

Ürogenital Aciller

İbrahim ÜNTAN¹

Giriş

Ürogenital sistem; insanda üriner sistem ve genital sistemin birlikte oluşturduğu ve birbiriyle uyum içinde çalışan anatomik yapılar bütünüdür. Üriner sistemi oluşturan atomik yapılar; böbrek, üreter, mesane ve üretradır. Erkek genital sistemi oluşturan anatomik yapılar; testis, epididim, seminal vezikül ve prostattır. Kadında genital sistemle jinekoloji ilgilenmektedir.

Böbrekler; karın arka ve yan duvarında, 12. kaburga ve 2. lumbal omur hizasında iki taraflı olarak bulunur. Asıl görevi vücuttaki metabolizma atıklarını kandan ayrıştırmaktır. Hormon salgılamak, vitamin sentezlemek gibi yan görevleri de vardır. Böbreklerde kandan süzülen zararlı atıklar idrarı oluşturur, üreterler idrarı böbreklerden mesaneye ileten, iki taraflı, boru şeklinde yapılardır. Mesane; idrarın boşaltılmak üzere biriktirildiği küresel organdır ve leğen kemikleri arasında bulunur. Üretra; mesaneden vücut dışına açılan boru şeklinde yapıdır, penis alt kısmından ilerler ve penis başından (glans) dışarı açılır (1). Erkek genital sistem de prostat seviyesinden üretraya açılır. Böylelikle üretra hem idrarın hem de ejakülatın

vücut dışına atılmasını sağlar. Kadın üretrası ise kısadır ve vajina ön duvarına açılır.

Testis ve epididim; sırasıyla sperm üretimi ve depolanmasını sağlayan yapılardır, testisin aynı zamanda hormon salgılama görevi de vardır. Testis ve epididim birbirine komşu olarak vücut dışındaki torbada iki taraflı olarak bulunurlar (2). Testiste üretilen spermier deferens kanalı ile seminal veziküle gelir. Mesanenin arka komşuluğunda iki taraflı olarak bulunan seminal veziküller spermier sınıvı desteğinde bulunur ve oluşan karışım ejakülat olarak adlandırılır. Prostat mesane alt tarafında bulunur. Üretra; mesane altından başlayıp, prostat içerisinden geçerek devam eder. Ejakülat kanalları; prostata arka kısmından, iki taraflı olarak girer, prostat içerisinde devam eder, üretranın prostat içerisindeki kısmına tek noktadan açılır.

Ürogenital sisteme ait yapıların doğrudan veya çevre dokulardan kanlanması vardır. Özellikle böbrek, prostat ve mesaneye olan kan akımı fazladır.

Ürogenital sistemden kaynaklanan ve hayati tehlike oluşturabilecek ya da organ kaybına sebebiyet verebilecek vakalara ürogenital aciller adı verilir.

¹ Üroloji Uzmanı, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ibrahimuntan@erciyes.edu.tr

10. Kataterler

Daha önce ürolojik işlem geçirmiş, geçici veya kalıcı olarak katater takılmış hastalar da acil müdahaleye ihtiyaç duyabilir. Üretral katater; mesane-deki idrarın çıkışını sağlamak için penis yoluyla takılır. Suprapubik sistostomi katateri; aynı amaçla, üretral katater takılamadığı veya özellikle tercih edilmediği durumlarda, göbek altından, cilt geçilerek takılır. Perkütan nefrostomi katateri; üreter seviyesindeki tıkanıklıklarda, üreterin başladığı nokta hizasından, sırttan, cilt geçilerek takılır. Bu kataterlerin çıkması veya tıkanması, böbrek yetmezliği veya enfeksiyona neden olabileceğinden, öncelikle bu açıdan değerlendirilmelidir (20). Öncelikle, varsa pansuman tamamen açılıp harici bir tıkanma ihtimali değerlendirilmelidir. Katater yerindeyse, genellikle basit yıkama manevralarıyla açılır. Yerinde değilse, ürolog tarafından yenisi takılabilir veya yeri ayarlanabilir.

Ayrıca her türlü ürolojik ameliyatın nekahat döneminde karşılaşılan sorunlar da acil kabul edilip, vital bulgular not edilip cerrahın fikri alınmalıdır.

Sonuç

Acil servis öncesi sağlık personeli ve acil servis sağlık personeli uyum içinde çalışması gereken bir mekanizmanın parçalarıdır. Acil servis öncesi ekipler hastaların ilk ve en önemli müdahalesini yaparken; hem hastayı acil servis ekibine, hem de acil servis ekibini hastaya hazırlar.

