

Bölüm 10

ÜRİNER SİSTEM KAYNAKLI AĞRILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ve YÖNETİMİ

Muhammed Fatih ŞİMŞEKOĞLU¹

GİRİŞ

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarına bağlı ortaya çıkan rahatsız edici his ve duygu durumudur. Nosiseptörlerin ağrı oluşturuvcu uyarılarca aktive edilmesi ile başlayan süreç, doku hasarını engellemede de önemli bir role sahiptir. Polikliniklere ağrı şikâyeti ile başvuran hasta sayısının oldukça yüksek olması nedeniyle ağrı yönetimi klinik pratiğimizde önemli bir yere sahiptir. Sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda, ağrı şikâyeti üzerinde dikkatle durularak ağrının nedeninin ortaya konulması ve hastaya uygun tedavi seçeneklerinin sunulması önem arz etmektedir.

Klinik değerlendirmede ağrı şikâyeti, basit tıbbi bir durumlardan metastatik hastalık bulgusuna kadar çok geniş çerçevede karşımıza çıkabilmektedir. Üroloji pratiğinde de aynı önem derecesine sahip olan ağrının değerlendirilmesi, iyi bir anamnez ve ardından yapılacak ayrıntılı fizik muayene temeline dayanmaktadır. Anamnez aşamasında ağrının yeri, yaygınlığı, şekli, süresi, seyri ve ağrıya eşlik eden durumlar derinlemesine sorgulanmalıdır. Fizik muayenede ise ağrılı bölgenin inspeksiyonu, yüzeysel ve derin palpasyonu yapılmalıdır. Bu iki aşama ile büyük oranda çerçevesi çizilen ağrı şikâyetine neden olan hastalığın, kesin ve ayırıcı tanısının desteklenmesi için laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Tüm bu değerlendirmelerin sonucunda ağrıya neden olan hastalığın belirlenmesi ve bu hastalığın ortadan kaldırılmasına yönelik konservatif, medikal ve cerrahi tedavilerin hastaya sunulması, alta yatan hastalığın tedavisinin yanında ağrı kontrolünün de sağlanması açısından gereklidir.

AĞRININ FİZYOPATOLOJİSİ

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain=IASP) ağrıyı; “Var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen hoşça gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlamıştır (1). Ağrı kaskatında, birçok kompleks mekanizmanın varlığı söz konusudur. Nosiseptif ağrı, sinir sistemi hariç tüm dokularda bulunan ve ağrıyı algılayan aktif nosiseptörlerle veya hasarlı dokudan salınan sitokinlerin nosiseptörleri uyarılmasıyla oluşan afferent uyarıların, A-delta (A δ) veya C-lifleri yoluyla medulla spinalise oradan dorsal boynuz üzerinden yüksek merkezlere iletimi ile oluşmaktadır (2). Yavaş ve kronik ağrı süreçlerinde rol alan C lifleri, miyelinsiz olup düşük ileti hızına (0,5-2 m/sn) sahiptir. Hızlı ve keskin ağrı süreçlerinde rol alan A δ lifleri ise, miyelinli olup yüksek ileti hızına (30m/sn) sahiptir (3). Nöropatik ağrılar ise sinir hasarına bağlı ortaya

1 Op. Dr. Muhammed Fatih Şimşekoğlu İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı m.fatihsimsekoglu@gmail.com

penis iskemisi ve kavernoöz arter trombozu ile beraber gelişen doku hasarı ağrıya yol açmaktadır. Bu açıdan acil müdahale ile kavernoöz dokudaki venöz kanın drenajı ve sıkı bir penis bandajı uygulaması gereklidir (18).

Penil ağrı ile başvuran her hastada, anamnez aşamasında şüpheli cinsel ilişki ve penil travma durumları da mutlaka sorgulanmalıdır. Ağrıya eşlik eden üretral akıntı cinsel yolla bulaşan hastalıkları düşündürmektedir. Cinsel ilişki esnasında veya travma sonrası başlayan ağrılarda penil fraktür akla gelmelidir. İncelemede, peniste eğrilik ve cilt altı hematoma bulunması ön tanı için yeterlidir. İlk saatlerde ultrasonografi ile tunika albugineadaki defektin yeri ve boyutunun tespit edilip bu defektin cerrahi olarak onarılması uzun dönemde başarılı sonuçlar doğurmaktadır.

