

Prof. Dr. Tufan TARCAN

Uzm. Dr. İker TİNAY

Üroloji hastalarının değerlendirmesinde ayrıntılı anamnez ve fizik muayene büyük önem taşımaktadır. Üroloji hastasının fizik muayenesi temel olarak kosta-vertebral açı, batin, kasık, genital organlar ve rektum bölgelerine odaklanmaktadır. Üriner semptomları olan kadın hastalarda ek olarak pelvik muayene de yapılmalıdır.

Kostavertebral Açı - Böbrekler

Böbreklerin palpasyonu için, hasta muayene masasına sırtüstü yatmalı ve muayene her iki el kullanarak yapılmalıdır. Böbrek kostavertebral açıya yerleştirilen el ile arkadan yukarı doğru kaldırılırken, diğer el de aynı taraftaki ön batin duvarında kosta sınırının hemen altından nazikçe aşağıya doğru itilir ve hastaya derin nefes alması söylenerek böbrek palpe edilme çalışılır. (Şekil 1) Yetişkin bir hastada; böbrekler diyafram ve kostaaların altında yerleşik olmaları ve bu alandaki iyi gelişmiş kas yapısı nedeniyle normal şartlarda zor palpe edilirler. Sağ taraftaki böbrek, karaciğer nedeniyle sol böbreğe göre daha aşağıda yerleşim göstermektedir. Çocuklarda ve zayıf kadınlarda derin inspiriyum sırasında sağ böbreğin alt polünü palpe etmek mümkündür. Muayene sırasında palpasyon ile saptanan renal kitleler, böbreklerin radyolojik görüntüleme ile ileri değerlendirilmesini gerektirmektedir.



Şekil 1: Böbrek Palpasyonu

Onikinci kosta ve lomber vertebra tarafından oluşturulan kostavertebral açıya yumruk yapılmış elin kenarı ile vurulması, hastada "kostavertebral açı hassasiyeti" diye isimlendirilen bulguya yol açabilmektedir. (Şekil 2) Bu muayene bulgusu piyelonefrit, üriner sistem taşı ya da üriner sistem tıkanıklığı varlığını işaret edebileceği için bu bulgu saptanan hastalar ilgili laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmelidir.



Şekil 2: Kostavertebral açı hassasiyeti değerlendirilmesi

Abdomen - Mesane: Alt batin perküzyonu, mesane distansiyonu tanısı için yol göstericidir. Perküzyona simfizis pubisin hemen üstünden başlanmalı ve seste değişiklik saptanana kadar yukarıya doğru devam etmelidir. Alt batin duvarında yapılacak palpasyon da mesane distansiyonunun ve idrar retansiyonunun tanınmasına yardımcı olmaktadır.

Mesanenin bimanüel (iki elle) muayenesi, hasta için rahatsızlık verici ve ağrılı olabileceği için tercihen anestezi altında yapılmalıdır. Bu yöntemde, kadın hastada mesane, batin duvarı ve vajina arasında palpe edilir. Erkek hastada ise mesane, batin duvarı ve rektum arasında palpe edilir. Bu muayene ile mesanenin mobilitesi, mesane tümörünün lokal yayılımı ve eşlik eden pelvik bölge kitleleri saptanmaktadır.

• Skrotum Ve Testis

Kasık bölgesinin muayenesi hasta ayakta iken yapılmalıdır. Kasık bölgesi fitikleri ya da lenfadenopatiler skrotal ya da kasık bölgesi ağrılarını açıklayabilir. Kasık fitiği muayenesi ile fitik palpe edilebilir.

Spermatik kord muayenesi de hasta ayakta iken yapılmalıdır. Testiküler varikozel genişlemiş ve tortuöz yapıya ulaşan spermatik venlerdir ve hastanın ayakta Valsalva manevrası yapması ile belirgin hale gelmektedir. Epididim, her iki testisin arka yüzünden kaynaklanan ve uzunlamasına seyir gösteren doku katlantısı olarak palpe edilebilir. Testis muayenesinde, testis her iki elin ilk üç parmağını kullanarak her iki yüzünden tutulmalı ve nazikçe testis üzerinde kitle varlığı araştırılmalıdır. İnmemiş ya da yüksek yerleşimli testis varlığında hasta muayenesi sırtüstü pozisyonda yapılır. Hastadan karın kaslarını gevşetmesi istenir ve testisin inguinal kanal ya da skrotum içindeki yeri tespit edilir.

