

هماچوری در بیماران ارولوژیک

حمید شافی (MD)^{۱*}، علی بیژنی (MD)^۲، مریم رحیمی (BSc)^۲، ندا امانی (BSc)^۲

۱- مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری حضرت فاطمه الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر کودکان امیرکلا، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۲/۱۲/۱۸، اصلاح: ۹۲/۲/۱۰، پذیرش: ۹۳/۴/۱۹

خلاصه

سابقه و هدف: هماچوری، وجود خون در ادرار و یکی از مهمترین اختلالات ادراری است که به سادگی مشخص می‌شود. هماچوری در بزرگسالان باید به عنوان نشانه‌ای از بدخیمی اورولوژی در نظر گرفته شود تا زمانی که خلاف آن ثابت شود.

مواد و روشها: در این مطالعه ۲۸ مقاله انگلیسی و ۷ مقاله فارسی که در سال‌های ۹۱-۱۳۷۰ در پایگاه‌های Iranmedex و Magiran قرار گرفتند با استفاده از واژه‌های هماچوری، سرطان دستگاه ادراری، عفونت و تروما و مقالات انگلیسی زبان نیز که در سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۰ در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed و Scopus و Sciencedirect قرار گرفتند با واژه‌های کلیدی Hematuria; Kidney injuries; Bladder cancer مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین از کتاب‌های Nelson, Cambells, Surgery(Oxford), Urologic Truma استفاده گردید.

یافته ها: هماچوری نشان دهنده وجود خونریزی در سیستم مجاری ادراری می‌باشد. خونریزی ممکن است به یکباره بوده یا اینکه مکرر باشد. بروز سرطان ارولوژی در بیماران با علامت فرانک هماچوری (هماچوری که با چشم مسلح دیده می‌شود) بین ۱۸/۹-۲۴/۲٪ گزارش شده است که معمولاً در تومورهای مثانه و کلیه دیده می‌شود. در ۹۰-۸۵٪ بیماران مبتلا به سرطان مثانه اولین علامت بیماری، هماچوری بدون علامت یا بدون درد می‌باشد. عفونت سیستم ادراری (UTI) شایع‌ترین عفونت باکتریایی است. زنان و مردان مسن معمولاً دچار عفونت مجاری ادراری می‌شوند که در برخی موارد با هماچوری همراه است. طبق آمار موجود تقریباً در ۱۰٪ بیماران که به علت تروما به مراکز اورژانس مراجعه می‌نمایند آسیب دستگاه ادراری تناسلی دیده می‌شود.

نتیجه گیری: علل ایجادکننده هماچوری از علت بی‌خطر مثل عفونت تا علل خطرناکی مثل بیماری‌های کلیوی یا سرطان‌ها متفاوت می‌باشد.

واژه های کلیدی: هماچوری، صدمات کلیه، سرطان مثانه.

مقدمه

است، Frank Hematuria یک نشانه بسیار مهم در ارولوژی می‌باشد که نیاز به ارجاع فوری و ارزیابی دارد (۱۰). خونریزی روشن بیشتر از خونریزی میکروسکوپی نشان‌دهنده بیماری جدی از جمله سرطان‌های دستگاه ادراری می‌باشد. زیرا در مراحل انتهایی بیماری بروز پیدا می‌کند. اما خونریزی میکروسکوپی نیاز به بررسی و اقدامات تشخیصی و درمانی دارد (۱۱). از آنجاییکه ادرار خونی به وسیله یکی از اعضای دخیل در تولید یا انتقال ادرار ایجاد می‌شود، ارزیابی هماچوری به بررسی کل دستگاه ادراری نیاز دارد. هماچوری ممکن است نشانه‌ای از بیماری داخلی کلیه (نفرولوژی) باشد که جهت افتراق آن از دیگر بیماری‌های اورولوژی مانند تومور و سنگ، عدم وجود لخته‌های خونی، وجود Cast در ادرار و پروتئینوری قابل ملاحظه می‌باشد (۱۲). هماچوری در بیماری‌های پارانئیم کلیه معمولاً با پروتئینوری همراه است که میزان آن از ۱۰۰ تا ۳۰۰ mg/dl بیشتر نمی‌باشد اما در بیماری‌های ارولوژیک هماچوری

