

ÜST ÜRİNER SİSTEMİN NON-TRAVMATİK ACİLLERİ

Murat DEMİR

RENAL KOLİK

Renal kolik supravezikal obstrüksiyona bağlı gelişen genellikle acil servislerde tanı konulan klinik bir durumdur ve ürolojinin en sık acil poliklinik başvuru nedenidir. Ağrı lomber bölgede başlar, karın yan tarafa ordan da inguinal bölge ve erkeklerde skrotuma, kadınlarda vajina labiumlarına kadar uzanır. Ayrıca renal kolik bulantı, kusma, hematüri , kostovertebral aç hassasiyeti , taşikardi eşlik edebilir ⁽¹⁾. Acil poliklinik başvurularında önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemiz üriner sistem taş hastalığı açısından yüksek insidansa sahip olmasına rağmen verilerin kaydedilmesi yetersiz olması nedeniyle yeterli çalışma bulunmamaktadır. Amerika’da yapılan birçok çalışmaya göre her sene 1 milyon civarında hasta renal kolik şikayeti ile acil polikliniğe başvuru yapmaktadır ⁽²⁾.

Renal kolik ağrısı iki ayrı sebepten ortaya çıkar ilki obstrüksiyon gerisinde idrar distasyonunun sebep olduğu gerilme hissi ikincisi ise direk üreter mukozasının irritasyonuna bağlıdır. Renal kolik ağrısı T10 ile S4 dermatomlar arasında görülür. Taş üreteri obstrükte ettikten sonra taşın proksimalinde idrar göllenmeye başlar, bu göllenme nedeniyle bowman kapsülü gerilir, obstrüksiyonu yenmek için peristaltik hareketler artar, bu nedenle ağrı kolik tarzıdır. Ayrıca distal üreter taşları sistit gibi sık idrara çıkma, dizüri, idrar yaparken zorlanma gibi şikayetlere neden olabilir ⁽³⁾.

Renal kolik hastasını tipik yan ağrısı, kostovertebral aç hassasiyeti nedeniyle tanımak kolay olsa da ayırıcı tanıda yer alan akut apandisit, akut kolesistit, aort anevrizması gibi hastalıklar nedeniyle tanıyı kesinleştirmek önem taşır. Sağ tarafta proksimal üreter ve üreteropelvik alandaki obstrüksiyon kolesistit ve kolelitiazis ile karışırken sol taraftakiler ise pankreatit, peptit ülser ve divertikülit ile karışabilmektedir. Orta üreter taşları sağda apandisit solda diverikülit ile karışır. Distal üreter taşları ise sistit benzeri tablo meydana getirir ⁽⁴⁾.

tahlilinde herhangi bir bulgu elde edilemeyebilir. Hemogramda beyaz küre yüksek ve nötrofil ağırlıklı bulgular ve crp de yükseklik gözlenir. Apsenin görüntülenmesi açısından renal ultrasonografi her ne kadar değerliyse de ultrasonun yetersiz kaldığı durumlarda kontrastlı bilgisayarlı tomografi altın standarttır ⁽³⁰⁻³¹⁾.

Renal-perirenal apse tedavisinde erken bir şekilde uygun tedaviye başlamak oldukça önemlidir. Bu nedenle uygun antibiyotik tedavisi ve hidrasyon tedavisi önem arz etmektedir. Hematojen yayılım düşünülüyorsa erken genelde stafokoklardır ampirik olarak penisilinaz dirençli antibiyotikler başlanmalıdır. Asendan yolla bulaşan bir bakteri düşünülüyorsa etken genelde gram negatif bakterilerdir. Bu nedenle beta laktam antibiyotikler, 3. Kuşak sefalosporinler, antipsödomonal antibiyotikler, kinolon grubu antibiyotikler tercih edilebilir. Antibotiğe cevapsız apselerde perkütan drenaj uygulanır. Perkütan drenaj 3 cm den küçük apselerde ilk aşamada gerekli değildir. Ancak 3 cm den büyük apseler perkütan boşaltılması gerekmektedir. Elde edilen pürülan materyal kültür değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Drenaj 22 F Chiba iğnesi ile ultrason veya bilgisayarlı tomografi eşliğinde girildikten sonra guide wire eşliğinde katater yerleştirilerek yapılır. Alınan kültürde fungal enfeksiyon varsa amfoterisin b ile kataterden yıkama önerilir. Perkütan drenajın yetersiz kaldığı veya yapılamadığı durumlarda açık operasyonla drenaj gerekebilir ^(27,32-33). Tedavisiz kalan veya tedaviye dirençli olgularda bu abseler mortal seyredebilmektedir. Tedaviye dirençli veya böbrek fonksiyonlarının ciddi etkilendiği olgularda nefrektomi uygulamak hayat kurtarıcı olabilmektedir. Berger'in yaptığı bir çalışmada 65 hastanın 16'sına (%24) nefrektomi uygulanmış ayrıca 3 hasta da ex olmuştur. Taktak'ın yaptığı çalışmada ise 5 hasta çalışmaya dahil edilmiş 2'sine (%40) nefrektomi uygulanmıştır ⁽³⁴⁻³⁵⁾.

