

ÜRETRA DARLIKLARININ TEDAVİSİNDE İNTERNAL ÜRETROTOMİNİN YERİ

SIGNIFICANCE OF INTERNAL URETROTHOMY FOR THE TREATMENT OF URETHRAL STRICTURES

EROL, D. , ALTUĞ, U., HORASANLI, K., GERMİYANOĞLU, C.

S.B. Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

1982-1992 yılları arasında kliniğimizde 134 vakaya 220 internal üretrotomi girişimi uygulanmıştır. 106 (% 79) vakada tek başına internal üretrotomi yeterli tedaviyi sağlamıştır. Hastalar ortalama 3 yıl boyunca izlenmiş, 37 (% 27.6) vakada birden fazla internal üretrotomi uygulamak gerekmiştir.

İnternal üretrotomi seçilmiş üretral striktürlerin tedavisinde primer tedavi seçeneği olmalıdır.

SUMMARY

220 internal urethrothomy was performed to 134 cases in our clinic between 1982-1992. 106 patients (79 %) were treated successfully just by internal urethrothomy. Patients were followed up for 3 months on average, and for 37 patients (27.6 %) multiple internal urethrotomies were required.

It is concluded that internal urethrothomy is still the primary choice of treatment for certain urethral strictures.

GİRİŞ

Üretrotomi, üretral striktürlerin tedavisinde uygulanan en eski tedavi yöntemlerinden biridir (1). Üretral striktürleri açmaya yönelik ilk internal üretrotomi girişimi bundan 430 yıl önce uygulanmıştır. 1506'da Pare, 1818'de Civiale ve 1872'de Otis kör internal üretrotomi tekniğini uygulamışlardır (2). 1974'de ise Sachse optik internal üretrotomi tekniğini geliştirmiştir (3).

İnternal üretrotomi ile üretra darlıkları tedavi edilirken üretral travmanın en aza indirilmesi ve bazı modifikasyonlar ile, kaçınılmaz olan inflamatuvar cevabın ve skatris oluşumunun azaltılması amaçlanır (1). Eğer işlem striktürün stabilize olmasını sağlıyor, obstrüktif bulguları ortadan kaldırıyor ve açık üretroplasti endikasyonlarını azaltıyorsa önemli ve başarılı olarak kabul edilir (1). İnternal üretrotominin endikasyonlarının sınırlı olduğu bazı durumlar vardır. Bunlar; meatal darlıklar, sepsis, üretral fistül ve üretra taşı, eksternal sfinkter düzeyindeki post prostatektomik darlıklar ve üretranın ileri derecedeki dışlaşmalarıdır (4).

Bu çalışmada , geçtiğimiz 10 yıl içinde kliniğimizde uygulanan optik internal üretrotomi girişimlerinin retrospektif bir analizi sunulmuştur.

