

HEMATÜRİ

Şeyhmuz ARAZ
Rahmi ASLAN

1.Tanım ve Sınıflama

İdrar mikroskopik bakısında her bir büyük büyütme sahası başına 3'ten fazla veya 1 mm³ idrarda 1000 taneden fazla eritrosit saptanması patolojik kabul edilir ve buna hematüri denir. Hematüri toplumda sık görülen, hasta ve yakınlarını endişelendiren, prevalansı %2,5'ten %20'ye kadar değişen klinik bir bulgudur^(1,2). Hematüri ürolojik malignitelerin teşhisi açısından önem teşkil etmektedir ve asla ihmal edilmemelidir. Ağrısız hematüri olguların %30'unda ürolojik bir malignite tespit edilmektedir^(3,4). Hematüri üriner sisteme bağlı nedenlerle oluşabildiği gibi üriner sistem dışı nedenlerle de görülebilir. Bu nedenler arasında; antikoagulan ve/veya antiagregan ilaç kullanımı, aşırı egzersiz, vajinal kanama, sistemik infeksiyon hastalıkları, akut apandisit, akut divertikülit, kardiyak ve solunum sistemi rahatsızlıkları, aşı ve serum uygulamaları sayılabilir⁽³⁾. Hematüriler gözle görülüp görülmemesine göre mikroskopik ve makroskopik olmak üzere 2 şekilde sınıflandırılabilir. Gözle görülmeyip mikroskopik bakıda her alanda 3'ten fazla eritrosit saptanmasına mikroskopik hematüri denilirken, çıplak gözle kırmızı, kahverengi veya siyah renkte bir idrar görülmesine de makroskopik hematüri denir⁽⁵⁾. Makroskopik hematüriler pıhtılı olup olmadığına göre ikiye ayrılabilir. Üst üriner sistem kaynaklı kanamalarda çoğunlukla üreter şeklini almış ince uzun şekilde pıhtılar gözlenir ve idrar koyu kahverengiye yakın renktedir. Mesane tümörü ve Bening Prostat Hiperplazisi gibi alt üriner sistem kaynaklı kanamalarda ise parlak kırmızı renkte ve düzensiz şekilli pıhtılar gözlenir. İdrarda eritrosit izlenmeden de idrar rengi kırmızı izlenebilir. Bu yüzden her kırmızı görülen idrar hematüri olarak değerlendirilmemelidir ki bu psödohematüri olarak tanımlanmaktadır. Bunlar arasında alınan bazı ilaçlar(fenolftalein, azo boyalı antibiyotikler, bazı analjezikler) idrara kırmızı rengi veren bazı pigmentlerin varlığı(bilirubin, hemoglobin,

birlikte dizlerinin birbirinden uzaklaştırılması) iken labium majuslar ayrıldıktan sonra üretral mea kolaylıkla görülür ve kateter dikkatli bir şekilde içeri iletilir. Üretral darlık, prostat büyümesi ve mesane boynu kontraktürü gibi infravezikal obstrüksiyonlarda kateterizasyon sırasında engelle karşılaşılabılır⁽²²⁾.

Perkutan Sistostomi ve Mesane Ponksiyonu

Perkutan sistostomi şu hallerde uygulanır:

1. Hipospadias cerrahisi sonrası geçici üriner diversiyon istendiğinde
2. Şiddetli üretral darlıklarda, kombine üretrografi çekmek amacıyla
3. Üretra travmalarında geçici üriner diversiyon amacıyla
4. Globvezikale durumunda üretral kateter takılamadığında
5. Üst üriner sistemin dekompresyonu istendiğinde
6. Üretrokütanöz fistüllerde geçici üriner diversiyon amacıyla uygulanabilir⁽²²⁾.

Perkutan sistostomi kateterinin takılabilmesi için mesanenin yeterince dolu olması gerekir. Bu durumda mesane simfiz pubis üzerinde ve peritonsuzdur. Abdominopelvik cerrahi geçirmiş hastalarda periton yapışıklığı konusunda dikkatli olmak gerekir. Hasta supin pozisyonda iken, suprapubik bölge umblikusa kadar antiseptik solüsyonla silinir. Steril koşullarda karın orta hat simfizi pubisin yaklaşık 2 cm proximalinden lokal anestezi uygulaması sonrası perkutan sistostomi takılması işlemi gerçekleştirilir. Tercihen 2-4 hafta sonra sistoskopi işlemi gerçekleştirilir^(24,25).

