



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

(T. Urol. Derg.)

Cilt : III , 4 , S: 391-396, 1977

ÜRETHRA DARLIKLARINDA ENDOSKOPIK KONTROL ALTINDA URETHROTOMİA İTERNA

Endoscopical internal urethrotomy in urethral stenosis

Dr. Yaşar İNCE (*)

Bilindiği gibi son zamanlara kadar urethra darlıklarının tedavisinde karşılaşılan problemler gerek hastalar yönünden gerekse hekimler yönünden üzücü sonuçlara yol açmaktaydılar. Urethra darlıklarında bugüne kadar uygulanan tedavi metotlarını kısaca şöyle sıralayabiliriz.

- 1 — Bujilerle dilatasyon.
- 2 — Urethrotomia externa (Çeşitli plastik ameliyatlar).
- 3 — Urethrotomia interna.

A - Kör urethrotomia interna (**Maisonneuve 1854, Otis 1872**)

B - Endoskopik kontrol altında urethrotomia interna

a) Elektriki insizyonla (**Fischer 1937, Ravasini 1957**)

b) Elektriki tesir olmaksızın basit insizyon (**La Sachse 1972**)

Bu metotta **Sachse** tarafından bulunan, aslında cysto-urethroskop yapısında olan fakat ucunda keskin yüzü saat kadranında oniki hizasına bakan ufak bir bıçak taşıyan 22 Charrière bir urethrotom kullanılır. Daha önce de belirttiğimiz gibi bu alette kesici mekanizma sadece bir bıçaktan ibaret olup hiç bir elektriki insizyon mevzubahis değildir. Dolayısıyla elektriki insizyonlardan sonra görülen ve nekroz sebebiyle husule gelen residiv darlıklar bu metotta görülmezler. Bu tip urethrotomia interna lokalizasyonuna, uzunluğuna ve darlığın derecesine bakılmaksızın her türlü etyolojideki darlıklarda başarıyla kullanılabilir. Ayrıca profilaktik maksatlarla transürethral müdahalelerden evvel şayet ürethranın lümeni relativ olarak darsa tatbik edilebilmektedir.

(*) Urologische Klinik der Stadt Wuppertal im Klinikum Barmen. Direktor :
ALBRECHT, K. F. Prof. Dr. med.

Metodun uygulanışı :

Önce hastalarda retrograd infüzyon ürethrografi ile darlığın yeri, derecesi ve uzunluğu tespit edilir. İstenirse fonksiyonel bozukluğun tespiti için Uroflowmetrie de yapılabilir. Ürethraya lokal anestetik ve dezenfektan ihtiva eden bir mahlül instile edilir. Lumbal anestezi altında alet ürethraya sokulur. Hatta iltihabi kongestion sebebiyle meydana gelen veya daha önceden kateter tatbik edilip muvaffak olunamamış akut komplet idrar retansiyonlarında şayet hastanın genel durumu bir lumbal anesteziye izin vermiyorsa intravenöz Atosil ve Dolantin verilerek urethrotomia internaya başlanabilir. Metodu yeni öğrenenlerde ve komplike vakalarda alet vasıtasıyla bir üreter kateterinin (Charr.5) endoskopik kontrol altında darlıktan geçirilerek kılavuz olarak mesaneye itilmesi tavsiye olunur. Hatta şüpheli vakalarda kateter vasıtasıyla bir miktar opekt madde verip alınan grafi ile kateterin mesanede olup olmadığı tespit edilmelidir. Bundan sonra da kontrol altında darlık yeri distal kısımdan başlanarak proksimale doğru kateter boyunca saat kadranının 12 hizasında olmak üzere bıçağın uygun hareketleri ile gerektiği kadar kesilerek genişletilir. Kesme esnasında darlığı meydana getiren doku tabakaları daha doğrusu elâstik ve fibröz lifler gayet güzel ayırılmaktadır. Erişkinlerde ürethra göz kararı ile 30 hatta 36 Charrière'e kadar genişletilebilmektedir. Yalnız sphinkter externus civarında 22 Charr.'ri pek geçmemelidir. **Mauermayer**'e göre membranöz ürethra bile 30 Charrière'e kadar insize edilebilir.