Peniste şişlik ve ağrı durumunda penis kanseri de akılda tutulması gereken durumlar arasındadır. Penis üzerinde kronik akıntılı yara da penis kanseri tanısını destekler niteliktedir. Fakat kesin tanıya, mevcut lezyondan biyopsi alınarak ulaşılabileceği unutulmamalıdır.

Boşaltım tipi işeme semptomları arasında yer alan dizüri diğer bölümlerde ele alınacaktır.

SONUÇ

Üroloji pratiğinde ağrı, hekimin klinik yaklaşımına yön veren önemli bir ipucu olarak görülmelidir. Bu açıdan hekimi doğru tanı ve tedaviye yönlendirebilecek ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene yaklaşımı ağrı değerlendirmesinde elzemdir. Ağrının yeri, yaygınlığı, şekli, süresi, seyri ve ağrıya eşlik eden diğer şikâyetler derinlemesine sorgulanmalıdır. Kısa süreli veya şiddetli olmayan ağrılar dâhi ciddiyetle değerlendirilmelidir. Uygun laboratuvar ölçümleri ve radyolojik görüntülemeler yardımıyla ağrıya neden olan hastalık ortaya konulduktan sonra hasta özelinde bir değerlendirme ile uygun tedavi ve takip protokolü geliştirilmelidir. Tüm bu klinik yaklaşımlar, tedavi başarısını artırmada hekimin başvurması gereken temel hususlar arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, üroloji, ağrıya yaklaşım.

KAYNAKÇA

1. IASP (2019). International Association for the Study of Pain=IASP. (26/08/2019 tarihinde <https://www.iasp-pain.org> adresinden ulaşılmıştır).
2. Raj PP. (2000). Ağrı Taksonomisi. Erdine S. (Ed.), Ağrı, Birinci baskı (s. 12-20). İstanbul: Alemdar Ofset.
3. Savrun F. Ağrıda Nörofizyolojik Yöntemlerin Yeri. Türk Klinikleri Dergisi Nöroloji. 2017; 10(4): 339-347.
4. Türkoğlu M. (1993). Ağrının tanımlanması ve ölçümü. Yegül İ. (Ed), Ağrı ve tedavisi (s. 19-99). İzmir: Yapım Matbaacılık.
5. Bouckoms AJ, Litman RE. Denial in the depressive and pain-prone disorders of chronic pain. Clin J Pain. 1985; (1):165-169.
6. Valerio M, Doerfler A, Chollet Y. Emergency management of renal colic. Rev Med Suisse. 2009; (5):2457-2461.
7. Bihl G, Meyers A. Recurrent renal stone disease: advances in pathogenesis and clinical management. Lancet. 2001;(6):358-651.
8. Anderson KR, Smith RC. CT for evaluation of renal cholic pain. J Endourol. 2001;(9):15-25.
9. Shokeir AA. Renal colic: pathophysiology, diagnosis and treatment. Eur Urol. 2001;(9):39-241.
10. Althaffer LF. Testicular torsion in men. J Urol. 1980;(37): 123.
11. Germa-Lluch. Clinical pattern and therapeutic results achieved in 1490 patients with germ-cell tumours of the testis: the experience of the Spanish Germ-Cell Cancer Group (GG). Eur Urol, 2002;(42): 553.
12. Abrams P, Cardozo L, Fall M. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. NeuroUrol. Urodyn. 2002;(21): 167-178.
13. Tekgül S. (2016). Üroloji Masaüstü Başvuru Kitabı. Tekgül S. (Ed), Ağrılı Mesane Sendromu (s.360-394). İstanbul: İris Yayınevi.
14. Büyükalpelli R, Sarıkaya Ş, Aşçı R. Phimosi and circumcision in children. Eur Urol 1999;(35):1-9.
15. Mondor H. Tronculite sous-cutanee subaigue de la paroi thoragique antero-laterale. Mem Acad Chir. 1939;(65):1271-78.
16. Taylor FL, Levine LA. Peyronie's disease. Urol Clin North Am 2007;(34):517- 34.
17. Dubin J, Davis JE. Penile emergencies. Emerg Med Clin North Am. 2011;29(3):485-99.
18. Salonia A, Eardley I, Giuliano F, et al. European Association of Urology guidelines on priapism. Eur Urol. 2014;65(2):480-9.