HEMATÜRİ

Doç. Dr. Mehmet Koç

Tanı Kriteri

İdrarda kan görülmesi
Santrifüje edilmiş idrarın mikroskopik incelemesinde büyük büyütme alanında (40X) ortalama 2-3'den fazla eritrosit izlenmesi.

Klinik Bulgular ve Ayırıcı Tanı:

İdrara hematürik idrar izlenimi veren doxorubicin, chloroquine, deferoxamine, rifampicin gibi ilaçlarla, gıda renklendiricileri, melanin, porşrin, ürat gibi pigmentlerin öykü ile ekarte ve şüphenin devam etmesi halinde idrarın mikroskopik analizinde hematüri aranması önemlidir.

Gross hematüri ile başvuran kişilerin idrarlarını üç ayrı tüpe toplamaları istenir. Birinci tüpe ilk bir kaç mililitrelik idrar alınır. Bu idrarın gross olarak hematürik olması öncelikle mesane ve üretra problemlerini düşündürür. Üçüncü tüpe alınan son bir kaç mililitrelik idrarın ise hematürik olması mesane boynuna yakın bir probleme delalet eder. Her üç tüpün de kırmızı olması ise renal bir problemi, yada yaygın bir mesane patolojisini düşündürür.

İdrar sedimi incelemesi: Konsantre bir idrarın (sabah ilk idrarı gibi) sedimentinin boyanarak incelenmesinde eritrositlerin çoğunluğunun dismorfik olarak izlenmesi glomerüler kaynaklı bir hematüriyi düşündürür. Eritrositlerin izomorşk olması ise glomerüler olmayan bir hematüriyi (üst üriner veya alt üriner sistem kaynaklı, bkz Tablo 1) öncelikle akla getirir. Bunun yanısıra idrar incelemesinde proteinüri varlığı, lökosit ve eritrosit silendirlerinin varlığı da bir renal patolojiyi öncelikle düşündürür. Renal patoloji düşünülen hastalarda detaylı bir öykünün alınması ve en temel olarak böbrek fonksiyonlarının (üre ve kreatinin) tespit edilmesi ve bunun ardından daha detaylı taramalara geçilmesi uygun olacaktır. Bir üst solunum yolları enfeksiyonunun hemen ardından başlayan hematüri öncelikle IgA nefropatisini akla getirirken özellikle post-streptokokkal bir enfeksiyon sonrası yaklaşık 2 hafta sonra gelişen hematüri (çoğu zaman ödem, oligüri ve hipertansiyon ile birlikte) ise post-streptokokkal glomerülonefriti düşündürür.

Hematüri ile birlikte idrar miktarında azalma ve ABY tablosu (hızla yükselen kreatinin değerleri ile birlikte) poliarteritis nodoza, Wegener granulomatosis, Churgh-Strauss sendromu, Goodpasture sendromu gibi hızlı ilerleyici glomerülonefrit sebeplerini akla getirmelidir.
Hematüri ile başvuran kişilerin aile öykülerinde ürolithiazis, otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı, glomerülonefrit, kronik böbrek hastalığı öykülerinin alınması önemlidir.
Disüri, sık idrara çıkma, idrara sıkışma, gibi semptomlar idrar yolları infeksiyonunu düşündürür. Bu hastalarda böğür ağrısı ile birlikte ateş varlığı pyelonefrit lehine yorumlanabilir. Sık tekrarlayan idrar yolları infeksiyonu öyküsü alınması halinde anatomik problemlerin varlığı araştırılmalıdır.
Renal kolik tarzında ağrı ile birlikte hematüri (bazen makroskopik de olabilir) ürolithiazis ve diyabetik hastalarda papilla nekrozunu akla gelmelidir. Renal kolikle gelen bir hastada idrar yolları obstrüksiyonu ekarte edilmelidir. Günümüzde tanı amacıyla kontrastsız ince kesitli tomografi ve USG en uygun tetkiklerdir.
Orta ve ileri yaşlı kişilerde ve aralıklı hematüri ile başvuran kişilerde ürogenital sistem tümörleri mutlaka ekarte edilmelidir.