Ürogenital acil hastaların tümünde öncelikle havayolu, solunum ve dolaşım desteği sağlanmalıdır. Bu hastalar ile ilgili olarak üroloğun liderlik ettiği acil servis ekibi ile sağlıklı iletişim kurulmalıdır, vaka acil servis ekibine tarafsız olarak yansıtılmalıdır. Acil servis öncesi ekibin görüşlerine ve acil servis ekibi ile kurulan iletişimin sonuçlarına göre, yapılacak müdahaleye karar verilmelidir. Bazı işlemlerin zamanında yapılması, hastanın ve acil servis ekibinin zaman kazanması açısından çok önemlidir. Zaman zaman ise, bazı işlemleri özellikle yapmamak, hastaya zarar vermemek açısından çok değerlidir. Bu iki durum arasında hassas bir denge kurulmalıdır. Bu denge için de,

güvenilir bir iletişim şarttır. Acil servis öncesi ekip de, acil servis ekibi gibi, hastayı sahiplenmeli, kendisini sadece taşıma ekibi olarak görmemeli, hastanın acil servise nakli esnasında yapabileceği işlemleri yapmak konusunda gayretli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üriner, Genital, Acil

Kaynaklar

1. Tanagho, 1992. Tanagho EA: Anatomy of the lower urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED, ed. Campbell's urology, 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992:40-69.
2. Redman, 1987. Redman JF: Anatomy of the genitourinary system. In: Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards SS, Duckett JW, ed. Adult and pediatric urology, 2nd ed. St Louis: Mosby-YearBook; 1987:3-62.
3. Claudius, 2000. Claudius I: Dysuria in adolescents. West J Med 2000; 172:201-205.
4. Fitzpatrick, Kirby, 2006. Fitzpatrick JM, Kirby RS: Management of acute urinary retention. BJU Int 2006; 97(Suppl. 2):16-20.discussion 21-22
5. Khadra et al, 2000. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, et al: A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. J Urol 2000; 163(2):524-527
6. Lasoye et al, 2004. Lasoye TA, Sedgwick PM, Patel N, et al: Management of acute renal colic in the UK: a questionnaire survey. BMC EmergMed 2004; 4:5.
7. Alkhunaizi, Schrier, 1996. Alkhunaizi AM, Schrier RW: Management of acute renal failure: new perspectives. Am J KidneyDis 1996; 28:315-328.
8. Israel RS, Lowenstein SR, Marx JA, et al: Management of acute pyelonephritis in an emergency department observation unit. AnnEmergMed 1991; 20:253-257.
9. Cho et al, 2005. Cho R, Lee KS, Jeon JS, et al: Clinical outcome of acute prostatitis, a multicenter study. J Urol 2005; 173(4):S28.
10. Ludwig, 2008. Ludwig M: Diagnosis and therapy of acute prostatitis, epididymitis and orchitis. Andrologia 2008;40:76-80.
11. Cohen M: Fournier's gangrene. AUA Update 1986; 5:6.
12. Mansbach, Forbes, Peters, 2005. Mansbach JM, Forbes P, Peters C: Testicular torsion and risk factors for orchiectomy. Arch Pediatr AdolescMed 2005; 159:1167-1171.
13. Santucci et al, 2004. Santucci RA, Wessells H, Bartsch G, et al: Evaluation and management of renal

- injuries: a consensus statement of renal trauma. *BJU Int* 2004; 94:27-32.
14. Carver, Bozeman, Venable, 2004. Carver B, Bozeman C, Venable D: Ureteral injury due to penetrating trauma. *South Med J* 2004; 97:462-464.
 15. Morey, Carroll, 1997. Morey AF, Carroll PR: Evaluation and management of adult bladder trauma. *ContempUrol* 1997; 9:13-22.
 16. Chapple, 2000. Chapple C: Urethralinjury. *BJU Int* 2000; 86:318-326.
 17. Fournier, Laing, McAninch, 1989. Fournier GR, Laing FC, McAninch JW: Scrotal ultrasonography and the management of testicular trauma. *Urol Clin North Am* 1989; 16:377-385.
 18. Karadeniz et al, 1996. Karadeniz T, Topsakal M, Ariman A, et al: Penile fracture: differential diagnosis, management and outcome. *Br J Urol* 1996; 77:279-281.
 19. Montague et al, 2003. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, et al: American Urological Association guideline on the management of priapism. *J Urol* 2003; 170:1318-1324.
 20. Linsenmeyer, 2006. Linsenmeyer TA: Management of long-term catheters in adults: II. Indwelling urethral and suprapubic catheters. *AUA Update Series* 2006; 25:lesson 38.