هماچوری، وجود خون در ادرار و یکی از مهمترین اختلالات ادراری است که به سادگی مشخص شده و دلیل اصلی ۲۰٪ از مراجعه‌کنندگان به اورولوژیست‌ها می‌باشد (۳-۱). تشخیص هماچوری از طریق آزمایش Urine Analysis می‌باشد که پس از تشخیص دقیق هماچوری، جهت پیگیری از تست‌های انعقادی، اقدامات رادیوگرافیک مانند سونوگرافی، Intravenous pyelogram یا CTscan بعضاً استفاده می‌گردد (۳). جهت بررسی بیشتر ممکن است از سیستوسکوپی، سیتولوژی و یا نمونه برداری از بافت نیز استفاده می‌گردد (۴-۶). وجود حداقل ۳ گلبول قرمز یا بیشتر در یک میدان میکروسکوپی ادرار را هماچوری می‌گویند (۷) که به دو صورت میکروسکوپی (مشاهده با چشم مسلح) و ماکروسکوپی (یک میلی لیتر خون در ۱۰۰۰ میلی لیتر ادرار (۸) طبقه‌بندی شده است (۹). خونریزی واضح (Frank Hematuria) که به آن Grass Hematuria هم گفته می‌شود با چشم غیر مسلح قابل مشاهده

* مسئول مقاله: دکتر حمید شافی

آدرس: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، بخش ارولوژی، تلفن: ۰۱۱-۳۲۳۳۸۳۰۱-۳

E-mail: dr_hamidshafi@yahoo.com

(Frank Hematuria) بین ۲۴/۲٪-۱۸/۹٪ گزارش شده است که معمولا در تومورهای مثانه و کلیه دیده می‌شود (۲۳-۲۱).

سرطان مثانه چهارمین سرطان شایع در مردان و دهمین سرطان شایع در زنان است که در ۲/۳ بیماران عود مجدد دارد (۲۴). شایعترین علامت بالینی در ۹۰-۸۵٪ بیماران مبتلا به سرطان مثانه، هماجوری بدون علامت یا بدون درد می‌باشد (۲۵و۲۶). شکایت هماجوری در مردان بالای ۴۰ سال باید با اقدامات تشخیصی جدی پیگیری گردد (۲۷). سرطان مثانه در افراد سیگاری ۴ برابر شایع‌تر از جمعیت عمومی است (۲۸). در تشخیص سرطان مثانه ارزیابی معمولا شامل سیتولوژی ادرار، سونوگرافی کلیه، IVP و سیستوسکوپی می‌باشد (۲۱) که سیستوسکوپی یک ابزار کلیدی مهم است که اطلاعات با ارزشی در مورد وضعیت تومور ارائه می‌دهد. برداشتن تومور مثانه از طریق پیشابراه (Transurethral resection of bladder tumour) یک روش تشخیصی درمانی با تهاجم کم است که اطلاعات مفیدی در مورد پاتولوژی، Grade و Stage بیماری در اختیار پزشک قرار می‌دهد (۲۹). بررسی ادرار از نظر سیتولوژی یک روش تشخیصی مهم در شناسایی سرطان دستگاه ادراری به خصوص در نوع کارسینوما High grade می‌باشد (۳۱و۳۰).

حدود ۴۸۰۰۰۰ بیمار مبتلا به سرطان کلیه در سال ۲۰۰۰ در دنیا زندگی می‌کردند که از این تعداد ۹۱۰۰۰ مورد مرگ ناشی از سرطان گزارش شده‌است (۳۲). هماجوری شایع‌ترین عارضه بدخیمی در سرطان مثانه و رتال سل کارسینوما می‌باشد. همچنین هماجوری بیشتر در سرطان پیشرفته پروستات دیده می‌شود (۳۳). اکثر مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط مثبتی بین سرطان کلیه با مصرف سیگار و چاقی وجود دارد (۳۴). سرطان کلیه در افراد سیگاری ۲/۵-۱/۴ برابر شایع‌تر از جمعیت عمومی است (۳۵). بیشتر تومورهای کلیه با درد پهلوی هماجوری و توده تظاهر می‌نمایند (۳۶). سرطان پروستات شایع‌ترین سرطان بدخیم و دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان بعد از سرطان ریه در مردان است (۳۷و۳۸). بزرگی خوش خیم پروستات از علل شایع هماجوری در مردان بالای ۶۰ سال است که اغلب اولیه یا در مراحل پایانی است (۳۹). با توجه به افزایش روزافزون سرطان در ایران، آموزش مردم، بیماران و همچنین پزشکان عمومی برای آشنایی بیشتر با علائم اولیه بیماری و ارجاع فوری بیماران برای درمان و یا حتی پیشگیری از ادامه رشد سرطان بسیار ضروری می‌باشد.

