

Bölüm 29

KANSER HASTALARINDA ÜROLOJİK ACİLLER

Levent ŞAHİN¹

GİRİŞ

Onkolojik aciller, kanserden veya tedavisinden kaynaklanan, ölüm veya kalıcı ağır hasarları önlemek için acil müdahale gerektiren durumlar olarak tanımlanır. Onkolojik aciller; metabolik, mekanik ve obstrüktif, tedavi ilişkili ve kan ilişkili aciller olmak üzere 4 ana sınıflama altında incelenir. Bu bölümde anlatılacak olan onkoloji hastalarında ürolojik aciller, mekanik ve obstrüktif aciller ile tedavi ilişkili aciller sınıflamaları içerisinde değerlendirilerek ele alındı. Bunlar, idrar yolu tıkanıklığı, akut üriner retansiyon (AÜR), hematüri, renal kolik ve bulaşıcı olmayan sistit dahil olmak üzere genitoüriner sistemden kaynaklanan ürolojik acil durumlardır. Akut böbrek yetmezliği (ABY) onkoloji hastalarında ki ürolojik acil olup, kitabımızın bir başka bölümünde ele alındı. (Bkz: “Tümör lizis sendromu ve akut böbrek yetmezliği”)

İdrar Yolu Tıkanması

İdrarın üretildiği böbrekler, idrarın depo edildiği mesane, idrarı mesaneye ulaştıran ureterler ve idrarın dışarı atılmasını sağlayan üretra, üriner sistemi oluşturur. İdrar yolu tıkanması (İYT) idrarın doğal akışının tamamen kesilmesi olarak tanımlanır.

Retroperitoneal veya pelvik malign lezyonları olan hastalarda idrar yolu tıkanması gelişebilir (1). Prostat kansinomu, serviks kanseri ve mesane kansinomu gibi pelvik kanserler mesane çıkış tıkanıklığına neden olur. Ayrıca primeri başka bir kanserden pelvik bölgeye metastaz sonrası da gelişebilir. Pelvik kanserlerden lenfoma ve pelvik sarkom gibi retroperitoneal maligniteler ile over kansinomu gibi büyük pelvik kitleler ureter tıkanmaya neden olur. Kanser hastalarında akut

¹ Dr. Öğr. Üyesi Levent ŞAHİN Kars Kafkas Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı levsahin44@gmail.com

Erkek cinsiyet, ileri yaş, sık uygulanan üriner kateterizasyon, siklofosfamid kullanımı, radyoterapi ve sigara kullanımı mesane kanseri görülme sıklığını artırmaktadır. Hematürinin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %61'inde bir neden bulunamaz iken, %20'sinde ürolojik malignite, %12'sinde mesane kanseri tespit edilmiştir. Mesane tümör saptanma ihtimali makroskopik hematüride %10-20 iken, mikroskopik hematüride bu oran %2-5 olarak raporlanmıştır (25). Hastalarda hematüri dışında ayrıca, dizüri, sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi, poliüri ve noktüri gibi diğer semptomlar da görülebilir.

Muayenede çoğu hastada ancak hastalığı ileri evresinde palpe edilebilir bir perivezikal kitle hissedilir. Tanı koymada öncelikle idrar analizine bakılır. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinde intravenöz piyelografi (IVP), USG, BT ve MR tercih edilir. BT ve MR, kanser evrelemesinde USG'e göre daha iyidir. Mesane kanserinin tanı ve tedavisi için altın standart sistoskopi'dir.

Tedavi tümörün evresine, tümörün derecesine göre değişir. Erken evrede transüretral rezeksiyon (TUR) ile tedavi edilebilir. İlerlemiş, derin mesane tümörleri için en sık radikal sistektomi ameliyatı uygulanır. Radyoterapi, kemoterapi ve immunoterapi diğer tedavi yöntemleri arasındadır.

Sonuç: Son yıllarda mesane kanseri görülme sıklığı artmakta ve kanserle ilişkili morbidite ve mortalite oranı yüksek seyretmektedir. Acil servislere başvuran hastalarda, ağrısız hematüri birlikteliğinde şüphe duyulmalı ve tanı konulması için üroloji polikliniğine yönlendirilmelidir.