Laboratuvar tetkikler:

İdrar yolları enfeksiyonu ve pyelonefrit düşünülen hastalarda tüm idrar tahlili, idrar kültürü ve gerekirse kan kültürü alınmalıdır. Ürolojik kaynaklı hematüri ayırıcı tanısında ultrasonograf, kontrastsız ince kesitli tomografi, sitolojik incelemeler ve gerekirse sistoskopi, üreteroskopi gibi endo-ürolojik girişimler yapılabilir. Üriner sistem tüberkülozu için idrarda ARB, mycobacterium kültürleri, idrarda mycobacterium için PCR incelemeleri yapılmalıdır.
Glomerüler bir patoloji düşünülen hastada böbrek fonksiyon testlerinin tespiti ve gerekirse uygun aralıklarla takibi, idrar tetkiklerinde protein atılımlarının tespiti, primer ve sekonder glomerülonefrit düşünülen vakalarda serolojik belirteçlerin (hepatit serolojileri, ANA, Anti-DNA, ANCA, C3, C4, vb) bir nefrologla koordineli olarak incelenmesi uygun olacaktır.
Gerekirse renal biyopsi alınması ve sonuçlarına göre tedavi planlaması yapılmalıdır.

Tedavi:

Üst üriner sistem infeksiyonlarında antibiyotik tedavisine hemen başlanmalı ve kültürantibiyogram sonuçlarına göre gerekirse antibiyotik değiştirilmesi yapılmalıdır. Ürolithiazis tanısı ile başvuran hastalarda obstrüksiyon varlığının mutlaka ekarte edilmesi gereklidir (hidronefroz, gibi bulgular). Ardından semtomatik olarak analjeziklerle birlikte bol hidrasyona başlanmalıdır. Obstrüksiyon varlığında ise ürolojik değerlendirmenin en kısa zamanda yapılması sağlanmalıdır.

Glomerülonefrit vakalarında çoğu zaman renal biyopsi sonuçlarına göre tedavi planlanır. Hızlı ilerleyici glomerülonefrit düşünülen vakalarda diğer akut böbrek yetmezliği sebeplerine yönelik öykü ve tetkiklerin süratle yapılması gereklidir. Bu hastalarda zaman zaman renal biyopsi yapılmadan dahi immünosüpresif tedavilere başlanması gerekebilir. Post infeksiyöz glomerülonefritli hastalarda altta yatan infeksiyonun tedavisi ilk seçenek olmalıdır. Glomerülonefritli hastalarda oligüri-anüri zemininde sıvı yüklenme bulguları, hipertansiyon ve hiperkalemi gibi hayatı tehdit edici bulgulara tıbbi tedavilerle ve gerekirse hemodiyaliz tedavisi ile müdahale edilmelidir.

Renal tüberküloz tanısı konulan hastalarda klavuzlar eşliğinde uygun ilaçlarla ve yeterli sürede tedavi verilmelidir. Diğer hematüri sebeplerinde ise etiyolojilere yönelik özgün tedavilere geçilmelidir.

Takip

Hematüri vakalarının etiyolojilerine göre dahiliye, nefroloji ve üroloji bölümlerince takibi önerilir.

Kaynaklar:

1- Cohen RA. Microscopic hematuria. New Engl J Med 2003; 348: 2330-2338.
2- Glassock RJ. Hematuria and pigmenturia. In: Massry SG, Glassock RJ,editors. Massry and Glassock's Textbook of Nephrology, 4th ed.Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001:503-508.
3- Grossfeld GD, Wolf Jr S, Litwin MS, Hricak H, Shuler CL, Agerter DC, Carrol PR. Asymptomatic microscoic hematuria. Am Fam Physician 2001; 63: 1145-1154.
4- Mazhari R, Kimmel PL. Hematuria: An algorithmic approach to şnding the cause. Cleveland Clin J of Med 2002; 69: 870-884.
5- Thaller T, Wang LP. Evaluation of microscopic hematuria in adults. Am Fam Physician 1999; 60: 1143-1154.