MATERYAL VE METOD

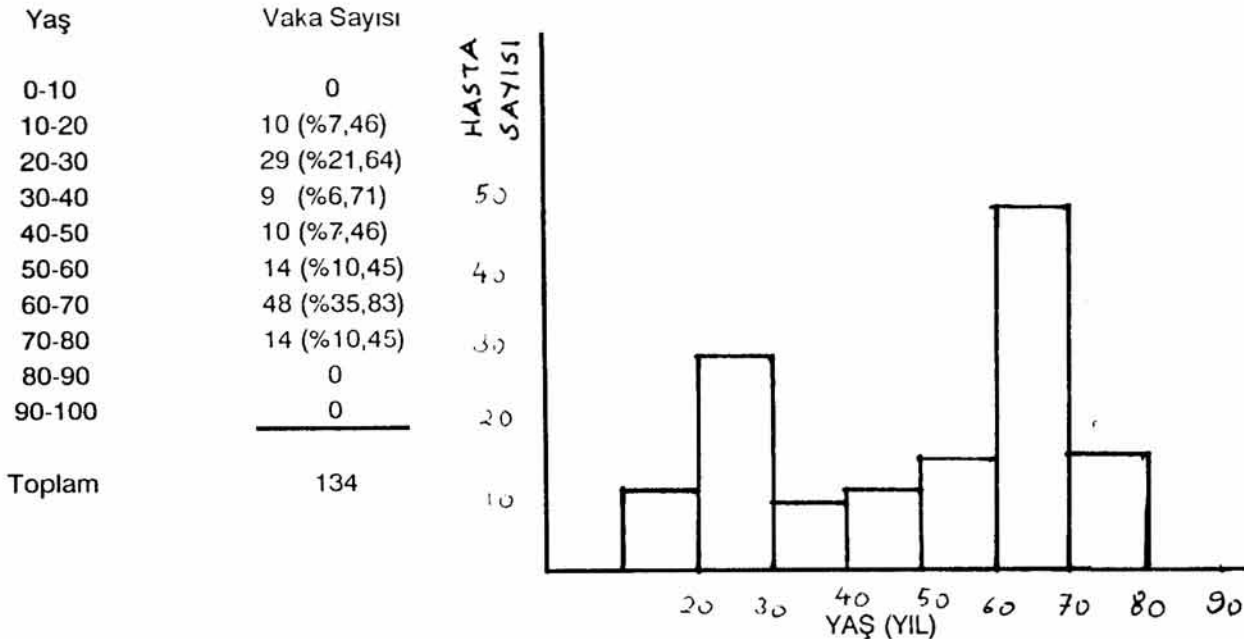
1982-1992 yılları arasında S.B. Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği'nde 134 üretra darlığı vakasına uygulanan 220 internal üretrotomi girişimi bu çalışmanın kapsamında yer almaktadır. İnternal üretrotominin ilk uygulanımı sırasında vakaların yaş dağılımı Şekil 1'de gösterilmektedir. Hastaların en büyük yığılımı gösterdikleri 60-70 yaş grubunda 48 (% 35.82) hasta yer almaktadır. Vakaların yaklaşık % 56'sı 50 yaşın üzerindedir. Darlıkların etiyojilere göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. 3 (% 2.2) inflamatuvar, 108 (% 80.6) travmatik darlık sebebi tespit edilmiş, 12 (% 9) hastada sebep bulunamamıştır. 11 (% 8.2) hastada ise açık üretroplasti sonrası darlık gelişmiştir. Bizim vakalarımız arasında konjenital üretra darlığı yoktur. 78 (% 58.2) hastada darlığın uzunluğu 1

cm'den küçük, 24 (% 17.9) hastada 1-2 cm arasında, 28 (20,9) hastada 2-3 cm arasında ve 4 (% 3) hastada ise 3 cm.'nin üzerinde ölçülmüştür. 7 vakada darlık penil üretrada, 48 vakada bulböz üretrada, 8 vakada penil ve bulböz üretrada 24 vakada membranöz üretrada, 27 vakada bulbomembranöz üretrada ve 20 vakada mesane boynunda yer almaktadır (Tablo 2). 8'i penil ve bulböz üretrada, 27'si bulböz ve membranöz üretrada olmak üzere 35 (% 26.1) hastada üretrada multipl dar segment tespit edilmiştir.

Tüm hastalar preoperatif olarak değerlendirilmiş, hastalara IVP, retrograd üreterogram, idrar tetkiki ve idrar kültürü yaptırılmıştır. Girişim tüm vakalara 20,5F Storz sheat ve 0° optik lens kullanılarak yapılmıştır. Darlık yüzeyi görüldükten sonra üretra 3 F üreteral kateter ile kanüle edilmiş ve bununla false pasaj oluşma

olasılığı azalmıştır. İnsizyon keskin bir üretrotom bıçağıyla yukarı ve dışa doğru yapılmıştır. İnsizyon tam kat olarak yapılmış, yalnızca dar kısımda bırakılmamış, darlığın proksimali ve distalindeki normal mukoza da insize edilmiştir. Üretrotomi sonrası hastaya 18 F bir Foley kateter üretral yolla takılmış ve kateter 3-7 gün süreyle darlığın uzunluğuna bağlı olarak tutulmuştur. Önceden üriner enfeksiyon olup olmadığına bakılmaksızın tüm hastalara post operatif dönemde 7 gün minör antibiyotikler verilmiştir. Kateterin çekilmesinden sonra hastalara hidrolitik dilatasyon önerilmiştir. Hastalar 3 aylık periyodlarla subjektif olarak ve gerekirse üreterogram ve endoskopi ile en az 6 ay, en çok 5 yıl olmak üzere ortalama 3 yıl izlenmişlerdir.