Not: Ürolojik acillerden olan "fournier gangreni" ve "penil fraktür" konuları onkolojik hastalarla primer bir ilişkisi olmadığı için bu bölümde ele alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Katabathina, V.S., Restrepo, C.S., et al. Betancourt Cuellar, S.L. Imaging of oncologic emergencies: what every radiologist should know. *Radiographics*. 2013;33:1533.
2. Misra, S., Coker, C., Richenberg, J. Percutaneous nephrostomy for ureteric obstruction due to advanced pelvic malignancy: have we got the balance right? *Int Urol Nephrol*. 2013;45:627.
3. Chung, K.J., Park, B.H., Park, B., et al. Efficacy and safety of a novel, double-layered, coated, self-expandable metallic mesh stent (Uventa) in malignant ureteral obstructions. *J Endourol*. 2013;27:930.
4. Ferri, F.F. (2016). Acute Urinary Retention. In *Ferri's Clinical Advisor* (1th ed., p.80-81). Philadelphia: Elsevier Ltd.
5. Marshall, J.P. (2016). Acute Urinary Retention. In Markovchick V.J., Pons P.T., Bakes K.M. (Eds.), *Emergency Medicine Secrets* (6th ed., p. 262-7). Philadelphia: Elsevier Ltd.
6. Sliwinski, A., D'Arcy, F.T., Sultana, R., et al. Acute urinary retention and the difficult catheterization: current emergency management. *Eur J Emerg Med*. 2016; 23(2):80-8.
7. Olsen, S.W., Nielsen, J. A Study into postoperative urine retention in the recovery ward. *British Journal of Anesthetic & Recovery Nursing*. 2007; 8 (4): 91-95.
8. Nevo, A., Mano, R., Livne, P.M., et al. Urinary retention in children. *Urology*. 2014;84(6):1475-9
9. Patel, J.V., Chambers, C.V., Gomella, L.G. Hematuria: etiology and evaluation for the primary

- care. *Can J Urol*. 2008;15 (supplement 1):54-62.
10. Van de Merwe, J.P., Nordling, J., Bouchelouche, P., et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. *European Urology*. 2008;53(1): 60-7.
11. Sharp, V.J., Barnes, K.T., Erickson, B.A. Assessment of asymptomatic microscopic hematuria in adults. *Am Fam Physician*. 2013;88(11):747-54.
12. Liberman, D., Mehus, B., Elliott, S.P. Urinary adverse effects of pelvic radiotherapy. *Transl Androl Urol*. 2014 Jun;3(2):186-95.
13. Manso Sanchez, L.M. (2014). *Urgencias oncologicas, "Hospital Universitario 12 de Octubre"*. Madrid: Ediciones Ergon.
14. Matz, E.L., Hsieh, M.H. Review of Advances in Uroprotective Agents for Cyclophosphamide- and Ifosfamide-induced Hemorrhagic Cystitis. *Urology*. 2017 Feb;100:16-19.
15. Bosscher, M.R., van Leeuwen, B.L., Hoekstra, H.J. Surgical emergencies in oncology. *Cancer Treat Rev*. 2014; 40:1028-1036.
16. Lim, S.K., Rha, K.H. Surgery of the Adrenal Glands. (2016). Wein, A.J., Kavoussi, L.R., Partin, A.W. (Eds.). *Campbell-Walsh Urology*. (11th edition, p. 1577- 1595). Philadelphia, Elsevier.
17. Berruti, A., Baudin, E., Gelderblom, H., et al. ESMO Guidelines Working Group. Adrenal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2012 Oct;23 (Supplement 7): vii131-8.
18. Kovac, J.R., Mak, S.K., Garcia, M.M., et al. A pathophysiology- based approach to the management of early priapism. *Asian J Androl*. 2013;15:20-6.
19. Bope, ET., Kellerman, R.D. (2016). The Urogenital Tract. In *Conn's Current Therapy*. (8th ed., p.917-53). Philadelphia: Elsevier Health Sciences
20. Sakhaee, K., Mode, O.F. (2011). Urolithiasis. In Skorecki, K., Chertow, G.M., Marsden, P.A. (Eds.), *Brenner and Rector's the Kidney*. (10th ed., p.1322-67). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
21. Pearle, M.S. Shock-wave lithotripsy for renal calculi. *N Engl J Med*. 2012; 367: 50-7.
22. Bushinsky DA. (2016). Nephrolithiasis. Goldman L, Schafer AI.(Ed.), In: Goldman-Cecil Medicine. (25th edition, p. 811-6). Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
23. DeGeorge, K.C., Holt, H.R., Hodges, S.C. Bladder Cancer: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2017. 96(8): p. 507-514.
24. Olsson, H., Hultman, P., Rosell, J., et al. Population-based study on prognostic factors for recurrence and progression in primary stage T1 bladder tumours. *Scand J Urol*. 2013 Jun;47(3):188-95.
25. Grossman, H.B., Messing E., Soloway, M., et al. Detection of bladder cancer using a point-of-care proteomic assay. *JAMA*. 2005 Feb 16;293(7):810-6