

BÖLÜM 124

ÜRİNER SİSTEM HASTALIKLARINDA TANI YÖNTEMLERİ

Öznur KAL¹

A. BÖBREK HASTALIKLARINDA ANAMNEZ ALMA

Tüm sistemlerde olduğu gibi böbrek hastalıklarında da hastanın sorgulanması doğru tanıyı koyabilmek için çok önemlidir. Doğru bir anamnez tanının % 50'si demektir. Doğru anamnez almak için hastanın sorgulanmasında doğru yol takip edilmeli ve doğru sorular sorulmalıdır.

Klinik Değerlendirme ve Öykü

Böbrek hastalıklarının çoğunun tanısı dikkatli bir öykü ve fizik muayene ile konulabilir. Bunun için öyküde öncelikle böbreği etkileyebilen sistemik hastalıkların tanımlaması yapılır ve böbrek hastalığının gelişimine katkıda bulunabilecek olası faktörler gözden geçirilir. Bunlar; ilaç kullanımı, ailesel böbrek hastalığı öyküsünün olması, başlangıç döneminde böbrek yetmezliği belirti ve bulguları, mesanedeki fonksiyonel değişiklikler (nokturi, po-

liüri ve urgency gibi), yorgunluk, güçsüzlük, efor dispnesi, asidoz veya hipervolemiye bağlı bulgular olabilir.

Sorgulama esnasındaki hatalı tutum ve yanlışlıklar hastayı daha sonraki anamnez sorgulamasında yanlış yönlendirmeye sebep olup yorumlamaları bozabilir. Açık bir şekilde koopere olan hastaya "kendisini hekime gelmeye zorlayan veya neden olan şikayetin ne olduğu" sorulur.

Bu şikayetler 3 şekilde sınıflandırılabilirler.

1. Subjektif belirtiler: Genellikle fonksiyonel bozuklukları ortaya koyan yakınmalardır ve kişiden kişiye çok farklılık gösterebilir. Aynı kan biyokimyasal değerlerine sahip üremi dereceleri aynı iki hastadan biri ileri derecede halsizlik, iştahsızlık, bulantı, uyku hali, kusma, kilo kaybı, böğür ağrısı, idrar yaparken ağrı gibi hayat kalitesini ileri derecede bozan semptomlara sahip olduğu halde diğerinde bu subjektif şikayetler çok hafif de-

¹ Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Ünitesi, dr.oznurkal@yahoo.com

nağını belirlemek için renal anjiyografi yapılmalıdır. Girişimsel radyolog tarafından aynı seansta yapılan coil embolizasyon ile cerrahi ve nefrektomi oranı çok düşmüştür.

Arteriovenöz fistül: Yine biyopsi sonrası intrarenal anevrizma ya da ileride hipertansiyona yol açabilecek arteriovenöz fistüller, tüm biyopsi hastaları taranırsa % 18 hastada tespit edilebilir. Büyük çoğunluğu klinik olarak sessiz seyrederek ve kendiliğinden gerileyerek 2 yıl içinde spontan kaybolur. Küçük bir azınlıkta makroskobik hematüri, hipertansiyon ve böbrek yetersizliğine sebep olabilir, bu hastalarda embolizasyon yapılması ve arteriovenöz fistüllerin kapatılması uygun olur.

İnfeksiyon: Nadir bir komplikasyondur. Biyopsi steril bir ortamda ve steril malzemelerle yapılır. Kesi yerinde infeksiyon görülmesi gerçekten çok nadirdir. Hastada herhangi bir idrar yolu infeksiyonu belirti ve bulguları varsa biyopsi infeksiyon tedavi edilene kadar ertelenmelidir.

Diğer komplikasyonlar: Yanlış organdan biyopsi alınması, özellikle karaciğer, dalak, pankreas, barsak, safra kesesinden olabilir. Pnömotoraks, hemotoraks, kalikseal-peritoneal fistül, karsinom yayılımı gibi çok nadir komplikasyonlara da rastlanır.

Ölüm: Son yıllarda direkt olarak böbrek biyopsisine bağlı ölüm çok nadir görülmektedir ve binde birden azdır. Ölümünün büyük kısmı riskli hastalarda özellikle de akut böbrek yetmezliği ve eşlik eden hastalıkları olan vakalarda kontrol edilemeyen kanamaya bağlı gelişmektedir.

