

# ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞINDA KLİNİK BELİRTİLER

Erbil ERGENEKON\*, Serdar ARISAN\*

Üriner sistem içerisinde taş varlığı bazen hiçbir klinik belirti vermeden yıllarca sessiz kalabilirken, taşın boyutu, yerleşim yeri, tıkanıklık derecesi ve üzerine ilave olabilen patolojilere bağlı olarak değişik şekil ve derecede klinik belirtilerle de kendini gösterebilir.

Belirtiler sessiz bir klinikten, ciddi yaşamsal risk oluşturabilecek kadar geniş bir klinik yelpaze de oluşturabilir. Üriner taş kliniğinde en sık rastlanan bulgu ağrıdır. Genellikle künt veya kolik karakterdedir. Akut veya kronik, lokal ya da yansıyan ağrı şeklinde olabilir. Lokal ağrı, ilgili organda duyulurken yansıyan ağrı ortak sinirsel innervasyona bağlı başka organda duyulan ağrıdır. Gerçek tanıyı zorlaştırabilir. Ağrının nedeni taşın üriner mukozaya yapmış olduğu bası ve tıkanıklıkla ilgilidir. Taşın yapmış olduğu tıkanıklığın ani veya yavaş gelişmesi, kısmi veya tam olması ile ağrının şiddeti değişir. Zaman içerisinde yavaş gelişen kısmi tıkanıklıklar hiçbir belirti vermezken ani tıkanıklıklar çok şiddetli kolik tarzında ağrılara neden olabilir. Küçük boyuttaki taşlar büyük olanlardan daha fazla ağrıya neden olurlar. İdrar akımını engellemeyen tüm kaliks ve pelvisi dolduran koraliform bir taş klinik belirtisiz seyrederken, düşebilecek boyutta bir taş şiddetli ağrılara neden olabilir.

Ağrı bulgusu vermeyen taşların klinik belirtisi çoğu zaman sadece mikroskopik hematüri iken makroskopik hematüride olabilir. Bunun nedeni taşın bulunduğu bölgede üriner mukozaya yapmış olduğu bası ve irritasyondur. Taşın hareketi ile hematüri şiddetlenebilir. Taşın varlığı üriner sistemde enfeksiyon için hazırlayıcı bir zemin oluşturur. Hafif bir piyüri den pyelonefrit ve hatta pyonefroza kadar gidebilen klinik tablolar olabilir.

Taş hastalığı kliniğinde, sıklıkla görülebilen bulantı, kusma, gazdistansiyonu ve konstipasyon gibi gastroentestinal belirtiler ayırıcı tanıda güçlükler neden olabilir. Bunlar her iki sistemin "celiac ganglion" üzerine ortak olarak otonomik ve sensoriyel innervasyonu ile ilgilidir. Taşın üriner sistemde yerleşim yerine göre olabilecek klinik bulgularını ayrı ayrı incelemek faydalı olacaktır.

## BÖBREK TAŞLARININ KLİNİĞİ

Böbrekteki taşlar kaliks, kaliksboynu, kaliks divertikülü ya da üretero pelvik bileşke bölgesine yerleşebilir. Enfeksiyon yapmayan kaliks taşı çoğunlukla belirti vermez. Ancak aşırı sıvı alındığında sinsi belirgin olmayan ağrıya neden olabilir. Kaliks boynuna oturan bir taş ise obtürüksiyon sonucu kostovertebral açığı (CVA) da hissedilen künt ağrı yapar. Buna karşılık kaliks divertikül taşları çoğu zaman hiçbir belirti vermez.

Renal pelvise yerleşen taşlar tam obtürüksiyona neden olursa renal kapsülün gerilmesi ile birlikte renal kolik ortaya çıkar. Ağrı 12. kot altında CVA alanında hissedilir. Çoğu zaman da ağrı karın sağ üst kadrana yayılır. Ağrı şiddetli ve ritmik şekilde olabilir. Reno-gastrik refleks nedeniyle bulantı, kusma ve değişik derecelerde karın distansiyonu görülebilir. Sağ kolik renal kolesistit atağı ile, sol kolik renal peptik ulkus, akut gastrit ve divertikülit ağrısı ile karışabilir. Renal kolikle karışabilen diğer bir patoloji "rediküler" ağrıdır. Vertebralarda oluşan dejenerasyon sonucu kotal sinirlerin basıya uğramasıyla ortaya çıkan rediküler ağrı, hareket ve pozisyonla dağılması ve gastrointestinal septomların bulunmaması ile renalkolikten ayrılabilir.

Renal pelviste kronik, inkomplet osbrüksiyon yapan taşlarda belirgin klinik tablo yoktur. Çoğu zaman kas ağrısı olarak yorumlanan künt, belirgin olmayan ağrı, bazen dolgunluk hissi ve özgün olmayan gastroentestinal belirtilere neden olur. Uzun süren inkomplet, kronik obtürüksiyon sonucu oluşan ileri derecede hidronefrotik böbrekler lomber bölgede şişlik ve muayenede ele gelen kitle ile kendilerini belirtirler.

Staghorn böbrek taşları da enfeksiyon eklenmediği ya da bilateral olup da renal yetmezlik belirtileri ortaya çıkmadığı sürece sessiz kalabilir.

