

POSTTRAVMATİK POSTERİOR ÜRETRA STENOZLARININ TRANSPUBİK YAKLAŞIMLA TEDAVİSİ

MANAGEMENT OF POSTTRAUMATIC POSTERIOR URETHRAL STRICTURES BY
TRANSPUBIC APPROACH

CANBAZOĞLU, N., KAZADO, M., BERBEROĞLU, Y., MERDER, E., ÇAŞKURLU, T.

Haseki Hastahanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

Kliniğimize 1987-1989 yılları arasında başvuran posttravmatik posterior üretra stenozu bulunan 7 hastaya transpubik yaklaşımla üretroplasti yapılmış ve hasarlı üretranın mükemmel ortaya konulmasını sağlayan bu yöntemin risksiz, kolay uygulanır ve etkili bir yöntem olduğu görülmüştür.

SUMMARY

Between 1987 and 1989, 7 patients with strictures of the posterior urethra were managed by transpubic approach in our clinic and it can be achieved rapidly, easily and without risk.

GİRİŞ

Posterior üretra stenozları genellikle pelvik bir travma sonucu gelişen üretra yaralanmalarından sonra oluşurlar ve bu stenozlar distal üretral sifinktere olan yakınlıkları ve kısmi cerrahi ulaşılabilirlikleri nedeniyle komplekstirler (1). Posterior üretraya transpubik yaklaşım yeni bir uygulama değildir. İlk kez Walker (1921) prostat kanserleri için bu yolu tarif etmiş, Pierce (1962) bu yolu posterior üretranın onarımları için tarif etmiştir (2). Daha sonra transpubik yaklaşım hemen hemen daima üretroplasti için kullanılmaya başlanmıştır (3).

Posterior üretra stenozlarının onarımındaki güçlükler; ürogenital diafragmanın üzerinde ve pubis symphysisinin arkasında olması nedeniyle relatif ulaşılmaz yerleşim ve distal üretral sifinkter mekanizmasına olan yakınlıktır (1).

Striktüre ulaşmak için perineden ürogenital diafragmayı geçen teknikler teorikte ve pratikte dezavantajlıdır ve eksternal üretral sifinkteri fonksiyonsuz bırakabilirler. Diğer taraftan transpubik

yaklaşım sifinktere zarar vermeden stenoza direkt müdahale imkânı sağlar (4).

Teknik: Alt ucu penis kökünü üstten kısmen çevreleyen göbek altı median insizyonla katlar açılır. Perivezikal boşluğa ulaştıktan sonra pubis symphisi ortaya konulur. Penisin asıcı ligamenti kesildikten sonra parmaklar retropubik mesafeye sokulur. Bir rightangle pubis altından penis dorsal venini ve retropubik venöz pleksusu zedelemekten ürogenital diafragma doğru itilip, avasküler bir alan görülerek genişletilir; böylelikle symphisis pubis iyice ortaya konulmuş olur. Orta hattın laterallere doğru periost 2 cm. kadar bilateral soyulur. Çıplak bırakılan kemik segmenti keskiyle veya Gigli testeresiyle kesilerek çıkartılır. Kemik segmenti çıkartıldıktan sonra prostatik ve membranöz üretra mükemmel bir şekilde ortaya konulmuş olur. Üretranın stenozlu kısmı libere edilerek kesilir ve çıkartılır. Distal ve proksimal uçlar olabildiğince mobilize edilir, bir sonda üzerinden gergin olmayacak şekilde üretra uç uca anastomoze edilir. Çıkartılmış kemik segmentinin rejenerasyonunu sağlamak için soyulmuş olan periost yeniden yaklaştırılır. Loja suprapubik bir dren bırakılırken, bir penrose dren lateral olarak skrotum posteriordan spermatik korda doğru uzatılır (4, 8, 9).