Şekil 1: Üretrotomi sırasında hastaların yaşlara göre dağılımı



Tablo-1 Darlıkların Etiyolojilere Göre Dağılımı

		Hasta Sayısı
Konjenital		
İnflamatuvar		
3 (%2,2)		
Travmatik		
I- Üretra rüptürü (Trafik kazası)	44 (%32,8)	
II- Tek başına enstrumantasyon	24 (%17,9)	108 (%80,6)
Açık prostatektomi (RPP/TVP)	28 (%20,9)	
TURP	12 (%9)	
Üretroplasti sonrası		
11 (%8,2)		
Sebebi bilinmeyen		
<u>12 (%9,0)</u>		
134 (%100)		

Tablo-2 Darlıkların Lokalizasyonu ve Üretrotomi Sayıları

	Anterior (penil) Üretra	Bulböz Üretra	Penil + Bulböz Üretra	Membranöz Üretra	Bulbo - membranöz Üretra	Mesane Boynu
A- Her lokalizasyondaki vaka sayısı (134)	7	48	8	24	27	20
B- Uygulanan üretrotomi sayısı (220)	12	79	19	38	52	20
B : A oranı	1,71	1,64	2,37	1,58	1,92	1

Tablo-3 İnternal Üretrotomi Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Penil Ödem	3
Hemoraji	5
Bakteriyemi/Septisemi	4
Orşiepididimit	10
Bıçak kırılması	2
	<u>24 (10,9)</u>

SONUÇLAR

134 hastaya uygulanan 220 internal üretrotomi girişiminin dağılımını ve darlık lokalizasyonlarını Tablo 2'de görmek mümkündür. Aynı tabloda yer alan B: A oranı darlığa üretrotomi uygulananı sonrasında alınan gerçek cevabı göstermektedir. 69 (% 65.10) hastada tek seans internal üretrotomi uygulananı iyileşme için yeterli olmuştur. 20 (% 18.86) hastada iki, 12 (% 11.32) hastada üç ve 5 (% 4.72) hastada dört kez internal üretrotomi uygulananı ile iyileşme sağlanmıştır. Darlık uzunluğu 2 cm'den büyük olan 22 (% 16.40) vakada ortalama 3 defa, darlık uzunluğu 2 cm'den küçük olan 112 (% 83.60) vakada ortalama 1.4 defa internal üretrotomi girişimi uygulanmıştır. 106 (% 79) vakada internal üretrotomi tek başına tedaviyi sağlamıştır. 28 (% 20.9) vakada internal üretrotomi tedaviyi sağlayamamıştır. Bu vakalara açık üretroplasti uygulanmıştır. 24 (% 17.91) travmatik etiyojili vakaya Marion'un tanımladığı uç uca anastomoz, 4 (% 2.98) vakaya ise Solovov'un tanımladığı invajinasyon teknikleri uygulanmıştır. 220 internal üretrotomi girişiminin 24 (% 10.9) ünde komplikasyon yaşanmıştır (Tablo 3). 3 internal üretrotomi girişimi sonrasında penil ödem, 5'i sonrasında hemoraji, 4'ü sonrasında bakteriyemi, 10'u sonrasında orşiepidimit ve 2'si sırasında üretrotom bıçağının kırılması gözlenmiştir. Üretrotom bıçağının kırılması aynı bıçağın bir çok vakada kullanılmasına bağlı olabilir. Bu seride üretrotomi sonrası impotens ve inkontinans gözlenmemiştir.