Ürethrotomia interna sona erdirildikten sonra mesaneye silikonize edilmiş 22 Charrière bir kateter konur. Bilindiği gibi silikonkateterin mukozaya tahriş tesiri azdır ve kateter urethritis'i yapmaz. Kateter tedavisinin süresi bugün oldukça münakaşalıdır ve bu konuda fikirler 1 gün ilâ 6 hafta arasında değişmektedir. Biz çok şiddetli ve uzun darlıklarda kateter tedavisini 4-6 hafta, daha hafif vakalarda iki hafta, çok hafif vakalarda da 1-3 gün sürdürüyoruz. Kateter uzun tedavilerde her iki haftada bir değiştirilmelidir. Ayrıca bu süre zarfında orificium externum urethrae sık sık temizlenip urethral sekret akışına mani olunmamalıdır. Eğer kateter tedavisi ve daha sonraki devrede tedavi iyi yapılmazsa rezidivler meydana gelebilir. Kateter alındıktan sonra hasta 4-6 hafta boyunca her miksiyondan sonra urethrasına yavaş olarak 5 ml Terra-cortril gel instile eder ve bir penis klemensi ile ilâci 15 dakika kadar urethrasında tutar. Terra-Cortril Gel'in muhtevastaki Oxytetracyclin ve Polymyxin B gram (+) ve gram (—) bakterilere karşı tesirli ve Hydrocortizon ise antiödematöz ve antiflojistik-tir. Biz ayrıca Vibramycin Kapsül'ü de kateter tedavisi sırasında profilaktik olarak ağızdan veriyoruz.

Kateter sonrası devrede hastaya ayrıca kendi kendine hidrolik dilatasyon tedavisi de öğretilir, yani hasta miksiyonun başlangıcında Glans penis'ini sıkar ve idrarı urethrada toplar, bu suretle artan idrar basıncı ile kesilmiş olan darlık yeri genişler ve rezidiv husulü önlenir.

Vakalarımız ve Sonuç :

Kliniğimizde çeşitli etyolojide, lokalizasyonda ve derecede;

1974 yılında 39 urethra darlığı,

1975 yılında 44 urethra darlığı,

1976 yılında 71 urethra darlığı

ve 1977 yılının ilk 8,5 ayında 98 urethra darlığı **Sachse** uretrotom'u ile urethrotomia interna yapılarak tedavi edildi. Bu metotta iyi neticeler %80-90 arasındadır. Bunda postoperativ bakımın büyük rolü vardır.

Bu metot urethra darlığı tedavisine gerçek bir rönesans getirmiş olup, bugün artık gerek bujilerle dilatasyona gerekse plastik ameliyatlara pek başvurulmamaktadır. Şayet rezidivler meydana gelirse bu da yukarıdaki işlemin tekrar edilmesiyle kolayca telâfi edilebilmektedir.

Sachse her urethra darlığında vakit geçirmeksizin önce urethrotomia interna yapılmasını tavsiye ediyor. Tedavi gerek hastalar gerekse hekimler için sıkıcı değildir, uygulanması basit ve tehlikesizdir. Hasta postoperativ 5-6 ncı günü evine gönderilir, tedavinin devamını dışardaki bir ürolog üzerine alır.

Tedavi neticeleri düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Bu maksatla bilhassa retrograd infusionurethrogram, uroflowmetrie ve idrar muayenesi, gerekirse ürogram ve miksiyocystourethrogramla reflü kontrolü yapılmalıdır. Urethrotomia internada rezidiv husule gelmediğine ancak bir sene sonraki retrograd infusionurethrogram tetkiki ile karar verilebilir. Bazen bu urethrogramlarda hadise bölgesinde görülen hafif lümen daralması ilk nazarda bir rezidiv intibainı verebilmektedir. Fakat hastaların sorgularında hemen hepsinde şikâyetler ya tamamen kaybolmuş veya azalmıştı, idrar sterildi, kateterizmde bu kısımlardan 18 Charrière bir kateter kolaylıkla geçirilebiliyordu. Bu röntgen bulguyu şu şekilde izah edebiliriz : Periurethral doku bu kısımda maksimal derecede sikatrise olmuş, büzülmüş ve sertleşmiştir. Retrograd infusion urethrogram esnasında intraurethral hafif hidrolik basınçta diğer kısımlarda görülen elâstik dilatasyon bu kısımda görülememektedir.

