

HIPOSPADİAS OLGULARINDA KULLANILAN TEKNİKLERİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

THE RETROSPECTIVE EVALUATION OF TECHNIQUES USED IN HYPOSPADIAS

CANBAZOĞLU, N., KAZADO, M., BERBEROĞLU, Y., MERDER, E., BİLGİN, B., TAŞ, H.

Haseki Hastanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

Kliniğimizde 1960-1988 yılları arasında 525 hipospadias olgusu ameliyat edilmiştir. Bu olgularda çeşitli operasyon teknikleri uygulanarak alınan sonuçlar karşılaştırılmıştır. Olgusuna göre değişik tekniklerin kombinasyonu ile üstün neticeler alınmıştır.

SUMMARY

In our clinic, 525 patients had operation for hypospadias between the years 1960-1988. In these cases different operation techniques had been used and the results compared to each other. We got better results with the combination of different techniques according to the cases.

GİRİŞ

Hipospadias üretranın yetersiz gelişimi ile oluşan konjenital bir anomalidir. Yeni doğan erkeklerde binde 3-4 oranında görülür (1). Mea üriner ekstern, penis ventral yüzünde, normal lokalizasyonunun proksimalinden, perineye kadar olan alanda bulunabilir. Genelde penis ventral yüzündeki cilt incedir ve penis ventralini kısaltan kordi nedeniyle peniste aşağı doğru eğrilik görülür. Hipospadias vakalarında ilave olarak kriptorşidi, herni, minor konjenital renal anomaliler, normal popülasyona göre daha sık görülmektedir (2).

Hipospadias ameliyatlarında amaç kordinin giderilerek penisin düzeltilmesi mea üriner eksternin glans veya glansa yakın bir yere getirilmesi, bu sayede mevcut anomalinin anatomik olarak giderilmesi ve ileride doğacak infertilite ve psikolojik problemlerin ortadan kaldırılmasıdır.

METOD VE BULGULAR

Kliniğimizde 1960-1988 yılları arasında ürolojik patolojiler nedeniyle yatan 11.786 hastanın 525'i (% 4.45) hipospadias olgusudur. 525 vakamızdaki yıllara göre yaş dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir.

1978-1988 yıllarında hastaların ilk başvuru yaşları, 1960-1977 yıllarındaki hastalara göre daha küçüktür. Son yıllarda başvuru yaşının gittikçe küçülmesi toplumun bu konudaki bilincinin arttığını göstermektedir.

Hipospadiasta meanın lokalizasyonu açısından çeşitli klasifikasyonlar kullanılmaktadır. Bizim kullandığımız klasifikasyon, vaka sayısı ve oranı şekil 1'de gösterilmiştir.

525 vakanın 68'inde kordi tesbit edilmemiştir. Bu hastalardaki mea lokalizasyonu ve oranı tablo 2'de gösterilmiştir.

Kordisi bulunan 457 olgunun 21'ine başka kliniklerde daha önceden kordiektomi yapılmıştır. Kordili 457 olgudaki bulgular tablo 3'de gösterilmiştir.

525 olgumuzda hipospadiasla birlikte bulunan diğer patolojiler tablo 4'de gösterilmiştir.

1960-1977 yılları arasındaki 270 vakanın 26'sı, 1978-1988 yılları arasındaki 255 vakanın 95'i sistostomize edilmiştir. Sistostomize ettiğimiz hastaların sayısı ve yıllara göre oranı tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5'de görüldüğü gibi son 10 yılda sistostomize ettiğimiz hasta sayısı ve yıllara göre oranı artmıştır. Sistofix gibi sistostomiye kolaylaştıran araçların son yıllarda kullanıma girmesi bu oranın artmasında önemli bir rol oynamıştır. Bu sa-

ŞEKİL I: 525 OLGUDA HİPOSPADİAS TİPİ VE SIKLIK ORANI.

HİPOSPADİAS TİPİ	OLGU SAYISI	ORAN %
 SUBKORANAL	24	6,5
RETROKORONAL	177	33,7
PENİL SUPERİOR	79	15
PENİL	110	21
PENOSKROTAL	67	12,8
 SKROTAL	37	7
PERİNEAL	21	4

TABLO I: OLGULARIN YAŞ VE SIKLIK ORANININ YILLARA GÖRE DAĞILIMI.