TARTIŞMA

Optik internal üretrotomide temel ilke, zaten aşırı skar dokusu olan darlık bölgelerinde doku travmasını minimize etmektir (1). Sık sık buji dilatasyonu ya da kalibrasyon uygulandığında bunun tam tersi oluşur. Bu çalışmada 134 vakanın 106 (% 79) sında tek başına internal üretrotomi tedaviyi sağlamıştır. Bu başarı oranı diğer geniş serilerde % 75-91 arasında bildirilmektedir (1,4,5). Internal üretrotomi uzunluğu 2 cm'yi geçmeyen hemen her türlü üretra darlığında tarafımızdan başarı ile uygulan-

mıştır. Mesane boynu düzeyindeki darlıkların tümü tek seans internal üretrotomi girişimi ile iyileşmişlerdir. 2. ' den uzun üretra segmentini tutan mikst üretra darlıklarında tekrarlayan internal üretrotomi girişimleri gerekmiştir. Bulböz ve bulbomembranöz düzeyde travmatik üretra darlığı bulunan 28 (% 20.9) vakada internal üretrotomi girişimleri başarısız olmuş skar ilerlemiş ve bu vakalara açık üretroplasti uygulanmıştır. Hastalarda operasyon sonrası 3-7 günlük üretral kateter uygulananın yeterli olduğunu düşünüyoruz. Bu süre değişik serilerde 1 gün - 4 hafta arasında önerilmektedir (4,6,7). Uzun süreli üretral kateter kullanımı enfeksiyon olasılığını artırırken hastanın verimliliğini azaltmaktadır.

Postoperatif dönemde başarının objektif göstergesi kuşkusuz ürodinamik çalışmadır. Bu seride yer alan hastalarda çeşitli olanaksızlıklar sebebiyle üroflovetrik çalışma yapılmamıştır.

Ülkemizde üretra darlıklarının en önemli sebebi travmalar ve bunların içinde trafik kazalarıdır. Bu çalışmalarda 108 (% 80.6) vakada travma etiyojilik faktördür. 44 (% 32.8) vakada motorlu araç kazaları travma sebebi olmuştur. Usulüne uygun olarak yapılmayan üretral manüplasyonlar, darlık sebepleri arasında halen önemli bir yer tutmaktadır. Bu oran değişik serilerde % 6-9 arasında belirtilirken serimizde % 17.9'dur (1). Internal üretrotomi sonrasında komplikasyon oranları % 7-9 arasında bilinmektedir (1,6,7). Bu oran serimizde % 10.9'dur. Oluşan komplikasyonlar tıbbi tedavi ile giderilmiştir.

Seçilmiş vakalarda internal üretrotomi üretra darlıklarının tedavisinde primer tedavi modeli olmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Gaches , C.G.C., Ashken , M.H., Dunn, M., Hammonds, J.C., Jenkins, I.L. and Smith, P.J.B.: The role of selective internal urethrotomy in the management of urethral stricture: A multi-centre evaluation. Br. J. Urol. 51, 579, 1979.
- 2- Murphy, L.G.: The history of urology. Charles C. Thomas, Springfield Illinois p. 432. 1972.
- 3- Sachse, H.: Zur behandlung der harnröhrenstriktur. Die transurethrale schlitzung unter sicht mit scharfem schnitt. Fortschritte der Medizin 92. 12-15, 1974.

- 4- Hargreave, T.B.:** Uretrotomy British practice 1984. The Turkish. J. of Ped. 26 , nos 1-4, 155, 1984.
- 5- Smith, P.J., Roberts, J.B., Ball, A.J. and Kaisary, A.V.:** Longterm results of optical urethrotomy. Br. J. Urol. 55: 698, 1983.
- 6- Harmankaya, Ç.:** Internal urethrotomy under direct vision. The Turkish. J. of Ped. 26 nos 1-4, 158,

1984.

- 7- John, M.B.:** Visual urethrotomy in the management of the obliterated membranous urethra. The Urol. Cl. of N. Am. 16,2. 319, 1989.