Komplikasyon olarak akla gelebilecek intraoperativ ve postoperativ kanamalar, perforation, penis ödemi, ateş, sepsis ve idrar enfeksiyonu pratikte çok nadir görülmektedir ve eliminasyonları problem çıkartmamaktadır. Kanamalar kateter koyduktan kısa bir müddet sonra kateterin kompresyon tesiri ile durur. Ödem birkaç gün zarfında resorbe olur. İnfeksiyonla antibiyotikler vasıtasıyla mücadele edilir. Yalnız bazı hastalar uzun katheter tedavisinde perinelerindeki şiddetli ağrıdan şikâyet etmektedirler, hatta ağrılar dayanılmaz duruma gelebilir. Bu vaziyette kateteri uzaklaştırmaktan başka çare kalmıyor.

Sonuç olarak diyebiliriz ki bu metodun endoskopik kontrol altında uygulanması, basit ve oldukça tehlikesiz oluşu, tedavi neticelerinin iyi oluşu diğer metotlara bariz üstünlük sağlamaktadır.

Sorular ve Cevapları :

S-1. Bu metot gerçekten diğer plastik cerrahi müdahalelerin yerini alabilir mi— Örneğin Türkiye'de meydana gelen ağır trafik kazalarındaki urethra rüptürleri ve bunların sebep oldukları urethra darlıkları bu metotla düzeltilir mi?

C-1. Ağır trafik kazalarındaki urethra rüptürleri ekseriya iskelet lezyonu, örneğin pelvis kırıkları ile müterafıktır. Böyle durumlarda hastanın genel durumu bozuk hatta şoktadır. İdrar drenajını temin maksadiyle sadece bir cystostomie ile yetinilir. Hastanın genel durumu düzelir düzelmez urethrotomia interna yapılabilir. Kıvrık bir metal buji cystostomie deliğinden mesaneye sokulur ve daha sonra ucu prostatik urethraya ve membranöz urethra istikametine itilir. Operatör urethrotom ile meatus externus'tan girer ve komple tikanıklık yerine kadar aleti iter, kılavuz kateter kullanılmaz. Asistan metal bujiyi hafif oynattığında operatör buji ucunun istikametine tikanıklığa sebep olan dokuları keserek önce buji ucuna, daha sonra da mesaneye ulaşır. Böylece urethra yolu yeniden açılmış olur. Daha sonra urethraya silikon kateter konur.

S-2. Uzun filiform darlıklarda urethrotomia interna nasıl uygulanır?

C-2. Eğer darlık meatus externus'a kadar uzanıyor ve meatus externusda darsa, bu durumda meatus externus 14 Charrière kadar metal bujilerle dilate edilir. Müteakiben otis urethrotomu ile urethra pendulans genişletilir. Bundan sonra Sachse urethrotomu urethraya sokulur, kılavuz kateter darlıktan geçirilir ve mesaneye kadar itilir. Kateter boyunca daima saat kadranının 12 hizasında kalınmak şartıyla darlığa sebep olan sikatrise dokular yeterince kesilir.

S-3. Sachse metoduna göre yapılan urethrotomia interna'nın bujilere üstünlüğü nedir?

C-3. Bujilerle yapılan tedavide sikatris dokusunun sadece dilatasyonu bahis mevzuudur ve bu yüzden rezidiv nispeti çok yüksektir. Halbuki Sachse metodunda darlığa sebep olan sikatris dokuları göz kontrolü altında elektrikli tesir olmadan yani nekroz husule getirilmeden kesilmektedir ve dolayısıyla de rezidiv nispeti çok düşüktür.

S-4. Retrograd infusionurethrogramın mahiyeti ve üstünlüğü nedir?