Her iki hemi-skrotumun ya da testislerin arasındaki belirgin asimetri, şişlik, eritem ya da renklenme farklılığı; iltihap, testis torsiyonu, testis tümörü ya da intraskrotal kitle varlığına işaret edebilir. Yeni başlangıçlı testis ağrısı ile başvuran hastada testisin el ile elevasyonu sonrasında testisteki ağrıya azalma olarak tanımlanan "Prenn işareti", akut epididimitin testis torsiyonundan ayırıcı tanısında yardımcı olmaktadır. Skrotumun transiluminasyonu, skrotal kitlenin kistik (hidrosel, spermatosel) ya da solid (tümör) olup olmadığı konusunda yol gösterici olmaktadır. Kitlenin arkasına yerleştirilen ışıklı muayene kalemi ile yapılan muayenede, kistik kitleden ışık kolayca geçerken solid kitle ışığı geçirmemektedir.

Bu bölgenin muayenesi sırasında saptanan anormal ya da şüpheli fizik muayene bulgularının varlığında hasta ileri tanı ve tedavi için üroloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Penis

Penis muayenesi, sünnetsiz hastalarda sünnet derisinin (prepisyum) geri çekilmesi ile yapılmalıdır. Sünnet derisinin geri çekilmesindeki zorluk "fimozis" olarak isimlendirilir ve 4 yaş altında normal bir fizik muayene bulgusudur. Geriye çekilmiş sünnet derisinin tekrar normal pozisyonuna getirilmesindeki zorluk "parafimozis" olarak isimlendirilir ve glans penisin konstriksiyonuna ve ciddi ödeme yol açmaktadır. Bu durum acil ürolojik cerrahi müdahale gerektirmektedir.

Üretral meatusun inspeksiyonu ile hipospadiyas (üretral meatusun, penisin alt yüzünde ve glansin ucundan daha geride yerleşim göstermesi) ya da epispadiyas (üretral meatusun penisin üst yüzünde yerleşim göstermesi) tanıları konulabilir.

Üretral meatusun ya da sünnet derisi altından herhangi bir sıvı gelmesi halinde ilgili sıvı cinsel yolla bulaşan hastalık tanısı için örneklenmelidir. Penis derisinin inspeksiyonu ile saptanabilen vezikül, vart ya da ülserler, cinsel yolla bulaşan hastalıklara ya da maligniteye işaret etmektedir. Aynı lezyonlar üretral meatus içinde de bulunabileceği için, bu tip lezyonların varlığında üretral meatus da dikkatli olarak muayene edilmelidir.

Penis palpasyonu ile penis shaftı boyunca fibröz plaklar ele gelebilir ve bu bulgu hastada Peyronie hastalığı varlığına işaret edebilir.

Erkek Hastada Rektum Ve Prostat Muayenesi

Parmak ile rektal muayene farklı hasta pozisyonlarında gerçekleştirilebilir:

- Hasta ayakta ve muayene masasına doğru belden 90 derece eğilmiş durumda
- Hasta muayene masasında diz-dirsek pozisyonunda ya da
- Hasta muayene masasında sağ ya da sol yan dekübitüs pozisyonunda

Bu muayeneden önce hastanın muayene hakkında bilgilendirilmesi ve hastaya uygun pozisyona yerleşmesi ve muayene için hazır hale gelmesi için süre tanınması gereklidir. Parmak ile rektal muayene, muayene eldiveninin giyilmesi ve işaret parmağına kayganlaştırıcı bir jel sürülmesi sonrası gerçekleştirilir. Önce diğer el ile kalçalar aralanarak inspeksiyon ile anüste eşlik eden hemoroid ya da anal kitle varlığı saptanır. Ardından hastaya bilgi verilerek, kayganlaştırıcı jel sürülmüş olan işaret parmağı nazikçe anüsten içeri itilir. Bu sırada anal sfinkter tonüsü

not edilmelidir. Prostat rektumun ön duvar komşuluğundaki yerleşimi nedeniyle bu bölgede palpe edilebilir. Prostatın üzerinde yapılacak palpasyon ile kitle varlığı araştırılır. Normal prostat dokusunun kıvamı, avuçtaki tenar çıkıntının kıvamına yakındır. Normal büyüklükteki prostat üzerinden parmak ile ileriye doğru ilerlemek mümkündür. Muayene sırasında rektum duvarları rektal kitle açısından değerlendirilmelidir.

