

10. BÖLÜM

ACİL SERVİSTE ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIKLARINA YAKLAŞIM

Caner BARAN¹

GİRİŞ

Üriner sistem taş hastalığının (ürolityazis) dünyadaki görülme sıklığı coğrafyaya göre değişiklik göstermektedir. Kuzey Amerika'da %7-13, Avrupa'da %9, Asya'da ise %1-5 prevalans bildirilmiştir(1). Ülkemizde de Avrupa kıtası ile benzer şekilde %11,1 oranında prevalans ve yıllık %1,7 insidans rapor edilmiştir. Ülkemizde görülen ürolityazis olgularında kadın: erkek oranı eşit bulunmuştur. Diğer demografik risk faktörleri olarak ise; aile hikayesi, etnisite ve coğrafik bölge ön plana çıkmıştır (2).

Üriner sistem taşları acil servise başvuruların sık görülen nedenlerindedir. Temel olarak üriner sistem içindeki taşın, idrar akışını kısmen ya da tamamen engellediği durumlarda ortaya çıkan klinik tablo, acil değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır.

Ürolityazis nedeni ile acile servise başvuran hastalarda klasik olarak en sık görülen semptomlar, renal kolik ve hematüridir. Bazı hastalar asemptomatik olabileceği gibi, lokalize edilemeyen karın ağrısı, akut yan ağrısı, bulantı, idrara sıkışma, sık idrara çıkma, idrar yapmada zorluk, penis ve testiste ağrı görülebilecek diğer semptomlardır.

¹ Uzm. Dr., Çukurova Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği drcanerbaran@hotmail.com

şiddetini azaltmak için NSAİİ tablet ya da suppozituar olarak önerilebilir. hastalarda acil ürolojik değerlendirmeye ihtiyaç yoktur. Ancak elektif şartlarda üroloji muayenesi önerilebilir. Ayrıca medikal ekspulsif tedavi (MET) olarak adlandırılan ve taşın spontan olarak düşmesini kolaylaştıran tedavi başlanabilir. Bu tedavi özellikle alt üreterde 5 mm'den büyük taşı olanlarda daha etkili olmaktadır (26). MET için, kalsiyum kanal blokerleri ve fosfodiesteraz 5 inhibitörleri önerilmiş olsa da, en etkili grup alfa bloker ilaçlardır. Benign prostat hiperplazisinde de kullanılan bu grup ilaçların tamamı MET protokolünde kullanılabilir. Bununla birlikte üzerinde en çok çalışılmış ve etkisi gösterilmiş olan tamsulosindir (9).

Analjezik tedavinin yetersiz olduğu, beraberinde ateş, anüri, akut böbrek yetmezliği, piyelonefrit ya da ürosepsis bulguları olan hastalarda, mutlaka üriner dekompresyon ve drenaj amaçlı acil ürolojik değerlendirme sağlanmalıdır.

SONUÇ

Ürolityazis ülkemizde sık görülen bir hastalıktır. Semptomatik üriner sistem taşı olan hastalar, genellikle acil serviste değerlendirilmektedir. Ürolityazis nedeni ile acil servise başvuran hastaların akut ağrı kontrolünün sağlanması, hızlı müdahale gerektiren durumların fark edilerek üroloji konsültasyonunun istenmesi ve bu hastalarda kısa vadede tekrar ağrı oluşumunu engellemek ve taşı düşürmeyi kolaylaştırmak için uygun ilaçların reçete edilmesi güncel tedavi yaklaşımının temelini oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sorokin I, Mamoulakis C, Miyazawa K, Rodgers A, Talati J, Lotan Y. Epidemiology of stone disease across the world. World Journal of Urology. 2017;35(9):1301-20.
2. Muslumanoglu AY, Binbay M, Yuruk E, Akman T, Tepeler A, Esen T, et al. Updated epidemiologic study of urolithiasis in Turkey. I: Changing characteristics of urolithiasis. Urological Research. 2010;39(4):309-14.