KAYNAKÇA

1. 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;163:524-527.
2. Mariani AJ, Mariani MC, Macchioni C. The significance of adult hematuria: 1,000 hematuria evaluations including a risk benefit and cost-effectiveness analysis. J Urol 1989;141:350-355.
3. Patel JV, Chambers CV, Gomella LG. Hematuria: etiology and evaluation for the primary care. Can J Urol 2008;15 (supp 1):54-62.
4. 20. Edwards TJ, Dickinson AJ, Gosling J et al: Patient-specific risk of undetected malignant disease after investigation for haematuria, based on a 4-year follow-up. BJU Int 2011; 107: 247.
5. Hageman N, Aronsen T, Tiselius HG. A simple device (Hemostick) for the standardized description of macroscopic hematuria: our initial experience. Scand J Urol Nephrol 2006;40:149.
6. Carlin BI, Resnick MI: Indications and techniques for urologic evaluation of the trauma patient with suspected urologic injury. Semin Urol 13: 9-24, 1995.
7. Naber KG, Bergman B, Bishop MC, et al. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU). EAU

- guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. *Eur Urol* 2001;40(5):576-588.
8. Kreder KJ, Williams RD. Urologic Laboratory Examination. Tanagho, McAninch (Eds): *Smith's General Urology*. Appleton and Lange. Connecticut 2008. Chapter 5.
 9. Shichiri M, Hosoda K, Nishio Y et al: Red-cell-volume distribution curves in diagnosis of glomerular and non-glomerular haematuria. *Lancet* 1988; 1: 908
 10. Glenn S, Gerber MD, Charles B, et al. Evaluation of the urologic patient: History, physical examination, and urinalysis. *Campbell-Walsh Urology*. 9th Ed. Philadelphia: 2007.p.81-110.
 11. Carter WC 3rd, Rous SN. Gross hematuria in 110 adult urologic hospital patients. *Urology* 1981;18:342-344.
 12. Grossfeld GD, Wolf JS Jr, Litwan MS, et al. Asymptomatic microscopic hematuria in adults: summary of the AUA best practice policy recommendations. *Am Fam Physician* 2001;63(6):1145-1154.
 13. S. Choong, M. Walkden, R. Kirby. The management of intractable haematuria *BJU Int*, 86 (2000), pp. 951-959
 14. Ban KM, Easter JS. Selected urologic problems In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. Eighth Ed. By Saunders, an imprint of Elsevier Inc. 2014:p.1326-1354.
 15. Selius BA, Subedi R. Urinary Retention in Adults: Diagnosis and Initial Management. *Am Fam Physician* 2008;77(5):643-650.
 16. Vilke GM, Ufberg JW, Harrigan RA et al. Evaluation and treatment of acute urinary retention. *J Emerg Med* 2008;35(2):193-198.
 17. Nevo A, Mano R, Livne PM, et al. Urinary retention in children. *Urology* 2014;84(6):1475-1479.
 18. Marshall JP. Acute Urinary Retention In: Markovchick VJ, Pons PT, Bakes KM, Buchanan JA, eds. *Emergency Medicine Secrets*. 6th ed. Philadelphia: By Elsevier Ltd.; 2016.p.262-267.
 19. Marshall JR, Haber J, Josephson EB. An evidence-based approach to emergency department management of acute urinary retention. *Emergency Medicine Practice* 2014;16(1):1-20.
 20. Raftery T, Lim E, Östör AJK. Urinary Retention. In: *Churchill's Pocketbook of Differential Diagnosis*. 4th ed. London: By Elsevier Ltd. 2104:p. 479-482.
 21. Rifai Z, Ayub A. Urological emergencies-causes, symptoms and management. *Hospital Pharmacist* 2007;14:325-330.
 22. Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y. (2011). Ürogenital Sistemin Görüntüleme Yöntemleri ve Enstrümental Muayenesi. Erol Gültekin (Ed.), *Temel Üroloji içinde* (s. 190-194). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
 23. Alpert SA, Cheng EY, Zebold KF, et al. Clean intermittent catheterization in genitally sensate children: patient experience and health related quality of life. *J Urol*, 2005,174(No4 p2of2): 1616-1619.
 24. Wyndaele JJ, Maes D. Clean intermittent self-catheterization: A12-Yearfollowup. *J Urol* 1990, 143:906.
 25. Krooovand L, Endoscopy. Ketalis, King,Belman (eds): *Clinical Pediatric Urology*. W.B Saunders Company, Pennsylvania 1992, s. 166-171.