YIL	OLGU SAYISI	YAŞ (YIL)					
		1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30 ve Üstü
1960 - 1977	270	6,7	36,6	35,1	11,5	6,7	3,3
1978 - 1988	255	13,1	46,5	28,9	7	3,5	0,87
1960 - 1988	525	8,6	39,5	33,4	10,1	5,7	2,6

TABLO II: KORDİSİZ OLGULARDAKİ HİPOSPADİAS TİPİ VE ORAN.

HİPOSPADİAS TİPİ	OLGU SAYISI	ORAN %
SUBKORONAL	34	50
KORONAL	22	32
PENİL SÜPERİOR	12	18
TOPLAM	68	100

TABLO III : KORDİLİ OLGULARDAKİ CERRAHİ GİRİŞİMLER VE ORANLARI.

	OLGU SAYISI	ORAN %.
KORDİEKTOMİ (Başka Kliniklerde)	21	4,6
KORDİEKTOMİ (Kliniğimizde)	85	18,6
KORDİEKTOMİ + ÜRETHROPLASTİ (Kliniğimizde)	351	76,8
T O P L A M	457	100

TABLO IV : HİPOSPADİASLA BİRLİKTE BULUNAN PATOLOJİLER VE ORANLARI.

PATOLOJİLER	OLGU SAYISI	ORAN %.
KRİPTORŞİDİ	47	8,95
TESTİS HİPOPLAZİSİ	9	1,71
HERNİ + HİDROSEL	7	1,33
HERNİ	5	0,95
STRABİSMUS	4	0,76
V. U. R.	2	0,38
T O P L A M	74	14,08

TABLO V : SİSTOSTOMİZE EDİLEN HASTALARIN YILLARA GÖRE SAYI VE ORANI.

YIL	TOPLAM HASTA SAYISI	SİSTOSTOMİ YAPILAN HASTA SAYISI	ORAN %.
1960 _ 1977	270	26	9,6
1978 _ 1988	255	95	37
1960 _ 1988	525	121	23

TABLO VI: AMELİYATLARDA SEANS HASTA SAYISI VE BAŞARI ORANLARI.

SEANS SAYISI	OLGU SAYISI	BAŞARI ELDE EDİLEN OLGU SAYISI	FİSTÜL OLUŞAN HASTA SAYISI	DİĞER SEANSLARLA BAŞARISIZ KALINAN OLGU SAYISI
TEK	359	304	55	—
İKİ	107	39	68	12
ÜÇ	59	23	36	7

TABLO VII : UYGULANAN OPERASYON TEKNİKLERİ HASTA SAYISI VE BAŞARI ORANI.

T E K N İ K	HASTA SAYISI	BAŞARI ELDE EDİLEN HASTA SAYISI	BAŞARI ORANI %.
MAGPİ	15	14	93,3
MATHIEU	13	13	100
CARL BECK WON HACKER	125	95	76
BARKAT	9	9	100
CHOCHOLKA	18	12	66,6
ISLAND FLAP	10	9	90
HODGSON - TOKSU	3	3	100
THIERSCH	109	67	61,5
İNVERSTUBULOPLASTİ	25	19	76
DUPLAY	41	30	73,1
DENİS BROWNE	30	23	76,6
CECİL	23	14	60
DUPLAY LE FEVRE	18	10	55,5
HORTON DEVİN	8	—	0
HOOK	26	14	53,8
BLAIR WHERBEIN	14	9	64,2
HOWARD B. MAYS	20	12	60
DiĞER TEKNİKLER	18	10	55,5
T O P L A M	525	366	69,7

KOMPLİKASYONLAR	HASTA SAYISI
ÖDEM	253
FİSTÜL	86
DOKU İNFEKSİYONU	44
MEA İFLASI	32
SÜTURLERİN AÇILMASI	20
ÜRİNER ENFEKSİYON	10
HEMATOM	8
ÜRETHRAL KALKÜL	3
ÜRETHRA DARLIĞI	1

yede hipospadias ameliyatlarında başarı oranının arttığını düşünmekteyiz.