هماجوری و عفونت: حذف یک بدخیمی ادراری مهم‌ترین دلیل برای بررسی هماجوری است (۴۱و۴۰). میکروهماجوری می‌تواند در افراد به ظاهر سالم و نیز یک یافته شایع در بیماران بدون علامت و بیماران علامت دار با درد پهلوی باشد (۴۲). در هر دو حالت هماجوری با و بدون علامت می‌تواند یک راه تشخیص افتراقی گسترده‌ای اعم از یک بیماری کم اهمیت به یک بیماری تهدید کننده زندگی باشد (۴۳). هماجوری بطور سنتی نشانگر وجود سنگ ادراری در بیماران مراجعه کننده با درد پهلوی به اورژانس می‌باشد (۴۴). برای تعیین ارتباط بین هماجوری و سنگ، سونوگرافی، IVP و سی تی اسکن از شکم و لگن از راه‌های تشخیصی می‌باشد (۴۵). هماجوری واضح نشان دهنده یک عفونت ادراری ساده یا عفونت مزمن مانند سل دستگاه ادراری باشد (۳۳و۳۰).

عفونت سیستم ادراری (Urinary Tract Infections) شایع‌ترین عفونت باکتریایی است که می‌تواند به دو صورت علامت دار و بدون علامت باشد (۴۶). زنان و مردان مسن معمولا دچار عفونت مجاری ادراری می‌شوند که در

معمولا بدون پروتینیوری دیده می‌شود که یکی از دلایل افتراق علت هماجوری از ارولوژی به پارانیشیم کلیه است. هماجوری در بزرگسالان باید به عنوان نشانه‌ای از بدخیمی ارولوژی در نظر گرفته شود تا زمانی که خلاف آن ثابت شود در ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به هماجوری بدخیمی دیده شده است (۱۳). ادرار خونی ممکن است نشانه‌ای جدی اما قابل درمان برای بیماری‌هایی مانند سرطان، سنگ، عفونت‌های باکتریایی و ویروسی، التهابات غیراختصاصی کلیه، استفاده از دارو، بزرگ شدن خوش خیم پروستات، ورزش و همچنین تروما باشد (۱۷-۱۴). در مواردی نیز علت کشف نمی‌شود که معمولا این موارد خطرناک نیست (۱۳). برای جلوگیری از پیامدهای نامطلوب و کاهش عوارض بیماری ارتباط بین متخصصان بهداشت و سلامت ضروری می‌باشد (۱۸). حدود بیش از ۷۰٪ از بیماران ارولوژیک به دلیل هماجوری ماکروسکوپی و یا میکروسکوپی ارجاع داده می‌شوند که بعضا ممکن است از بیماری‌های بی‌اهمیت تا سرطان‌های مختلف از جمله مثانه، کلیه و یا پروستات منشا بگیرند. تشخیص به موقع هماجوری می‌تواند موجب پیشگیری، درمان اینگونه علائم یا عوارض، کاهش میزان از کارافتادگی دائم یا موقت و همچنین دستیابی به استانداردهای مراقبتی بالاتر شود. دلیل اصلی بررسی‌های پزشکی در هماجوری اثبات یک علت خاص نیست بلکه رد یک مشکل جدی مثل وجود تومور است. پیشگیری این یافته در بالغین همواره مورد سوال و بحث بوده است زیرا هماجوری به عنوان یک علامت می‌تواند مطرح‌کننده بیماری‌های کلیوی یا خارج کلیوی باشد (۱۹). با توجه به اینکه در اکثر تحقیقات وجود خون در ادرار جزء علائم اصلی یا عوارض برخی از بیماری‌ها گزارش می‌شود در این بحث نقش هماجوری در سرطان ها، عفونت و تروما مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روشها

در این تحقیق مقالات فارسی زبان که در سال‌های ۹۱-۱۳۷۰ در پایگاه‌های Iranmedex و Magiran قرار گرفتند با استفاده از واژه‌های هماجوری، سرطان دستگاه ادراری، عفونت و تروما و مقالات انگلیسی زبان نیز که در سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۰ در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed و Scopus و Sciencedirect قرارگرفتند با واژه‌های کلیدی Hematuria; Kidney injuries; Bladder cancer مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه ۳۷ مقاله انگلیسی و ۱۲ مقاله فارسی مورد بررسی قرار گرفت و همچنین از کتاب‌های Nelson, Campbells, Urologic Truma, Urology Surgery(Oxford), Iranian Text book of Urology نیز استفاده گردید.