KAYNAKLAR

1. Feehally J. Comprehensive Clinical Nephrology, In: Feehally J, Floege J, Johnson JR, Tonelli M (Eds), 6th Edition, Mosby Elsevier, 2014.
2. Kouri T, Fogazzi G, Gant V, et al: European urinalysis guidelines. Scand J Clin Lab Med 2000;60 (Suppl 231):1-96.
3. Kouri T; Vuotari L, Pohjavaara S;et al: Preservation of urine flow cyto-metric and visual microscopik testing. Clin Chem 2002;48:900-905.
4. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation classification and stratification. Am J Kidney Dis 2002;39 (suppl 1):s93-s102.
5. Bazzi C, Petrini C, Rizza V, et al: A modern approach to selectivity of proteinuria and tubulointerstitial damage in nephrotic syndrome. Kidney Int 2001, 58:1732-1741.
6. Tsai JJ, Yeun JY, Kumar VA, Don BR: Comparison and interpretation of urinalysis performed by a nephrologist versus a hospital- based clinical laboratory. Am J Kidney Dis 2005;46:820-829.
7. Massry S, Glascock's Textbook of Nephrology. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001. A comprehensive Text.
8. Fogazzi GB, Saglimbeni L, Banfi G, et al: Urinary sediment features in proliferative and nonproliferative glomerular diseases. J Nephrol 2005;18:703-710.
9. Wah DT, Wises PK, Butch AW: Analytic performance of the IQ 200 auto mated urine microscopy analyzer and comparison with manual counts using Fuchs-Rosenthal cell chambers. Am J Clin Pathol 2005; 123:290-296.
10. O'Neill WC: perianal anatomy. In O'Neill WC(ed): atlas OF Renal Ultrasonography. Philadelphia, Saunders, 2001, pp 3-10.
11. Berland LL, Koslin DB, Routh WD, Keller WS: Renal artery stenosis: prospective evaluation of diagnosis with color duplex US compared with angiography. Radiology 1990; 174:421-423.
12. Barrett BJ, Parfrey PS: Preventing nephropathy induced by contrast medium. N Engl J Med 2006;354:379-386.
13. Kawashima A, Glockner JF, King BF: CT urography and MR urography. Radiol Clin North Am 2003;41:945-961.
14. Iversen P;Brim C: Aspiration biopsy ofthe kidney. 1951. J Am Soc Nephrol 1997;8:1778-1787.
15. Kark RM; Muehrcke RC Biopsy of kidney in prone position . Lancet1954;266:1047-1049.



16. Eiro M, Katoh X, Watanabe T: Risk factors for bleeding complications in percutaneous renal biopsy. *Clin Exp Nephrol* 2005;9:40-45.
17. Stiles KP, Hill C, LeBrun CJ, et al: The impact of bleeding times on major complication rates after percutaneous real-time ultrasound-guided renal biopsies. *J Nephrol* 2001;14:275-279.
18. Cluzel P, Martinez F, Bellin MF, et al: transjugular versus percutaneous renal biopsy for the diagnosis of parenchymal disease: Comparison of sampling effectiveness and complications. *Radiology* 2000;215:689-693.
19. Goldman L(MD), Schafer AI(MD), Goldman-Cecil Medicine, 26nd Edition, 2019; Elseiver.
20. Malhotra R, Nguyen HA, Benavente O, et al. Association between more intensive vs less intensive blood pressure lowering and risk of mortality in chronic kidney disease stages 3 to 5: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177:1498-1505
21. Iseki K, Kenta T, Asahi K, et al. Glucosuria and all-cause mortality among general screening participants. *Clin Exp Nephrol.* 2018;22:850-859.
22. Iseki K, Kenta T, Asahi K, et al. Association of dipstick hematuria with all-cause mortality in the general population: results from the specific health check and guidance program in Japan. *Nephrol Dial Transplant.* 2018;33:825-832.
23. Linder BJ, Bass EJ, Mostafid H, et al. Guideline of guidelines: asymptomatic microscopic haematuria. *BJU Int.* 2018;121:176-183.
24. Halpern JA, Chughtai B, Ghomrawi H. Cost-effectiveness of common diagnostic approaches for evaluation of asymptomatic microscopic hematuria. *JAMA Intern Med.* 2017;177:800-807.
25. Oyaert MN, Himpe J, Speeckaert MM, et al. Quantitative urine test strip reading for leukocyte esterase and hemoglobin peroxidase. *Clin Chem Lab Med.* 2018;56:1126-1132.
26. Daniel M, Keller S, Mozafarhashjin M, et al. An implementation guide to reducing overtreatment of asymptomatic bacteriuria. *JAMA Intern Med.* 2018;178:271-276.
27. Fiorentino M, Bolignano D, Tesar V, et al. Renal biopsy in 2015—from epidemiology to evidencebased indications. *Am J Nephrol.* 2016; 43:1-19.
28. Rasouly HM, Groopman EE, Heyman-Kantor R, et al. The burden of candidate pathogenic variants for kidney and genitourinary disorders emerging from exome sequencing. *Ann Intern Med.* 2019;170:11-21.