MATERYAL VE METOD

1987-1989 yılları arasında posttravmatik posterior üretra stenozu nedeniyle kliniğimize başvuran 7 erkek hastada üretroplasti için transpubik yaklaşımda bulunduk. Hastaların yaşları 15-60 arasında değişmekteydi (ortalama 34.4). Hepsinde de etyolojik faktör trafik kazası sonucunda oluşan pubis kırığına bağlı gelişen, üretral yaralanmalardı. Kazadan sonraki erken fazda 5 hastaya acil sistostomi yapılmışken (%71.5), 2 has-

taya açık operasyonla retrograd sonda konulmuştu (%28.5). Hastaların 5'i daha önce çeşitli üretroplasti tekniklerine maruz kalmış ve olumlu sonuç alınamamış olguları. Bu 5 hastadan 2'sine Blandy üretroplasti, 2'sine üretrotomi intern, 1'ine üretrotomi ekstern operasyonları yapılmıştı. Hastaların 2'sinde pelvis kırığına bağlı yürüyüş bozukluğu, 2 hastada perineal ve suprapubik cilt fistülleri vardı. Yapılan radyolojik tetkiklerde 2 hastada V.U.R. sonda geldiği, 3 hastada ise önceki girişimlere bağlı false route oluştuğu tespit edildi. Radyolojik olarak stenoz uzunlukları 4-6 cm. arasında (ortalama 4.7 cm) değişiyordu. Üretral sonda, hastalarda postoperatuar 3 hafta kadar bırakıldı. Sonda çıkartıldıktan sonra üretrografi ile pasaj kontrolü yapıldı, elde edilen vizüalizasyonların yeterli olduğu tespit edildi.

SONUÇLAR

Üretrografi yapılırken distal kısmın opak madde ile dolmaması nedeniyle stenozlar gerçek-tekinden daha uzun gibi görülmektedir (1). Radyolojik çalışmalarda stenoz uzunluğu bütün vakalarda 4 cm.den uzun olarak tespit edilmişken, operasyon esnasında gerçek uzunlukların 1-2 cm. arasında değiştiği tespit edildi.

Postoperatuar hiçbir olgumuzda enkontinans görülmezken, bir olguda daha önceden mevcut olan empotans intrakavernozal papaverin ile tedaviye cevap verdi. 3 hastadaki false-route kapanırken, 1 hastada V.U.R. kayboldu, diğer hastadaki V.U.R. derecesi azalmakla birlikte devam etti. 2 hastadaki cilt fistülleri postoperatuar kapandı. Hiçbir olguda kemik enfeksiyonu ve ortopedik sekel gelişmedi, ancak zamanla kaybolan ağırlı bacak hareketleri gözlemlendi. Hastaların 5'inde postmiksyonel rezidü ortadan kalktı (%71.5). 2 hastada ise, miktarı azalmakla birlikte postmiksyonel rezidü kalmaya devam etti (%28.5). Bu 2

hasta dilatasyon programına alındı, diğer vakaların takiplerinde hiçbir zaman enstrümental dilatasyona gerek duyulmadı.

TARTIŞMA

Pelvik fraktürlerden sonra gelişen prostatomembranöz üretranın stenozlarının onarımında transpubik yaklaşımın yararlılığı genellikle kabul edilmektedir. Ve genellikle bu seviyedeki üretral devamlılığın sağlanmasının tek yoludur (5). Transpubik cerrahiyle elde edilen iyi sonuçlar yabancı literatürde %69-75 arasında bildirilmektedir (6, 7, 8). Kullandığımız Allen tekniği transpubik üretroplastide genellikle yeterlidir. Waterhouse'nin modifikasyonu olan, perineal disseksiyonun zorluklarından kaçınmayı sağlar. İyi vizüalizasyon istenen yerlerde risksiz, kolay uygulanır ve hızlı yapılabilir bir tekniktir (5).

KAYNAKLAR

1. Webster G.D., Shelnik S.: The Management of Strictures Of The Membranous Urethra. The Journal of Urology, 134:469-473, 1985.
2. Pierce J.M.: Exposure of the Membranous and Posterior Urethra by Total Pubectomy J. of Urology, 88:256-258, 1962.
3. Waterhouse L., Abrahams J.I., Caponega P., Hackett R.E., Patil V.B. and Peng B.K.: The transpubic repair of membranous urethral stricture. J. of Urology 111:188-190, 1974.
4. Allen T.D.: The transpubic approach for strictures of membranous urethra J. of Urology, 114:63, 1975.
5. Desy W.A. and Oosterline W.: Partial Pubectomy: Technique and Indications British Journal of Urology 58, 464-468, 1986.
6. Malloy T.R., Wein A.J. and Carpinello W.L.: Transpubic urethroplasty for membranous Urethral distruption. J. of urology: 124:359, 1980.
7. Netto N.R.: The surgical repair of posterior urethral strictures by the transpubic urethroplasty or pull-through technique. J. of Urology 133:411-412, 1985.