3. Lieske JC, Rule AD, Krambeck AE, Williams JC, Bergstralh EJ, Mehta RA, et al. Stone composition as a function of age and sex. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2014;9(12):2141-6.
4. Singh P, Enders FT, Vaughan LE, Bergstralh EJ, Knoedler JJ, Krambeck AE, et al. Stone Composition Among First-Time Symptomatic Kidney Stone Formers in the Community. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(10):1356-65.
5. Kim SC, Burns EK, Lingeman JE, Paterson RF, McAteer JA, Williams JC, Jr. Cystine calculi: correlation of CT-visible structure, CT number, and stone morphology with fragmentation by shock wave lithotripsy. *Urol Res*. 2007;35(6):319-24.
6. Leusmann DB, Blaschke R, Schmandt W. Results of 5,035 stone analyses: a contribution to epidemiology of urinary stone disease. *Scand J Urol Nephrol*. 1990;24(3):205-10.
7. Stoller ML. Urinary Stone Disease. In: McAninch JW, Lue TF, editors. *Smith & Tanagho's General Urology*: McGraw-Hill Education; 2020. p. 259-91.
8. Kim SC, Coe FL, Tinmouth WW, Kuo RL, Paterson RF, Parks JH, et al. Stone formation is proportional to papillary surface coverage by Randall's plaque. *J Urol*. 2005;173(1):117-9; discussion 9.
9. C. Türk (Chair) AN, A. Petrik, C. Seitz, A. Skolarikos (Vice-chair), K. Thomas. *EAU Guidelines on Urolithiasis*. Arnhem, The Netherlands.: EAU Guidelines Office; 2020.
10. Elton TJ, Roth CS, Berquist TH, Silverstein MD. A clinical prediction rule for the diagnosis of ureteral calculi in emergency departments. *J Gen Intern Med*. 1993;8(2):57-62.
11. Kobayashi T, Nishizawa K, Mitsumori K, Ogura K. Impact of date of onset on the absence of hematuria in patients with acute renal colic. *J Urol*. 2003;170(4 Pt 1):1093-6.
12. Ray AA, Ghiculete D, Pace KT, Honey RJ. Limitations to ultrasound in the detection and measurement of urinary tract calculi. *Urology*. 2010;76(2):295-300.
13. Smith-Bindman R, Aubin C, Bailitz J, Bengiamin RN, Camargo CA, Jr., Corbo J, et al. Ultrasonography versus computed tomography for suspected nephrolithiasis. *N Engl J Med*. 2014;371(12):1100-10.
14. Heidenreich A, Desgrandschamps F, Terrier F. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: review of all imaging modalities. *Eur Urol*. 2002;41(4):351-62.
15. Kennish SJ, Bhatnagar P, Wah TM, Bush S, Irving HC. Is the KUB radiograph redundant for investigating acute ureteric colic in the non-contrast enhanced computed tomography era? *Clin Radiol*. 2008;63(10):1131-5.
16. Xiang H, Chan M, Brown V, Huo YR, Chan L, Ridley L. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of low-dose computed tomography of the kidneys, ureters and bladder for urolithiasis. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2017;61(5):582-90.

17. Springhart WP, Marguet CG, Sur RL, Norris RD, Delvecchio FC, Young MD, et al. Forced versus minimal intravenous hydration in the management of acute renal colic: a randomized trial. *J Endourol.* 2006;20(10):713-6.
18. Coe FL, Parks JH, Asplin JR. The Pathogenesis and Treatment of Kidney Stones. *New England Journal of Medicine.* 1992;327(16):1141-52.
19. Pathan SA, Mitra B, Cameron PA. A Systematic Review and Meta-analysis Comparing the Efficacy of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, Opioids, and Paracetamol in the Treatment of Acute Renal Colic. *Eur Urol.* 2018;73(4):583-95.
20. Pathan SA, Mitra B, Straney LD, Afzal MS, Anjum S, Shukla D, et al. Delivering safe and effective analgesia for management of renal colic in the emergency department: a double-blind, multigroup, randomised controlled trial. *Lancet.* 2016;387(10032):1999-2007.
21. Coxib, traditional NTC, Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet.* 2013;382(9894):769-79.
22. Krum H, Swergold G, Gammaitoni A, Peloso PM, Smugar SS, Curtis SP, et al. Blood pressure and cardiovascular outcomes in patients taking nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Cardiovasc Ther.* 2012;30(6):342-50.
23. Abbasi S, Bidi N, Mahshidfar B, Hafezimeghadam P, Rezai M, Mofidi M, et al. Can low-dose of ketamine reduce the need for morphine in renal colic? A double-blind randomized clinical trial. *Am J Emerg Med.* 2018;36(3):376-9.
24. Hosseininejad SM, Jahanian F, Erfanian Irankar S, Moosazadeh M, Hosseini SA, Shahbakhti N, et al. Comparing the analgesic efficacy of morphine plus ketamine versus morphine plus placebo in patients with acute renal colic: A double-blinded randomized controlled trial. *Am J Emerg Med.* 2019;37(6):1118-23.
25. Safdar B, Degutis LC, Landry K, Vedere SR, Moscovitz HC, D'Onofrio G. Intravenous morphine plus ketorolac is superior to either drug alone for treatment of acute renal colic. *Ann Emerg Med.* 2006;48(2):173-81, 81 e1.
26. Turk C, Knoll T, Seitz C, Skolarikos A, Chapple C, McClinton S, et al. Medical Expulsive Therapy for Ureterolithiasis: The EAU Recommendations in 2016. *Eur Urol.* 2017;71(4):504-7.