یافته ها

هماجوری و سرطان: در ایران میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرعفونی در حال افزایش است (۲۰). براین اساس سرطان یک معضل تهدیدکننده برای سلامت جامعه شناخته شده است. طبق آخرین گزارش وزارت بهداشت، سرطان پس از بیماری‌های قلبی و تصادفات، سومین عامل مرگ در ایران است (۲۰). بروز سرطان ارولوژی در بیماران با علامت هماجوری واضح

دستگاه ادراری تناسلی می‌باشد که شایع‌ترین علت آن خودزنی در بیماران روانی می‌باشد و با شیوع کمتر می‌توان به تصادفات و درگیری‌های جنگی و درگیری‌های شخصی اشاره نمود که موجب هم‌چوری می‌گردد (۵۸). ترومای ماژور دستگاه ادراری تروماهایی هستند که نیاز به مداخله جراحی دارند، تقریباً ۱۵-۱۰٪ از صدمات کلیوی، از دسته تروماهای ماژور می‌باشند با اینکه میزان بروز تروماهای ماژور پائین است ولی اهمیت آن در این است که امکان نادیده گرفتن این گونه تروماها وجود دارد (۴۸).

خونریزی داخل شکمی، پرتونیت، عفونت خون، یورینوما، استعداد ایجاد سنگ، پیلونفریت و بی‌اختیاری ادراری از عوارض این گونه از تروماها می‌باشد. در خصوص نحوه تشخیص ترومای وارد شده در اغلب موارد، سی تی اسکن اولین آزمونی است که در بیماران دچار ترومای‌های غیر نافذ شکمی انجام می‌شود (۵۹). بیماران مشکوک به ترومای ادراری، بیمارانی هستند که با زخم پهلو یا پشت، همتوم رتروپریتونئ، ترومای لگن و یا هم‌چوری مراجعه می‌کنند (۵۱). تشخیص صحیح میزان آسیب‌های وارد شده به سیستم ادراری موجب توجه بیشتر به پیشگیری و درمان اینگونه صدمات و کاهش میزان از کار افتادگی دائم یا موقت و دستیابی به استانداردهای مراقبتی بالاتر می‌شود (۶۰).

سایر موارد

عوامل دیگری نظیر اختلالات انعقادی (در اثر تداخل بین بافت‌های تحت اندوتلیالی آسیب دیده شروع و در نهایت به تولید فیبرین منجر می‌گردد) (۶۱)، لیز خون (پاره شدن غیر طبیعی گلبول‌های قرمز خون) (۶۲)، بیماری پلی کیستیک کلیه (ایجاد و بزرگ شدن کیست‌های متعدد در هر دو کلیه) (۶۳)، رادیوتراپی و تعدادی از عوامل شیمی‌درمانی، مانند سیکلوفسفامید (۱۳) موجب بروز هم‌چوری در افراد می‌شوند (۱۳) ولی ابتدا باید علل دیگر هم‌چوری رد شود (۳۳).

نتیجه گیری

بیماری‌های دستگاه ادراری معمولاً بدون علامت هستند و ممکن است منجر به نارسائی در این سیستم شوند. هم‌چوری نشانه‌دهنده وجود خونریزی در سیستم مجاری ادراری می‌باشد. خونریزی ممکن است به یکباره بوده یا اینکه مکرر باشد. علل ایجادکننده این حالت از علل بی‌خطر مثل عفونت‌ها تا علل خطرناکی مثل بیماری‌های کلیوی یا سرطان‌های سیستم ادراری و پروستات متفاوت می‌باشد. بنابراین آشنایی با نحوه برخورد و درمان بیماران آسیب دیده از مهارت‌هایی است که رده‌های پزشکی و پیراپزشکی و مردم عادی در سطوح مختلف باید داشته باشند. ارولژیست‌ها مانند هر پزشک دیگری قبل از تمرکز به دستگاه ادراری، بیمار را باید بطور کامل بررسی کند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی بابل، تقدیر و تشکر می‌گردد.

