

ÇOCUK ÜROLOJİSİNDE ACİLLER

Prof. Dr. Tarkan Soygür

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı

GENİTAL ACİLLER

Akut Skrotum

Çocuklarda, akut skrotum denilince, ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken 4 önemli durum, testis torsiyonu, testis veya epididim ekleri torsiyonu, akut epididimo-orşit ve bu üç klinik tablo ile karışabilecek inkarsere inguinal hernilerdir.

Özellikle testis torsiyonu, zamanla yarışmayı gerektiren bir klinik tablo olup, tanıdaki gecikmeler testis kaybı ile sonlanabilmektedir. Özellikle ilk 6-8 saat içerisinde koyulan doğru tanı ve uygun tedavi ile testis kurtarılabilirken, 48 saati geçmiş tablolarda acil cerrahi önerilmemekte, elektif şartlarda orkiektomi yapılması tavsiye edilmektedir. Torsiyon, genellikle, yenidoğan ve peripubertal dönem olmak üzere 2 yaş grubunda pik yapmakla birlikte, hemen her yaş grubunda görülebilir. Yenidoğan dönemi torsiyonları ekstrasvajinal tipte olup, tanı konusunda testisi kurtarma şansı hemen hiç kalmamıştır. Daha büyük çocuklarda görülen intravajinal torsiyonlar da klinik tablo genellikle epididimoorşitler ile karışabilmektedir. Ancak, daha ani başlayan ve hızlı ilerleyen bir seyir göstermesi, aşırı fiziksel aktivite ya da skrotal travma öyküsü ile birlikte olabilmesi, beraberinde yapılan idrar tahlil ve kültürlerinde sorun saptanmaması, torsiyon lehinedir. Fizik muayenede, özellikle erken dönemde, karşı tarafa doğru daha yüksek yerleşimli ve transvers konumda olan bir testisin palpe ediliyor olması, epididimin anterior yerleşimli olması ve her ne kadar patognomonik olmasa da, o tarafta kremaster refleksinin alınamıyor olması, hep torsiyon ile uyumlu olan bulgulardır.

Doppler ultrason özellikle, testiküler kanlanmayı göstermesi açısından, tanıda son derece önemlidir. Tanı torsiyon ile uyumlu ise, önce manuel de-torsiyon işlemi denenmeli, bunda başarılı olunursa, daha sonra elektif şartlarda testiküler fiksasyon yapılmalıdır. Ancak, ultrason imkanı yoksa ya da ultrason klinik tablo ile uyumlu değilse ve diğer tüm parametreler torsiyon lehine ise, o zaman, zaman geçirmeden cerrahi eksplorasyon yapmak en güvenli yaklaşım şekli olacaktır. Eksplorasyonda, detorsiyon işlemi sonrasında etkilen testis ve karşı taraf normal testise daha sonraki torsiyon ihtimaline karşın, fiksasyon yapılması önerilmektedir.

Fimozis

Fimozis aslında acil bir durum olmayıp, yenidoğan ve süt çocuklarında doğal olarak görülür ve tedavi gerektirmez. Erkek çocukların yaklaşık %90 kadarında, 3 yaşa kadar prepisyum, glans üzerinden, kendiliğinden retrakte olabilir hale gelecektir. Prepisyumun elle sıyrılması ve hijyenik anlamda temizlik yapılması daha sonra, daha büyük sorunlara yol açacağı için önerilmez. Fimozisin önemi, çok nadiren akut idrar retansiyonuna kadar gidebilecek darlıklara yol açması, ya da balanit ve balanopostit gibi sorunlara zemin

hazırlayabilmesinden kaynaklanmaktadır. Eğer, retansiyona yol açabilecek boyutta fimozis varsa, en ideal çözüm erken sirkumsizyon olup, bunu istemeyen ailelere, düşük doz steroid içeren kremler önerilebilir.

Parafimozis

Prepisyumun glansın gerisine çekilmesi ve daha sonra konjesyone olan prepisyumun tekrar redükte edilememesi sonucu, glansta ödem ve daha sonra beslenme bozukluğu ve gangrene kadar gidebilen bir patolojidir. Etiyolojide, prepisyumun hijyenik nedenlerle ya da muayene sırasında geri sıyrıldıktan sonra, glans üzerine redükte edilmemesi, ya da daha büyük çocukların prepisyumlarını geri sıyırmaları ve bazen de travmatik ve alerjik (sabun, köpük, deterjan nedeni ile kontakt dermatit) nedenler sayılabilir. Tedavide ilk denenmesi gereken, manuel redüksiyon olup, bunda başarılı olunamıyorsa, dorsal slit uygulaması gerekli olabilir.