Kadın Hastada Ürolojik Pelvik Muayene

Kadın hastanın pelvik muayenesi sırasında muayene odasında, muayeneye yardımcı olması ve hasta konforu için kadın hemşire bulunmalıdır. Standart litotomi pozisyonunda ve bacakların abdüksiyonu sonrasında pelvik muayene yapılmaz.

Eksternal genital organların ve introitusun inspeksiyonu; atrofik değişiklik, vart, ülser ve akıntı varlığı saptanabilir. Üretral meatus inspeksiyonu ile karünkül, kist ve mukozal prolapsus varlığı saptanabilir. Üretranın altında distal yerleşimli şişkinlik olarak saptanabilen üretral divertikülün nazikçe masajı ile üretral meatustan sıklıkla pürülan akıntı meydana gelmektedir.

Genital organ sarkması değerlendirmesi için yapılacak muayenede vajina içine yerleştirilecek bir spekulumun kullanılması gereklidir. Spekulumun vajinanın arka duvarına yerleştirilmesi sonrası vajina ön duvarında saptanabilen sistosel (mesane sarkması) Valsalva manevrası sonrasında daha belirgin hale gelmektedir. Vajina arka duvarının incelenmesi için spekulumun vajinanın ön duvarına yerleştirilmesi sonrası daha önce histerektomi ameliyatı geçirmiş bir hastada Valsalva manevrası ile vajina apeksinin aşağıya doğru sarkması vajinal vault prolapsusuna işaret etmektedir. Bu duruma sıklıkla enterosel (ince bağırsak sarkması) eşlik etmektedir ve bu patoloji vajen arka duvarında üst kesiminde apekse yakın alanda saptanmaktadır. Yine aynı manevra ile vajina arka duvarında daha aşağı yerleşim gösteren rektosel (rektum sarkması) da saptanabilmektedir. Uterusun çeşitli derecelerde vajina içine sarkması (uterin prolapsus) durumunda hasta, sarkmanın derecesinin belirlenmesi için ayakta da muayene edilmelidir.

İç çamaşırında ıslanma şikâyeti ile gelen kadın hastalarda pelvik muayene sırasında öksürmesi istenir ve bu sıradan meydana gelen idrar kaçağı hastanın stres tipte idrar kaçırma açısından ileri değerlendirmesi için yol göstericidir. Yine bu hastalarda spekulum ile yapılan vajina muayenesi sırasında, vajen duvarlarında fistül ağzı varlığı ve bu alanlardan idrar ya da pürülan akıntı izlenebilir.

Bu bölgenin muayenesi sırasında saptanan anormal ya da şüpheli fizik muayene bulgularının varlığında hasta ileri tanı ve tedavi için üroloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Üroloji Hastasının Kısıtlı Nörolojik Muayenesi

Nörolojik değerlendirme sırasında; perineal bölgenin hissiyatı, anal tonüs, bulbokavernöz ve kremasterik refleksler değerlendirilmelidir.

Bulbokavernöz refleksi, perine ya da genital organların uyarılması sonrasında pelvik tabanın çizgili kaslarının refleksi kontraksiyonudur. Kayganlaştırıcı jel sürülmüş olan işaret parmağının rektuma yerleştirilmesi sonrasında diğer el ile penis ya da klitoris nazikçe sıkılır. Hastada üretral kateter varlığında, kateter nazikçe çekilerek de bu refleksi tetiklenebilir. Eğer bu refleksi arka sağlam ise, anal sfinkterin sıkılaştığı hissedilir ve izlenir. Sakral spinal kord ve de periferik sinir lezyonlarında bu refleksi saptanmayabilir.

Kremasterik refleksi, uyluk bölgesinin iç kesiminin yukarıdan aşağıya doğru kibarca çizilmesi ile tetiklenir. Bu uyarı ile normal erkek hastada kremasterik kas kasılır ve ipsilateral yerleşimli hemiskrotum ve testis elevasyonu gerçekleşir. Bu refleksin çocuklarda aşırı aktif olması, yanlış inmemiş testis tanısı konmasına yol açabilmektedir. Yine testis torsiyonu ve akut epididimit ayırtıcı tanısında, testis torsiyonu olan tarafta kremasterik refleksin alınamaması hasta değerlendirmesinde yardımcı olmaktadır.