برخی موارد با هم‌چوری واضح همراه است. مردان بالای ۵۰ سال ممکن است بدون هیچ علامتی عفونت داشته باشند و تشخیص آن با آزمایش میکروسکوپ، کشت از نمونه ادرار تازه می‌باشد (۱۳). در خانم‌ها پس از درمان عفونت ادراری و آزمایش استریل ادراری پس از ۶ هفته، احتیاج به اقدامات تشخیصی بیشتری نمی‌باشد (۳۳). بهترین اقدامات لازم برای کاهش مشکل، شناخت عوامل بیماری‌زا می‌باشد. با توجه به اهمیت هم‌چوری، کاهش هزینه‌های درمان آن و توجه بیشتر به پیشگیری و آموزش افراد از هدف‌های اصلی این طرح می‌باشد.

هم‌چوری و تروما: سوانح و حوادث یکی از مشکلات عمده بهداشتی، درمانی و اجتماعی است. افزایش تردد وسایل نقلیه و میزان نزاع و خشونت منجر به شیوع بیشتر حوادث گردیده است (۴۷). در ۱۰٪ بیماران که به علت تروما به مراکز اورژانس مراجعه می‌نمایند آسیب دستگاه ادراری- تناسلی دیده می‌شود (۴۸). ترومای وارده به دستگاه ادراری- تناسلی طیف گسترده‌ای را شامل می‌شود که می‌تواند ارگان‌هایی نظیر کلیه، حالب، مثانه، مجاری ادراری، آلت تناسلی، اسکروتوم و بیضه‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۵۰ و ۴۹). کلیه شایع‌ترین محل تروما به سیستم ادراری می‌باشد که از خلف توسط عضلات پسواس و کوادرتوس لومبارم و نیز دنده‌های ۱۲ و ۱۱، از قدام توسط عضلات شکم و احشای داخل صفاق محافظت می‌شود و حدود نیمی از تروماهای وارد شده به سیستم ادراری تناسلی را به خود اختصاص می‌دهد. صدمات وارد شده ممکن است غیر نافذ (تصادف با اتومبیل یا موتورسیکلت و سقوط از ارتفاع، صدمات ورزشی) یا نافذ (زخم ناشی از گلوله، چاقو) باشد (۵۱). عموماً در کشورهای غربی صدمات غیر نافذ شکمی (Blunt) ۹۰-۸۰٪ آسیب‌های کلیوی را شامل می‌شود (۵۲). تصویربرداری کلیه در تروما بر اساس هم‌چوری می‌باشد. در تمامی بیماران با تروما غیر نافذ که در آن‌ها هم‌چوری واضح یا آزمایشگاهی دیده شود باید تحت بررسی قرار گیرند (۵۳). مثانه به علت کالبدشناسی خاص و قرارگرفتن در محفظه لگن معمولاً در تروماهای معمولی دچار آسیب نمی‌شود. لذا وجود آسیب نشان دهنده شدت ضربه وارده بوده و اکثراً با آسیب‌های دیگر همراه و مورتالیتی بالایی دارد. فردی که دچار شکستگی لگن شده در صورت وجود هم‌چوری حتی میکروسکوپی باید از لحاظ مثانه بررسی شود (۵۴). پارگی‌های مثانه معمولاً بدنال صدمات خارجی و یا دستکاری دستگاه ادراری ایجاد می‌گردد. پارگی‌های خودبخودی مثانه بیشتر در ارتباط با یک فاکتور مستعدکننده مانند التهاب مثانه، بدخیمی، انسداد مجرا، سل مثانه، بیماری‌های عصبی مثانه، مسمومیت با الکل، التهاب مثانه در اثر اشعه درمانی، دیورتیکول مثانه، افتادگی واژن و یا در بیمارانی که تحت سیستم‌کوپ و یا جایگزینی روده بجای مثانه قرار گرفته‌اند را شامل می‌شود (۵۵). ترومای حالب به دو دسته ترومای خارجی و آسیب ناشی از اقدامات پزشکی تقسیم می‌شود که قسمت اعظم ترومای وارد شده به حالب را تشکیل می‌دهد. در اعمال جراحی ارگان‌های دیگر مانند جراحی زنان و زایمان، یوروتوسکوپ (Trans ureterol lith tripsy) و یا در اعمال جراحی عروق بزرگ و کولون امکان آسیب به حالب وجود دارد (۵۶).

هم‌چوری در ترومای حالب زیاد کمک کننده نیست. لذا تصویربرداری تنها ابزار تشخیص در دسترس می‌باشد (۵۷). آمپوتاسیون پنیس از ترومای ناشایع

Hematuria in Urologic Patients

H. Shafi (MD)^{*1}, A. Bijani (MD)², M. Rahimi (BSc)³, N. Amani (BSc)³

1. Fatemeh Zahra Infertility and Reproductive Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran.

2. Non-Communicable Pediatrics Diseases Research Center, Amirkola Children Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran.