KAYNAKLAR

1. Koçak, D. Kolik renal ve akut obstrüksiyonlar. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci.2007; 3(20):3-8.
2. Müslümanoğlu AY, Tepeler A. Renal kolik tanı ve tedavisi. Marmara Medical Journal 2008; 21: 187-192.
3. Travaqlini F, Bartotelli T, Gacci M. Pathophysiology of reno-ureteral colic. Urol Int 2004; 72 suppl 1:20-23.
4. Carter MR, Green BR. Renal calculi: emergency department diagnosis and treatment. Emerg Med Pract 2011;13(7):1-17; quiz 18.
5. Milliner DS. Urolithiasis. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, (eds). Pediatric Nephrology. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2004: 1094-1095.
6. Patlas M, Farkas A, Fisher D, Ultrasound vs CT for the detection of ureteric stones in patients with renal colic. Br J Radiol 2001; 74: 901-904.
7. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. N Engl J Med 2007; 357: 2277-2284.
8. Al-Waili NS. Intramuscular tenoxicam to treat acute renal colic. Br J Urol 1996; 77: 15-16.

9. Esquena S, Millan Rodriguez F, Sanchez-Martin FM. Renal colic: revision of literature and scientific evidence. *Actas Urol Esp* 2006; 30: 268-280.
10. Türk C., Knoll T., Petrik A. et al. European Urology Guidelines On Urolithiasis 2015. Available at: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-GuidelinesUrolithiasis-2015-v2.pdf>
11. Kalorin CM, Zabinski A, Okpareke I, et al. Pediatric urinary stone disease--does age matter? *J Urol* 2009; 181: 2267-2271.
12. Preminger GM, Tiselius HG, Assimos DG, et al. 2007 Guideline for the management of ureteral calculi. *Eur Urol* 2007;52:1610-1631.
13. Morse RM, Resnick MI. Ureteral calculi: natural history and treatment in an era of advanced technology. *J Urol* 145:263-5,1991.
14. Singh A, Alter HJ, Littlepage A. A systematic review of medical therapy to facilitate passage of ureteral calculi. *Ann Emerg Med* 2007; 50: 552-563.
15. Cervenakov I., Fillo J., Mardiak J. Et al. Speedy elimination of ureterolithiasis in lower part of ureters with the alpha 1-blocker--Tamsulosin. *Int Urol Nephrol* 2002; 34: 25-29.
16. Kevin GM, Dmien MB, Marshall LS. Urologist directed percutaneous nephrostomy tube placement. *J Urol* 1994; 152:1973-1976
17. Hollingsworth JM, Rogers MA, Kaufman SR, et al. Medical therapy to facilitate urinary stone passage: a meta-analysis. *Lancet* 2006; 368: 1171-1179.
18. Menon M, Resnick, MI. Urinary lithiasis: Etiology, diagnosis and medical management. In Campbell's Urology. Ed. Walsh, Retik, Vaughan and Wein, Eight Edition. Philadelphia, WB Saunders, 2002; 3229-3306.
19. Cramer DA. Recurrent urinary tract infection: new theories and old remedy. *Ann Intern Med* 1998; 128:333-334.
20. Echols RM, Tosiello RL, Haverstock DC et al. Demographic, clinical, and treatment parameters influencing the outcome of acute cystitis. *Clin Infect Dis* 1999; 29:113-119.
21. Faro S, Fenner DE. Urinary tract infections. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41:744-754.
22. Hamilton-Miller JMT. Urinary tract infections. *Curr Opin Infect Dis* 1997; 10:66-69.
23. Hooton TM, Stamm WE. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:551-581.
24. Komaroff AL. Acute dysuria in women. *N Eng J Med* 1984; 310:368-375.
25. Krcmery S, Hromec J, Tvrdikova M, Hassan MN, Gulla D. Newer quinolones in the long term prophylaxis of recurrent urinary tract infectinos (UTI). *Drugs* 1999; Suppl f/c:1-4.
26. Kunin CM. Urinary tract infections in females. *Clin Infect Dis* 1994; 18:1-12
27. Alan C., Ataus S., Tunç B.. "Xanthogranulomatous pyelonephritis with psoas abscess: 2 cases and review of the literature." *International urology and nephrology*. 2004; 36.4: 489-493.
28. Schneider, M., "Sonographic-radiographic correlations of renal and perirenal infections." *American Journal of Roentgenology*.1976; 127.6: 1007-1014.
29. Brook, Itzhak. "Urinary tract and genito-urinary suppurative infections due to anaerobic bacteria." *International journal of urology*.2004;11.3: 133-141.
30. Schaeffer, A. J. (2012). Infections of the urinary tract. In Campbell-Walsh Urology, Tenth Edition (pp. Vol-1). Elsevier-Saunders.
31. Thorley J. D., Jones S. R., Sanford J. P.. Perinephric abscess. *Medicine*.1974; 53(6): 441-451.

32. Coelho, R. F., Schneider-Monteiro, E. D., Mesquita, J. L. B., et al (Renal and perinephric abscesses: analysis of 65 consecutive cases. World journal of surgery.2007; 31(2): 431-436.
33. Hoverman, I. V., Gentry, L. O . Intrarenal abscess. Archives of internal medicine,1980; 140(7): 914-916.
34. Berger I, Wildhofen S, Lee A, Ponholzer A, et al. Emergency nephrectomy due to severe ürosepsis: a retrospective, multicenter analysis of 65 cases. BJU Int 2009;104:386-390.
35. Taktak A., Çaycı F. Ş., Acar B, et al. "ÇOCUKLUK ÇAĞINDA BÖBREK APSESİ: BEŞ VAKALIK BİR SERİ VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ." *Güncel Pediatri* 2017;15.(3): 33-37.