C-4. Retrograd urethrogramın kapalı bir infusion setiyle tatbidir. Hasta sırt üstü yatar, sağ kalçasını biraz yükseltir, sağ bacağı uzanık sol bacağı abduksiyon vaziyetinde kıvrılmıştır. Direkt grafiyi mütekip 14 Charrière balon katheter fossa navicularis'in 1-2 cm üzerine kadar itilir, balonu 2-3 cm³ sıvı ile şişirilir. Bu şekilde kateter urethrada bloke edilir. Penis sol kalçaya doğru kateter vasıtasıyla çekilir ve bir flasterle sol uyluğun iç tarafına fikse edilir. Bu suretle urethranın bükülmesine mani olunur. Infusion şişesi kathetere bağlanır. Bu şekilde sfinkter externusun istirahatteki tonusu kolayca yenilir ve refleks olarak sfinkter kasılması veya bulbokavernöz spazm meydana gelmez.

- 3 — Hekimin şua alma tehlikesi yoktur (Doktor dışarı çıkar, bu işlem istenirse televizyon kamerasında izlenir.)
- 4 — Muayene sonunda reflü mevcudiyeti de kontrol edilebilir (Miksioncystourethrogram).

Ö Z E T

Bu Sachse tarafından bulunan yeni bir optik urethrotomun urethra darlıklarının tedavisinde kullanılması hakkında bir rapordur. Muhakkakki urethrotomun büyük avantajı kullanılma esnasında optik kontrolün yapılabilmesi ve böylece yaralanmalardan korunulabilmesidir. Keskin insizyon vasıtasıyla de nekroz husulü dolayısıyla darlık residivleri önlenir. Postoperativ kateter tedavisi mutlaka lüzumludur. Tedavinin muvaffakiyeti % 80-90 dır. Bütün urethral darlıkların klinik sonuçları kullanımın tehlikesiz ve komplikasyonsuz olduğunu gösteriyor.

S U M M A R Y

It is a report of a new optical urethrotome by Sachse for the treatment of strictures of the urethra. Surely a great advantage of this urethrotome is the optical controle during the management and the avoidance of injuries. By the sharp cut necrosis and recidivity of strictures will be avoided. A postoperative catheterism is necessary. The therapeutic effect amounts to 80-90 %. The clinical results of all urethral strictures show a management without danger and complications.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — Albrecht, K. F.: Urologia, 11 (1972) 40.
- 2 — Albrecht, K. F., Hildebrand, F. D.: 27 Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, 1975.
- 3 — Allison, R. C.: J. Urol. 1974.
- 4 — Bandhauer, K.: 27 Tagung der dt. Gesellschaft für Urologie, 1975.
- 5 — Boeminghaus, H.: Urologiell, 4 Auflage Banaschewski, München, 1971.
- 6 — Brühl, P., Kowohl, K., Frombold, H.: Diagnostik 5, 503 (1972).
- 7 — Carlton, F., Scardino, P., Quettlebaum, R.: J. Urol. 111, 1974.
- 8 — Chiari, R., Harzmann, R., Planz, K.: Akt. Urol. 6, 165, 1975.
- 9 — Chiari, R., Funke, P. J.: Akt. Urol. 8, 39-44, 1975.
- 10 — Cole, A. T., Curtis, G. A., Gill, W. B.: J. Urol. 103, 742-744, 1972.
- 11 — Diener, W.: Verh. Berichte Dtsch. Gesell. Urol. München 1974, Berlin - Heidelberg - New York: Springer 1975.
- 12 — Egle, N., Bandhauer, K.: Vortrag auf der österreichisch-bayrischen. Urologentagung, Linz, Mail 1974.
- 13 — Elsässer, E.: Urologe, 3.98-101, 1964.
- 14 — Emmet, J. L., Rous, J. N., Greene, L. F., J. H. de Weerd, Utz, D. C.: Urol. 105. 403-406, (1971).