3. Clinical Research Development Center, ShahidBeheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran.

J BabolUniv Med Sci;16(12); 2014; PP: 62-8

Received: Mar 9th 2014, Revised: Apr 30th 2014, Accepted: Jul 10th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Hematuria is blood in the urine and one of the most common disorders of the urinary tract, which is characterized by its simplicity. Hematuria in adults should be considered as a sign of urologic malignancy until proven otherwise.

METHODS: In this study, 28 articles in English and 7 articles in Persian were reviewed. Persian articles with Key words including hematuria, infection and trauma were surveyed in Iranmedex and Magiran(1991- 2012) and English articles with key words including kidney injuries, hematuria and bladder cancer were surveyed in PubMed, Scopus and Sciencedirect(1990-2012). Also the books: Nelson, Campbell, Surgery(Oxford), Urologic Trauma were used.

FINDINGS: Hematuria is indicative bleeding in urinary tract. Bleeding may be occurred suddenly or frequently. Incidence of urological cancer in patients with Frank hematuria reported between 18.9% - 24.2% that usually are seen in bladder and kidney tumors. In 85-90% patients with bladder cancer, first sign is hematuria with no sign or pain. Urinary tract infection (UTI) is the most common bacterial infection. Urinary tract infections are common in older men and women who are associated in some cases with hematuria. According to statistics, injuries in genitourinary system are seen almost in 10% of patients who referred to emergency centers because of trauma.

CONCLUSION: The causes of hematuria from benign causes such as infections to serious causes such as kidney disease or cancer are different.

KEY WORDS: Hematuria, Kidney injuries, Bladder cancer.

Please cite this article as follows:

Shafi H, Bijani A, Rahimi M, Amani N. Hematuria in urologic patients. J Babol Univ Med Sci. 2014;16(12): 62-8.

*Corresponding Author; H. Shafi (MD)

Address: Department of Urology, ShahidBeheshti Hospital, Babol, I.R. Iran

Tel: +98 11 32238301-3

E-mail: dr_hamidshafi@yahoo.com

References

1. Kirkpatrick WG. Hematuria. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Clinical methods: the history, physical, and laboratory examinations. 3rd ed. Boston: Butter Worths 1990; p:184.
2. Stoffel JT, Moinzadeh A, Hansen M. Identification of common themes from after-hour telephone calls made to urology residents. *Urology* 2003;62(4):618-21.
3. McDonald MM, Swagerty D, Wetzel L. Assessment of microscopic hematuria in adults. *Am Fam Physician* 2006 ;73(10):1748-54.
4. Hageman M, Aronsen T, Tiselius HG. A simple device (Hemostick™) for the standardized description of macroscopic hematuria: our initial experience. *Scand J Urol Nephrol* 2006;40(2):149-54.
5. Davies JM. Two aspects of the epidemiology of bladder cancer in England and Wales. *Proc R Soc Med* 1977;70(6):411-3.
6. Droller MJ. Bladder cancer: current diagnosis and treatment (current clinical urology). Humana Press 2001. <http://www.amazon.com/Bladder-Cancer-Diagnosis-Treatment-Clinical/dp/0896038181>
7. Behrman R, Kliegman R, Jenson H, eds. Conditions associated with hematuria and proteinuria. In: Bergerstein J. Nelson text book of pediatrics. 16th ed. Philadelphia: Pennsylvania Saunders 2000; pp:1375-6.
8. Hageman N, Aronsen T, Tiselius HG. A simple device (Hemostick) for the standardized description of macroscopic haematuria: our initial experience. *Scand J Urol Nephrol* 2006;40(2):149-54.
9. Kelly JD, Fawcett DP, Goldberg LC. Assessment and management of non-visible haematuria in primary care. *BMJ* 2009;338:a3021.
10. Wallace DM, Bryan RT, Dunn JA, Begum G, Bathers S; West Midlands Urological Research Group. Delay and survival in bladder cancer. *BJU Int* 2002;89(9):868-78.
11. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C, eds. Campbell-Walsh urology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012; p:75.
12. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C, eds. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012; p:87.
13. Choong SKS, Walkden M, Kirby R. The management of intractable haematuria. *BJU Int* 2000;86(9): 951-9.
14. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007;57(1):43-66.
15. Messing EM, Young TB, Hunt VB, et al. Home screening for hematuria: results of a multiclinic study. *J Urol* 1992;148(2 Pt 1):289-92.
16. Abarbanel J, Benet AE, Lask D, Kimche D. Sports hematuria. *J Urol* 1990;143(5):887-90.
17. Margulis V, Sagalowsky AI. Assessment of hematuria. *Med Clin North Am* 2011;95(1):153-9.
18. Alvarez G, Coiera E. Interdisciplinary communication: an uncharted source of medical error? *J Crit Care* 2006;21(3):236-42; discussion 42.
19. Shahidi S, Adilipour H, Salak M. Prevalence and prevention of asymptomatic hematuria in adults. *J Res Med Sci* 2001;6(2):111-4. Available at: <http://journals.prsid.com/ViewPaper.aspx?ID=16843>
20. Kolahdoozan S, Sadjadi A, Radmard AR, Khademi H. Five common cancers in Iran. *Arch Iran Med* 2010;13(2):143-6.
21. Edwards TJ, Dickinson AJ, Natale S, Gosling J, McGrath JS. A prospective analysis of the diagnostic yield resulting from the attendance of 4020 patients at a protocol-driven haematuria clinic. *BJU Int* 2006;97(2):301-5; discussion 305.
22. Alishahi S, Byrne D, Goodman CM, Baxby K. Haematuria investigation based on a standard protocol: emphasis on the diagnosis of urological malignancy. *J R Coll Surg Edinb* 2002;47(1):422-7.

23. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, Powell PH, Neal DE. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. *J Urol* 2000;163(2):524-7.
24. Shah JB, McKiernan JM. Novel therapeutics in the treatment of bladder cancer. *Curr Opin Urol* 2004 ;14(5):287-93.
25. Jacobs BL, Lee CT, Montie JE. Bladder cancer in 2010: how far have we come? *CA Cancer J Clin* 2010;60(4):244-72.
26. Bangma CH, Loeb S, Busstra M, et al. Outcomes of a bladder cancer screening program using home hematuria testing and molecular markers. *Eur Urol* 2013;64(1):41-7.
27. Shafi H, Ali Ramaji A, Akbarzadeh Pasha A, et al. a survey on 175 cases of bladder cancer in the patients who referred to the hospital affiliated to Babol university of medical science, Iran (2001-2011). *Babol Univ Med Sci* 2013;15(2):116-22. [In Persian]
28. Wein A, Kavoussi L, Novick A, et al. *Campbell-Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012; p:2314.
29. Soofi Majidpour H, Rahimi E, Malekpour MH. The incidence rate of bladder cancer and demographic characteristics of the patients in Kurdistan province form year 1994 to 1999. *Sci J Kurdistan Univ Med Sic* 2001;18(5):22-6. [In Persian]
30. Wood DP. Re: the role of fish and cytology in upper urinary tract surveillance after radical cystectomy for bladder cancer. *J Urol* 2014;191(4):950-1.
31. SharifiAghdas F, Shafi H, Ali Ramaji A, SavadKoochi Sh. Incidental perforation of peptic ulcer after trans-urethral resection of bladder tumor: A case report. *J Babol Univ Med Sci* 2005;28(4):105-7. [In Persian]
32. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010;127(12):2893-917. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/full>
33. Bryant JR, Catto JWF. *Haematuria. Surgery* (Oxford) 2008;26(4):150-3.
34. Simforoosh N, Nouralizadeh A. *Iranian textbook of urology*. 1st ed. Tehran: Behineh Publication 2007; p:848. [In Persian]
35. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C, eds. *Campbell-Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012; p:1421.
36. Simforoosh N, Nouralizadeh A. *Iranian textbook of urology*. 1st ed. Tehran: Behineh Publication 2007; pp: 846-7. [In Persian]
37. Grubb RL3rd, Kibel AS. Prostate cancer: screening, diagnosis and management in 2007. *Mo Med* 2007;104(5):408-13; quiz 13-4.
38. Pourmand G, Salem S, Mehraei A, et al. The risk factors of prostate cancer: a multicentric case-control study in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007;8(3):422-8.
39. Simforoosh N, Nouralizadeh A. *Iranian textbook of urology*. 1st ed. Tehran: Behineh Publication 2007; p: 789. [In Persian]
40. Murakami S, Igarashi T, Hara S, Shimazaki J. Strategies for asymptomatic microscopic hematuria: a prospective study of 1,034 patients. *J Urol* 1990;144(1):99-101.
41. Bryan RT, Wallace DM. 'Superficial' bladder cancer - time to uncouple pT1 tumours from pTa tumours. *BJU Int* 2002;90(9):846-52.
42. Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS, et al. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy--part I: definition, detection, prevalence, and etiology. *Urology* 2001;57(4):599-603.

