

# URETRA DARLIĞI NEDENİYLE KLİNİĞİMİZDE İZLENEN 42 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

RETROSPECTIVE EVALUATION OF 42 PATIENTS WITH URETHRAL STRICTURE WHO WERE  
FOLLOWED AT OUR CLINIC

ATAHAN, Ö., KAYIGİL, Ö., METİN, A..

TCDD Ankara Hastanesi, Üroloji Kliniği

## ÖZET

Eylül 1989 ile Ocak 1994 tarihleri arasında uretra darlığı nedeniyle kliniğimize yatırılmış 42 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Anamnezde 12 (%28.6) olguda geçirilmiş travma öyküsü, 7 (%16.7) olguda transüretral prostat rezeksiyonu veya açık prostatektomi, 6 (%14.3) olguda uzun süreli kateterizasyon, 3 (%7.1) olguda geçirilmiş üretrit öyküsü mevcuttu. Üretra darlıklarınının 35 (%83.3)'i bulböz üretrada, 5 (%11.9)'i anterior üretrada, 2 (%4.8)'si anterior üretra + bulböz üretrada lokalizedi. Darlıkların 19 (%45.2)'u 0.5 cm'den küçük 14 (%33.3)'ü 0.5-1 cm arasında, 6 (%14.3)'sü 1-2 cm arasında, 3 (%7.2)'ü 2 cm'den büyük olarak saptandı.

Hastalar 6 ay ile 4 yıl arasında izlendi. Olguların tedavisinde başlangıçta internal üretrotomi uygulandı. Başarı oranı %57.2 rekürrens oranı %42.8 olarak bulundu. Başarılı olan olguların 17 (%70.8)'sinin darlığının 0.5 cm'den küçük, 7 (%29.2)'sinin darlığının 0.5-1 cm arasında olduğu gözlemlendi. Mükerrer kere internal üretrotomi uygulanan ama nüks eden ve her nüks için geçen süre giderek kısalan 6 hastanın ikisinin darlığının 2 cm'den büyük, üçünün 1-2 cm, birisinin 0.5-1 cm olduğu belirlendi. Bu 6 olgunun ikisine serbest flap üretroplasti, dördüne ise urolume wall-stent protez uygulandı. Postoperatif komplikasyon olarak 2 olguda kompresyonla kontrol edilebilen kanama, 2 olguda epididimit, 1 olguda ise üreter enfeksiyonu gelişti.

Sonuç olarak üretra darlıklarının tedavisinde internal üretrotominin ilk tedavi seçeneği olarak düşünülmesi gerektiği, 1 cm'den büyük ve nüks

eden olgularda ise endoüretral protezlerin veya açık cerrahinin uygun olabileceği düşünülmektedir.

## SUMMARY

In this study we reviewed retrospectively 42 patients with urethral stricture who were followed between September 1989 and January 1994 at Urology Clinics of TCDD Ankara Hospital. Patient's median age was 44.2 (range 20-64). Etiologic factors were trauma in 12 (28.6%), transurethral prostate resection or open prostatectomy in 7 (16.7%), urethral catheterisation in 6 (14.3%) and urethritis in 3 (7.1%) of the cases. Localisation of the stricture was 83.3% in the bulbous urethra, 11.9% in the anterior urethra and 4.8% in both localisation.

19 (45.2%) of the stricture were less than 0.5 cm, 14 (33.3%) were between 0.5-1 cm, 6 (14.3%) were between 1-2 cm and 3 (7.2%) were more than 2 cm. Patients were followed up for six months and four years. Internal urethrotomy was performed as initial therapy with a success rate of 57.2% and recurrence rate of 42.8%. The length of strictures that were treated successfully by internal urethrotomy were 0.5 cm or less in 17 (70.8%) of cases and 0.5-1 cm in 7 (29.2%) of cases. In six patients with strictures that were treated by repeated internal urethrotomies, the length of strictures were 2 cm or more 2 and 1-2 cm in 3 and 0.5-1 cm in one case. In these cases, free flap urethroplasty was performed in two and

urolume wall stent prothesis inserted in for of them. Complications such as bleeding were noted 2 cases, epididymitis in 2 and urinary tract infection in one.

As a conclusion internal urethrotomy still remains the primary choise of treatment for urethral stricture and we bleieve that endourethral prothesis and open surgery be performed in the cases of recurrence and long strictures.

## GİRİŞ

Uretra darlığının tedavisi ürologlar için hala bir sorun olarak durmakta olup, tedavide üretral dilatasyon, internal üretrotomi, üretral protez kolulması ve üretroplasti ameliyatları uygulanmaktadır. İlk kez Sachse'nin 1974'de direkt görüş altında internal üretrotomi işlemini tanımlamasından sonra endoskopik tedavi giderek yaygınlaşmıştır (1).