Postit, Balanit ve Balanopostit

Postit, prepisyumun, balanit ise glansın iltihabı olup, etiyolojide çoğunlukla, stafilokoklar, streptokoklar ve gram negatif bakteriler ve bazen de kandida enfeksiyonları yer alır. Prepisyum ve veya glans, şiş, ağrılı ve hiperemiktir. Sıklıkla, prepisyal açıklıktan dışarı doğru pürülan bir akıntı olduğu görülür. Şiddetli olgularda idrar retansiyonu gelişebilir. Etkin tedavi edilmeyen, gecikmiş olgularda, Fournier gangrenine kadar ilerleyebilen bir klinik tablo gelişme riski söz konusu olabilir. Çoğunlukla, topikal antibiyotikler ve sıcak oturma banyolarına yeterli yanıt vardır. Tekrar eden ataklar varsa, sirkumsizyon önerilmelidir.

Priapizm

Cinsel istek dışında oluşan, uzun ve ağrılı ereksiyonları tarif etmek için kullanılan bir terimdir. Düşük ve yüksek akımlı olmak üzere ikiye ayrılır. Düşük akımlı olanlarda, korpus kavernozumları içinde, düşük oksijen saturasyonu ve pH söz konusu olup, bir kompartman sendromu olarak değerlendirmek yanlış olmaz. İlk 4 saat içinde tedavi edilmez ise, ileride kalıcı ereksiyon bozukluğuna yol açabilir. Yüksek akımlı olanlar, genellikle travmatik (arteriyel travma) nedenlere bağlı olup, düşük akımlı olanlar kadar önemli sorunlara yol açmazlar. Çocuklarda, en sık görülen nedenler, genellikle, orak hücre anemisi (%29-43 arasında priapizm oranı bildirilmektedir), lösemi ya da diğer hiperkuagülopati ile giden durumlardır. Bazen de tamamen idiyopatik olabilir. Kan bozukluğuna bağlı olan durumlarda, altta yatan sorunu düzeltmek, tabloda spontan gerilemeye yol açabilirken, 4 saate yaklaşan durumlarda, kavernozal cisimlerin 21G kelebek set yolu ile verilen salin ile irrigasyonu, gerekirse dilüe fenilnefrin enjeksiyonları ve gene yanıt yoksa, cerrahi yolla, bulbo-kavernozal şant uygulamaları gerekebilir.

Sirkumsizyon Komplikasyonları

Sirkumsizyon bir cerrahi müdahaledir ve ameliyathane koşullarında ve yenidoğanlar hariç, genel anestezi altında yapılmalıdır. Sünnet sonrası yaşanan acil durumlar;

kanama, ciddi enfeksiyonlar ve nadiren idrar retansiyonudur. Kanamaların çoğu, venöz nitelikte olup, elle veya elastik sargı kompresyonu ile durmaktadır. Penis gövdesine yayılmış enfeksiyon durumu söz konusu ise, oral veya nadiren venöz yol ile, sistemik antibiyotik kullanımı gerekebilmektedir. Sünnet sırasında, parisyel ya da komplet amputasyon gelişmesi durumunda ise, ampute kısım bir buz torbası için, mikrocerrahi tecrübesi olan bir çocuk ürolojisi merkezine nakledilmelidir.

İDRAR RETANSİYONU

Çocuklarda, erişkinlerdeki kadar sık rastlanmayan bu klinik tabloya en sık yol açan etiyolojik faktörlerin başında alt üriner sistem disfonksiyonu (nörolojik nedenli olan veya olmayan) gelmektedir. İdrar yolu enfeksiyonları, ciddi kabızlık, lokal inflamatuvar nedenler, ilaç (sempatomimetik vb) yan etkileri, lokal tümör invazyonları (rabdomyosarkoma), benign obstrüktif lezyonlar (posterior ve anterior üretral valvler, ya da üretranın taş ile tıkanması) ve idiyopatik nedenler, etiyolojide yer alabilmektedir. Retansiyon ve glob ile gelen çocuk hastada ilk yapılması gereken, üretral veya suprapubik yol ile yerleştirilen bir kateter aracılığı ile mesanenin boşaltılmasıdır. Daha sonra, etiyolojik faktörlere yönelik detaylı araştırmalar yapılmalı ve uygun tedavi stratejileri belirlenmelidir.