43. Krauss T, Frauenfelder T, Strebel RT, et al. Unenhanced versus multiphase MDCT in patients with hematuria, flank pain, and a negative ultrasound. *Eur J Radiol* 2012;81(3):417-22.
44. Shafi H, Ali Ramaji A, Rafati Rahimzadeh M, Bijani A. one hundred and ninety six cases of transureteral lithotripsy (TUL) in treatment of ureteral stones. *J Babol Univ Med Sci* 2007;9(3):63-7. [In Persian]
45. Safriel Y, Malhotra A, Sclafani SJ. Hematuria as an indicator for the presence or absence of urinary calculi. *Am J Emerg Med* 2003;21(6):492-3.
46. Foxman B. The epidemiology of urinary tract infection. *Nat Rev Urol* 2010;7(12):653-60.
47. Zargar M, Khagi A. Kidney Trauma: mechanisms, associated injury & outcome a prospective study at six university hospital (Tehran 2000-2001). Proceeding of the 7th Congress of Iranian Urological Association June 15-18, 2004; Iran. Tehran: Farhang Hezareh 2004; p: 19. [In Persian]
48. Shafi H, Ali Ramaji A, Farhangi B, et al. Study of majortrauma of genitourinary system in patients referred to emergency center of babol shahid beheshti hospital (1998- 2003). *JBabol Univ Med Sci* 2006;8(2):70-6. [in Persisn]
49. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C, eds. *Campbell-Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2012; pp:3707-44.
50. Brandes S, Yu M. Urologic trauma. In: Hanno P, Malkowicz B, Wein A, eds. *Clinical manual of urology*. 3rd ed. New York: McGraw Hill Co 2001; pp: 271-309.
51. Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner and Suddarth's text book of medical surgical nursing*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott 2000; pp: 1138-67.
52. Aragona F, Pepe P, Patane D, Malfa P, D'Arrigo L, Pennisi M. Management of severe blunt renal trauma in adult patients: a 10-year retrospective review from an emergency hospital. *BJU Int* 2012;110(5):744-8.
53. Simforoosh N, Nouralizadeh A. *Iranian textbook of Urology*. 1st ed. Tehran: Behineh Publication 2007; p: 1236. [In Persian]
54. Simforoosh N, Nouralizadeh A. *Iranian textbook of urology*. 1st ed. Tehran: Behineh Publication 2007; pp:1244-5. [In Persian]
55. Khakpour G, Shafi H, Norbala H, Barghi M. Spontaneous rupture of bladder and a case report. *Kosar J* 2001;6(4):271-5. Available at: <http://ecc.isc.gov.ir/ShwFArticle.aspx?aid=26656> [In Persian]
56. Simforoosh N, Nouralizadeh A. *Iranian textbook of urology*. 1st ed. Tehran: Behineh Publication 2007; pp: 1248-50. [In Persian]
57. Simforoosh N, Nouralizadeh A. *Iranian textbook of urology*. 1st ed. Tehran: Behineh Publication 2007; p: 1249. [In Persian]
58. Shafi H, Akbarzadeh Pasha A, Khakzad M, Zamani V. Total amputation of penis and left testis: Case report. *J Babol Univ Med Sci* 2006;8(31):65-7. [In Persian]
59. Blick CG, Nazir SA, Mallett S, et al. Evaluation of diagnostic strategies for bladder cancer using computed tomography(CT) urography, flexible cystoscopy and voided urine cytology: results for 778 patients from a hospital haematuria clinic. *BJU Int* 2012;110(1):84-94. Replaced by author
60. Jalalvandi F, Salehi S, Modori A, Karami S, Moradi M. Early outcomes of genitourinary system traumas in Kermanshah (1994 -2008). *Feyz, J Kashan Univ Med Sci* 2009;12(5):44-8. [In Persian]
61. McNicol A, Isrfaels SJ, Gerfrarfd JM. *Recent advances in blood cagulation*. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone 1993; pp:17-79.
62. Ng S-C, Wong KK, Raman S, Bosco J. Autoimmune haemolytic anaemia in pregnancy: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;37(1):83-5.
63. Peces R, Aguilar A, Vega C, Cuesta E, Peces C, Selgas R. Medical therapy with tranexamic acid in autosomal dominant polycystic kidney disease patients with severe haematuria. *Nefrologia* 2012;32(2):160-5.