenöz malformasyon veya fistülün hematüri nedeni olabileceği ve bunun da arteriografi ile açığa çıkarılabileceği hatırlanmalıdır.