HEMATÜRİ

Makroskopik hematüri, enfeksiyon, taş, tümör, doğumsal anomaliler ya da travma sonucu görülebilir. Eğer künt karın travması ve makroskopik hematüri mevcutsa, hasta stabilize edildikten sonra ilk yapılması gereken, kontrastlı bilgisayarlı tomografi ile, başta böbrekler olmak üzere tüm üriner sistemin, travma açısından değerlendirilmesidir. Pelvik travma mevcut, idrar retansiyonu var ve aynı zamanda üretroraji varsa, üretral kateter uygulamadan önce, mutlaka, retrograd üretrografi çekmek sureti ile, üretra rüptürü riski açısından değerlendirme yapmak gereklidir. Aksi takdirde, kateter uygulanması sırasında, fark edilmeyen bir inkomplet rüptür, komplet rüptüre dönebilir. Enfeksiyon ya da tümör şüphesi olan durumlarda da non-invazivden, invaziv olanlara doğru, gereken görüntüleme yöntemleri ile üriner sistem taranmalıdır. Sınırlı sayıda olguda, üretra ve mesanenin değerlendirilmesi için sistoskopi gerekebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Weiss H.A., Larke N., Halperin D., et al: Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systematic review. *BMC Urol* 10. 2. 2010.
2. Nguyen D.M., Bancroft E., Mascola L., et al: Risk factors for neonatal methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in a well-infant nursery. *Infect Control Hosp Epidemiol* 28. (4): 406-411.2007;
3. Herzog L.W., Alvarez S.R.: The frequency of foreskin problems in uncircumcised children. *Am J Dis Child* 140. (3): 254-256. 1986.
4. McGregor T.B., Pike J.G., Leonard M.P.: Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin. *Can Fam Physician* 53. 445-448. 2007.

5. Ashfield J.E., Nickel K.R., Siemens D.R., et al: Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. *J Urol* 169. (3): 1106-1108. 2003.
6. Sookpotarom P., Porncharoenpong S., Vejchapipat P.: Topical steroid is effective for the treatment of phimosis in young children. *J Med Assoc Thai* 93. (1): 77-83. 2010.
7. Choe J.M.: Paraphimosis: current treatment options. *Am Fam Physician* 16. (12): 2623-2626. 2000.
8. McAleer I.M., Kaplan G.W.: Pediatric genitourinary trauma. *Urol Clin North Am* 22. 177-188. 1995.
9. Seng Y.J., Moissinac K.: Trauma induced testicular torsion: a reminder for the unwary. *J Accid Emerg Med* 17. 381-382. 2000.
10. Morey A.F., Metro M.J., Carney K.J., et al: Consensus on genitourinary trauma: external genitalia. *BJU Int* 94. 507-515. 2004.
11. Burnett A.L.: Therapy insight: priapism associated with hematologic dyscrasias. *Nat Clin Pract Urol* 2. (9): 449-456. 2005.
12. Montague D.K., Jarow J., Broderick G.A., et al: American Urological Association guideline on the management of priapism. *J Urol* 170. 1318-1324. 2003.
13. Maples B.L., Hagemann T.M.: Treatment of priapism in pediatric patients with sickle cell disease. *Am J Health Syst Pharm* 61. 355-363. 2004.
14. Cavusoglu Y.H., Karaman A., Karaman I., et al: Acute scrotum: etiology and management. *Indian J Pediatr* 72. (3): 201-203. 2005.
15. Beni-Israel T., Goldman M., Bar Chaim S.: Clinical predictors of testicular torsion as seen in the pediatric ED. *Am J Emerg Med* 28. 786-789. 2010.
16. Makela E., Lahdes-Vasama T., Rajakorpi H., et al: A 19-year review of paediatric patients with acute scrotum. *Scand J Surg* 96. (1): 62-66. 2007.
17. Lam W.W., Yap T., Jacobsen A.S., et al: Colour Doppler ultrasonography replacing surgical exploration for acute scrotum: myth or reality?. *Pediatr Radiol* 35. (6): 597-600. 2005.
18. Kalfa N., Veyrac C., Lopez M., et al: Multicenter assessment of ultrasound of the spermatic cord in children with acute scrotum. *J Urol* 177. (1): 297-301. 2007.