- 15 — Fischer, K. S.: Zschr. Urol. Chir. Gyn. 443.1:547 (1973).
- 16 — Frohmüller, H., Bülow, H.: Urologe A15, 182, 184, 1976.
- 17 — Hartung, R.: Urologe B,15, 188-189, 1975.
- 18 — Harzmann, R., Chiari, R.: Akt. Urol. 6, 107, 1975.
- 19 — Hebert, P. W.: J. Urol. 108, 745-747, 1972.
- 20 — Hertel, E., Wirsching, E.: Urologie A. 13, 146 (1974),
- 21 — Hochberg, K.: Therapiewoche 25, 4632 (1975).
- 22 — İvançević, L., Planz, C.: Therapiewoche 21, 515-517 (1971).
- 23 — Janopoulos, B.: Verh. Berichte Dtsch. Ges. Urol. München 1974.
- 23 — Janopoulos, B.: Verh. Berichte Dtsch. Ges. Urol. München 1974. Berlin - Heidelberg - New York, Springer 1975.
- 24 — Katz, A. J., Waterhouse, K.: J. Urol. 105, 807-808, (1971).
- 25 — Kelâmi, A., Fiedler, U.: Urology, April 1975.
- 26 — Lyon, R. P., Smith, D. R.: J. Urol. 89, 414 (1963).
- 27 — Maisonneuve: Zit. B. Helmstein, K.: Acta Chir. Scand. Suppl. 340 (1960).
- 28 — Marberger, H.: Ver. Berichte Dtsch. Ges. Urol, München 1974. Berlin. Heidelberg - New York, Springer 1975.
- 29 — Marberger, H.: Dtsch. Z. Chir. 289 (1958).
- 30 — Marschall, S., Richards, P., Lyon, Olsen, S.: J. Urol. 106, 553-556 (1971).
- 31 — Matouschek, E., Michaelis, W. E.: Urol. Int. 30, 266-272 (1975).
- 32 — Mauermayer, W., Hertel, E.: Urologe A, 16. 18-20 (1977).
- 33 — May, F.: Z. Urol. 54, 2:87 (1961).
- 34 — Michalowski, E.: Urologe A, 10. 101-106 (1971).
- 35 — Moormann, J. G.: Urologe 12, 219 (1973).
- 36 — Moormann, J. G.: Urol. İnt. 30. 129 (1975).
- 37 — Mullin, E. M., Peterson, L. Y., Paulson, D. F.: J. Urol. 110, 464-466 (1973).
- 38 — Otis, F. N.: New York Med. J. 15, 152-174 (1872).
- 39 — Peters, H. J., Popa, G.: Therapiewoche 27, 2589-2595 (1977).
- 40 — Ravasini, G.: Urologia (treviso) 24. 229 (1957).
- 41 — Riba, L. W.: J.A.M.A. 106, 1971-1975 (1936).
- 42 — Riwers, Th, Campbell, J. T., Greene, L.: J. Urol. 111, 502 (1974).
- 43 — Sachse, H.: Ärztliche Fortbildungstagung, Amberg, März 1972. (Praxis-Kurier, Nr. 36. 1972)
- 44 — Sachse, H.: Ver. Dt. Ges. Urol. 25. Tagg in Aachen. Springer, Berlin, Heidelberg 1974. S. 143.
- 45 — Sachse, H.: Fortschr. Med. 92, 12-15 (1974)
- 46 — Schmidt. Th. H., Chelepas, S.: Verh. Berichte Dtsch. Ges. Urol, München 1974. Berlin - Heidelberg - New York. Springer 1975.
- 47 — Seitmacher, H., Schmidt, E.: Urol int. 5, 321 (1975).
- 48 — Shopener, C. E., Hutch, J. A.: Radiol. Clin. N. Am. 6. 169 (1968).
- 49 — Sigel, A.: Lehrbuch der Kinderurologie. Stuttgart: Thieme 1971.
- 50 — Sparwasser, H.: Akt. Urol. 8, 141-145 (1977).
- 51 — Stöber, U.: Urologe 15, 227-232 (1976).
- 52 — Turner-Warwick, R. T.: Akt. Urol. 1, 247-255 (1970).
- 53 — Vahlensieck, W, Steffens, L.: Urologe B, 15, 190-193 (1975).
- 54 — Wise, H. A., Engel, E., Whitaker, R. H.: J. Urol (Baltimore) 107, 269-272 (1972).