Bu çalışmada Eylül 1989 ile Ocak 1994 tarihleri arasında uretra darlığı nedeniyle tedavi edilen 42 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

## MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada infravezikal obstrüksiyon semptomları ile TCDD Ankara Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne başvuran ve değerlendirilme sonucu uretra darlığı tanısı alan 42 hasta incelenmiştir. Hastaların tümü erkek olup yaş ortalaması 44.2 (en küçük 20, en büyük 64) olarak bulunmuştur. Anamnezde etyoloji sorgulandığında 12'sinde (%28.6) perineal travma öyküsü, 7'sinde (%16.7) geçirilmiş transüretral prostat rezeksiyonu veya açık prostatektomi, 6'sında (%14.3) uzun süreli üretral kateterizasyon, 3'ünde (%7.1) geçirilmiş üretrit öyküsü tespit edilmiştir 14'ünde (%33.3) sebebi ortaya konulamamıştır (Tablo 1).

**Tablo I:** Uretra darlıklarındaki etyolojinin dağılımı.

<b>Etyoloji</b>	<b>Hasta sayısı</b>	<b>%</b>
Perineal travma	12	28.6
Geçirilmiş TUR-prostatektomi veya açık prostat ameliyatı	7	16.7
Üretral kateterizasyon	6	14.3
Geçirilmiş üretrit	3	7.1
Sebebi bilinmeyen	14	33.3
<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

Tüm olgularda tam idrar tahlili, idrar kültürü, serum BUN, kreatinin düzeyleri saptanmış, intravenöz pyelografik ve retrograd üretrografik incelemeler yapılmıştır. Kesin tanı üretrografi + üretroskopi ile konulmuştur. Genel veya lokal anestezi altında 20 F 0° optik storz internal üretrotomla girilerek darlık gözlenmiştir. 4 veya 5 F üretral kateter darlığın ilerisine geçirilerek üretrotom bıçağı ile saat 12 hizasından kesilmiş, işlemi takiben 16 F Foley üretral kateter 7 gün süreyle tutulmuştur. Bu süre zarfında hastalarımız antibiyotik profilaksisine alınmıştır. Postoperatif üretral kateter çekilir çekilmez external meatusdan steroidli pomad sıkılarak 3-5 dakika beklenilmesi ve hidrostatik dilatasyon önerilmiştir.

Hastalar üçer aylık kontrollere çağrılarak ayrıntılı bir anamnezle miksiyon durumu, idrar kalibresi ve projeksiyonu sorgulanmış; rutin kan ve idrar analizleri yaptırılmıştır. İnfravezikal obstrüksiyon semptomu olan hastalar retrograd üretrogramı takiben üretroskopiyle tekrar değerlendirilmiş ve darlığı tespit edilenlere internal üretrotomi uygulanmıştır.

## BULGULAR

İnternal üretrotomi yapılan 42 olgudaki darlıkların 35 (%83.3)'i bulböz üretrada, 5 (%11.9)'i anterior üretrada, 2 (%4.8)'si anterior + bulböz üretrada lokalizeydi. Anterior üretradaki darlıkların 1'inde perineal travma, 2'sinde üretral kateterizasyon, 2'sinde ise geçirilmiş üretrit öyküsü mevcuttu.

Darlıkların 19 (%45.2)'u 0.5 cm.'den küçük, 14 (%33.3)'ü 0.5-1 cm arasında, 6(%14.3)'sı 1-2 cm arasında, 3 (%7.2)'ü ise 2 cm'den büyük olarak tespit edildi (Tablo II).

**Tablo II:** 42 üretra darlıklı olgunun darlık uzunluğuna göre dağılımı.

<b>Darlık uzunluğu</b>	<b>Hasta sayısı</b>	<b>%</b>
0.5 cm'den küçük	19	45.2
0.5-1 cm	14	33.3
1-2 cm	6	14.3
2 cm'den büyük	3	7.2
<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

Hastalar 6 ay ile 4 yıl arasında izlendi. 18 (%42.8) olguda tekrar darlık geliştiği gözlemlendi. Bu 18 olgunun beşinde üçüncü ay, yedisinde altıncı ay, dördünde on ikinci ay, iki olguda ise on beşinci ayda tekrar darlık geliştiği gözlemlendi.