Kronik, inkomplet obtürüksiyon yapan pelvis renalis taşları ve staghorn taşlarda olaya enfeksiyon eklendiği zaman gürtülü bir klinik tablo ortaya çıkar. Akut pyelonefrit yüksek ateş, titreme, şiddetli yan ağrısı ile birlikte dir. Direkt taşa ait hiçbir belirti yoktur. Bu açıdan akut pyelonefrit olgula-

\* Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Üroloji Kliniği

rında radyolojik görüntüleme ile altta yatan bir taş mutlaka araştırılmalıdır. Akut pyelonefritte peritonun irritasyonuna bağlı gastrointestinal belirtiler olabildiği gibi, bazen bu tablo akut peritonit ile karıştırılabilir. Uygun şekilde tanı konularak tedavi edilmeyen obstrükte-enfekte taşlarda ilerleyen tablo pyonefrozla böbreğin kaybına neden olabilir. Yine oluşan perirenal abseler lomber bölgede kızarıklık, kitle ve hatta fistülle seyredebilir.

Soliter böbrekte ya da her iki renal pelviste komplet obstrüksiyon yapan taşlarda "kalküloz anüri" gelişir. İhmal edilen olgularda ,halsizlik bulantı, kusma ve bilinç bulanıklığına kadar gidebilen üremi belirtileri ortaya çıkabilir.

### ÜRETER TAŞLARININ KLİNİĞİ

Üreter taşlarının tipik klinik belirtisi "üreteral koliktir" Üreteral kolik ani başlayan, aralıklarla seyreden,bulantı kusmanın eşlik ettiği bel bölgesinde hissedilen şiddetli ağrıdır. Çoğunlukla bir yolculuk sırasında ya da sabaha karşı başlar. Üreterde ilerleyen taş idrar akışını engellediği zaman renal kapsül gerilir, pelvis ve üreteral düz kaslarda spazmik kasılmalar oluşur. Bu dönemde kolik ağrısı en şiddetli hissedilir. Taşların yer değiştirmesiyle obstrüksiyon azaldığı dönemlerde kolik ağrısı da rahatlar.

Üreter taşlarında yerleşim, çoğunlukla üreteropelvik bileşke, iliak çapraz veya intramural bölgededir. Taşın üreterdeki lokalizasyonu klinik belirtilerle saptanabilir. Üst üreterde obstrüksiyon yapan bir taş yan ağrısı ile birlikte testiste, kadında o taraf overde, yansıyan ağrıya neden olur. Böğürde hissedilen ağrı aynı taraf karın üst kadrana yayılır. Orta üreterde (iliak çaprazda) yerleşen taşın ağrısı yan ağrısı ile birlikte sağda Mc Burney noktasında, solda da aynı noktanın simetriğinde daha belirgindir. İnamural üreter taşında üreteral kolikle birlikte orifis çevresinde oluşturduğu ödem nedeniyle dizüri, pollaküri strangüriya gibi "sistizm" belirtileri vardır. Erkeklerde o taraf skrotumda, kadında o taraf vulvada ağrı hissedilebilir

Üretere geçen taş her zaman komplet obstrüksiyon yapmaya bilir. Veya ilk geçişte oluşturduğu üreteral kolikler araştırılıp taşın tanı ve tedavisi yapılmazsa kronik, inkomplet obstrüksiyona neden olarak daha sessiz seyredebilir. Bu taşlar özellikle aşırı sıvı alındığı zaman lomber bölgede dolgunluk ve künt ağrıya neden olur. Uzun süren inkomplet obstrüksiyon sonucu oluşan hidronefrotik böbrek,muayenede ele geçebileceği gibi oluşan kitle gözle bile görülebilir.

Üreter taşlarında da pelvis taşlarında olduğu gibi enfeksiyon eklendiği zaman akut pyelonefrit, pyonefroz, perirenal abseler gelişebilir.

Soliter böbrekte obstrüksiyon yapan üreter taşları "kalküloz anüri" üremi ve buna bağlı halsizlik, bulantı kusma bilinç bulanıklığına neden olabilir.

### MESANE TAŞLARININ KLİNİĞİ

Mesane taşları çoğu zaman sessiz bir klinik tablo ile seyrederken oluşabilecek en sık belirtileri, kesik kesik idrar yapma, ağırlı işeme ve son idrarın kanlı olmasıdır. Rahat idrarını yaparken miksiyonun aniden kesilmesi,pozisyon değiştirmekle tekrar rahat idrar edebilmek gibi klinik bulgularda olabilir. İdrarda çoğu zaman mikroskopik bir hematüri varken bazen da makroskopik hematüri olabilir. BPH, üretra darlığı gibi infravezikal obstrüksiyona ikincil olarak taş hastalığı gelişmiş ise obstrüktif üropati belirtileri olabilir. Mesane taşı olan bazı hastalarda suprapubik bölgede çoğu zaman künt,bazen de keskin ağrı hissedilebilir. Ağrı,penis başı,skrotum ve perineye yansıyabilir.Posterior üretraya anklave olan mesane taşı glob vezikalın tipik bulgularına; suprapubik kitle,ağrı ve idrar yapamamaya neden olabilir. Çocuklarda oluşan mesane taşlarında priapizm,nokturnal ve diürenal inkontinans görülebilir.

### ÜRETRA TAŞLARININ KLİNİĞİ

Çoğunlukla taş posterior üretrada yerleşir. Tam tıkanıklık yapanlarda glop vezikal bulguları mevcutken kısmi tıkanıklıklarda dizüri kliniği hakimdir. Penis ucuna yansıyan sızı hissi veya taşın lokalize olduğu bölgede batma hissi vardır.

Taş eksternal meaya yaklaştıkça idrar akışında çatalanma ve dağınık işeme görülür. Bazen tam çıkıma oturmuş taşları çıplak gözle görmek mümkündür. Üretra taşlarında üreteroraji görülebilir.

### KAYNAKLAR:

1. Patrick C. Walsh,Louis R Kavoussi, Alan B. Retik, Andrew C. Novick, E Darracott Vaughan Jr. Campbell Urology Baltimore NY: 2007
2. Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch. Smith's General Urology. McGraw-Hill Medical; 16 edition September 26, 2003