Olgularımıza yapılan ameliyatlar tek veya kombine metodlar seçilerek planlandı. Ameliyat öncesi yapılan plana göre 359 vakaya tek seans, 107 vakaya çift seans (1. seans kordiektomi, 2. seans üretroplastisi) 59 vakaya üç seans (1. seans kordiektomi, 2. seans üretroplastisi, 3. seans anastomoz) yapılması düşünüldü. Bu hastalarımızdaki seans sayısı ve başarı oranı tablo 6'da gösterilmiştir.

Hastalara uyguladığımız operasyon teknikleri, hasta sayısı ve başarı oranları tablo 7'de gösterilmiştir.

Buradaki ameliyat tekniklerinin bir çoğu modifikasyonlar yapılarak tatbik edilmiştir.

Horton-Devin serbest flap üretroplastisinde başarılı sonuç alamadığımızdan genelde bu tekniği kullanmıyoruz. Ancak Horton-Devin glandüloplastisini diğer üretroplastilerle kombine ederek hem estetik yönden hem de mea stenozu yönünden daha iyi netice alıyoruz. Bu yöntemle toplam 118 olguda % 80.5 oranında başarı elde ettik.

TARTIŞMA

Hipospadias ile birlikte bulunan anomalilerden en sık görüleni inmemiş testis ve inguinal hernidir. Khuri 1981'de tüm hipospadias vakalarında % 9.3 oranında inmemiş testis, % 9.1 oranında ise inguinal herni bulmuştur (3). Hipospadiasta familial faktörler de tesbit edilmiştir. Hipospadiaslı çocukların babalarında da % 8 oranında hipospadias bildirilmiştir (3). Bizim vakalarımızda böyle bir olgu yoktur. Üriner diversiyonda perineal üretrostomi yerini suprapubik sistostomiye bırakmıştır (4).

Literatürde müdahale yaşı olarak 2-5 yaş önerilmekte, bazı yazarlar ise bu yaşı 18 ay - 6 yaş olarak kabul etmektedir (4). Genital organları küçük olan vakalarda 5-5.5 yaşına kadar beklenebilir ancak hadisenin psikolojik yönü de gözönünde bulundurulduğunda, ilk müdahalenin okula başlamadan yapılması uygundur (5).

Hipospadias vakalarının % 80'i tek seansla düzeltilebilir (6). Tek seansta amaç minimal düzeyde iz kalması, hasta yatış süresinin kısa olması, maliyetin ucuz, fonksiyon ve estetiğin iyi olmasıdır (5). Genelde tek seanslılarda % 10-15, iki seanslılarda ise % 40 oranında fistül görülmektedir (4).

SONUÇ

Kliniğimizde ameliyat edilen 525 olgunun retrospektif incelenmesi yapılmıştır. Müracaat eden hastaların yaşları son yıllarda giderek küçülmekte, üriner diversiyon yapılan hasta sayısı ise gün geçtikçe yükselmektedir. Daha geç rezorbe olan süttür materyallerinin günümüzde daha kolay bulunabilmesi başarı oranını yükseltmektedir. Post operatuar 48 saat içerisinde lokal ödemin ortadan kaldırılmasına özen gösterilerek başarı oranında % 7.7'lik bir artış gözlenmiştir.

Olgusuna uygun tekniğin seçimi, tekniklerin gereğinde kombine olarak uygulanması, glandüloplastide Horton-Devin meatoplastisi başarı oranını yükseltmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Horton, C.E., Devine, C.J.: Plastic and reconstructive surgery of the genital area, chapter 18, p.235.
- 2- Smith, D.R.: General urology, chapter 28, p.449.
- 3- Duckett, J.W.: Capbell's urology, volume 2, chapter 47, p.1971-1973.
- 4- Duckett, J.W.: Capbell's urology, volume 2, chapter 47, p.1992-1994.
- 5- Broodbent, T.R., Woolf, R.M.: Plastic and reconstructive surgery of the genital area, chapter 18, p.264, 265.
- 6- Hudgson, N.B.: Urologic surgery, chapter 44, p.656.