İnternal üretrotomiyle başarılı bir şekilde tedavi edilen olguların darlık uzunluğu 17 (%70.8) olguda 0.5 cm'den küçük, 7 (%29.2) olguda ise 0.5-1 cm arasındaydı. Mükerrer kere internal üretrotomi uygulanan altı olgunun darlık uzunluğu birindi 0.5-1 cm, üçünde 1-2 cm ve ikisinde 2 cm'den büyük olarak tespit edildi. Bu olguların ikisi serbest flap üretroplasti, dördü ise urolume wallstent prosthesis ile tedavi edildi (Tablo III, IV).

**Tablo III:** Tedavi yöntemlerinin dağılımı.

<b>Etyoloji</b>	<b>Hasta sayısı</b>	<b>%</b>
İnternal üretrotomi	36	85.7
Endoürettral stent	4	9.5
Üretroplasti	2	4.8
<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

Postoperatif komplikasyon olarak 2 olguda kompresyonla kontrol edilebilen kanama, 2 olguda epididimit ve 1 olguda ise üriner enfeksiyon gelişti.

### TARTIŞMA

İnternal üretrotomi üretra darlığı tedavisini kolaylaştırmış görünmesine rağmen sık gözlenen restenozis tedavinin etkinliği konusunda bazı şüpheler uyandırmaktadır. hastalığın rekürrensi dolayısıyla internal üretrotomi işleminin tekrarlanması kaçınılmazdır. Rekürrens oranı %5 ile 50 arasında değişmektedir (2,3,457). Çalışmamızda rekürrens oranı %42.8 olarak bulunmuştur.

Postoperatif kateterizasyon süresi çalışmamızda 7 gündür. Chiari ve Funke (6) kateter drenaj etkisinin katerizasyon süresine bağlı olduğunu göstermiştir. Çalışmasında kateterin 4 ile 6 hafta tutulduğunda başarının %80, 10 günlük sürede %43, 1 günlük sürede ise %30 olduğunu bildirmiştir. Aagarad ve ark. (1) ise 5 mm'den küçük darlıklarda 3 günlük kateterizasyon süresinin yeterli olduğunu bildirmiştir.

**Tablo IV:** İnternal üretrotomi sonuçları

	0.5 cm<		0.5-1 cm		1-2 cm		2cm>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Başarı :24</b>	<b>17</b>	<b>70.8</b>	<b>7</b>	<b>29.2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Nüks :18</b>	<b>2</b>	<b>11.1</b>	<b>7</b>	<b>38.9</b>	<b>6</b>	<b>33.3</b>	<b>3</b>	<b>16.7</b>
<b>Toplam:42</b>	<b>19</b>	<b>45.2</b>	<b>14</b>	<b>33.3</b>	<b>6</b>	<b>14.3</b>	<b>3</b>	<b>7.2</b>

Monthanty ve Kachroo (7) primer üretra darlıklarında başarı oranını %66 olarak bildirmişler ve %34'ünde dilatasyon veya tekrar internal ürotomi uygulamışlardır. Çalışmamızda ise başarı oranı %57.2, rekürens oranı %42.8 olarak bulunmuş, tekrar darlık gelişen hastalar internal ürotomi, ürotoplasti ve uretral wallstent protez ile tedavi edilmişlerdir.

Sonuç olarak üretra darlıklarının tedavisinde internal ürotominin ilk tedavi seçeneği olarak düşünülmesi gerektiği, 1 cm'den büyük ve nöks eden olgularda ise endoüretal protezlerin veya açık cerrahinin uygun olabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1) Aagard, J., Andersen, J. and Jaszczak, P.: ict vision internal urethrotomy. A prospective study of 81 primary strictures treated with a single urethrotomy. Bri. J. Urol. 59: 328, 1987.
- 2) Abdel-Hakim, A., Bernstein, J., Hassouna, M. and Elhilali, M.M.: Visual internal urethrotomy in management of urethral strictures. Urology 22: 43, 1983.
- 3) Gaches, C.G.C., Ashken, M.H, Dunn, M. et al.: The role of selective internal urethrotomy in the management of urethral strictures: a multicentre evaluation. Bri. J.Urol. 51: 579, 1979.
- 4) Renders, G., De Nobel, J., Debruyne, F. et al.: Cold knife optical urethrotomy. Urology 14: 175, 1979.
- 5) Stone, A.R., Randall, J.R., Shorrock, K. et al.: Optical urethrotomy 3 year experience. Bri. J. Urol. 55: 701, 1983.
- 6) Chiari, R. and Funke, P.J.: Die Bedeutung der silastik Katheterdrainage für die Ergebnisse der internen urethrotomie der Harnröhrenstriktur. Aktuel Urol 8: 39, 1977.
- 7) Mohanty, N.K. and Kachroo, S.L.: Oical internal urethrotomy as the treatment of choise for primary stricture of the urethra. Bri. J. Urol. 62: 261, 1988.