



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 13, Sayı: 1, 71-78, 1987

KLİNİĞİMİZDE SON 5 SENE İÇERİSİNDE DEĞİŞİK METODLARLA AMELİYATI YAPILAN HYPOSPADIAS VAKALARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMESİ

COMPERATIVE EVALUATION OF VARIOUS HYPOSPADIAS REPAIR TECHNIQUES WHICH WERE DONE IN THE PAST 5 YEARS

SEVİN, G.^(*),

TAŞÇI, A.İ.^(*)

GİRİŞ

Hypospadias üretranın inkomplet teşekkülü ile birlikte olan kongenital bir defektidir. İnsidansı bin vakada 3 veya 4'dür. Bu kongenital defekte mea penisin ventral kısmında glansın altında perineye kadar değişik lokalizasyonlarda açılır. Penisin ventral kısmındaki cilt normalden daha ince olup bazen fibroz bir bantı örter. Bu banta kordi ismi verilir. Ereksiyon halinde kordinin traksiyonuna bağlı olarak penisin kurvaturü ve bunun yanında penis köküne veya scrotuma açılan meadan gelen spermin vagenin uygun yerine ulaşamaması, sex olgunluk yaşlarında hem empotans hem de infertilite sebebi olarak karşımıza çıkar.

Klasik kitaplarda hipospadiasda meanın lokalizasyonuna göre sınıflandırmalar mevcuttur. Şu anda en geçerli sınıflandırma:

- A) Hipospadias Balanik
- B) " Penil
- C) " Scrotal
- D) " Perineal şeklindedir. Değişik kitaplarda bu klasifikasyonun

dışına çıkılsa da esasta kabul edilen yukarıdaki sınıflamadır^(5,6,7,12,15). Bunun yanında araştırmalarda çok değişik bir klasifikasyon tipine rastlanıldığı için burada zikretmeden geçemeyeceğiz.

- A) Anterior Hipospadias (%70 vakada)
 - 1- Balanik

- 2- Balanopenil
- 3- Anterior penil

B) Middle Hipospadias (97 vakada)

- 1- Middle Penil

C) Posterior Hipospadias (%20 vakada)

- 1- Posterior penil
- 2- Peno scrotal
- 3- Scrotal
- 4- Perineal^(12,13)

Penisin ventral kısmındaki kordinin mevcut olup olmaması ve meatusun glansa olan uzaklığına göre değişik ameliyat metodları 200 senedir yapılagelmiş ve aynı metodların değişik modifikasyonları denenmiştir. Bunların içinde en iyi metod hastaya her zaman fayda veren, uygun fonksiyon ve kozmetik sağlayan ve en az komplikasyon gösterendir.

MATERYAL VE METOD

Vakıf Guraba Hastanesi Üroloji Kliniğinde son beş sene içinde değişik metodlarla 72 çocuğa hipospadias ameliyatı yapıldı. Yapılan ameliyatlar ve her tip ameliyatın yapılan miktarı şöyledir:

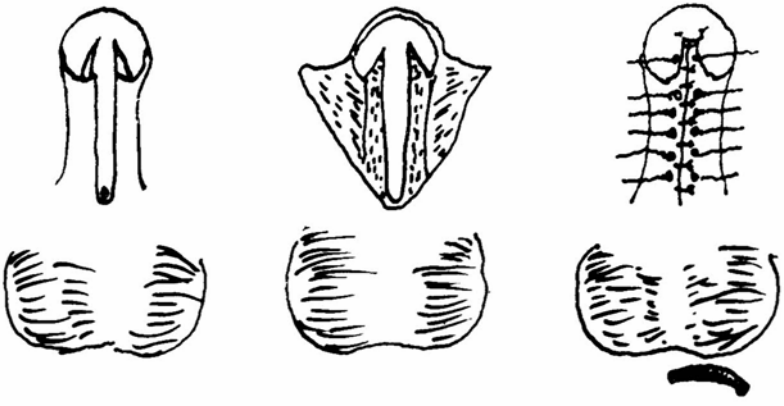
- 1 — Dennis-Browne metodu (14 vaka)
- 2 — Cecil-Gil Vernet metodu (11 vaka)
- 3 — Modifiye Chocolka metodu (23 vaka)
- 4 — Prepisyumdan pediküllü transvers flep üretroplastisi (12 vaka)
- 5 — Prepisyumdan pediküllü vertikal flep üretroplastisi (2 vaka)
- 6 — Blair-Weherbein-Duplay metodu (10 vaka)

Ameliyat edilen hastaların yaşları en küçüğü 3 en büyük olanı ise 24 yaşında idi (Ortalama 9.8 yaş).

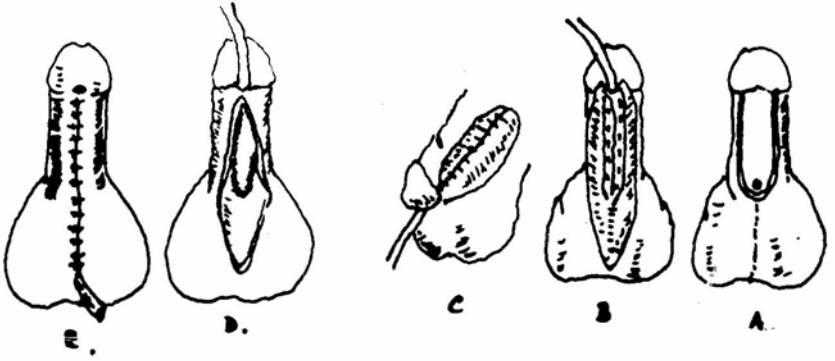
Vakalarımızın hiç birinde mortalite ile karşılaşmadık. Ameliyatlarda üretroplastilerde önceleri 5/10 ve 6/0 krome katkut daha sonraları 6/0 Vicryl kullanıldı. Hastaların bir seansta post-operatif en az 3 gün en fazla 19 gün yatma süresi mevcuttu (Ortalama 8.5 gün). Yine vakalarımızın %60'ında sistostomi veya üretrostomi ile üriner diversiyon yapıldı. Diversiyon kateteri yeni üretraya kateter konulduktan sonra çekildi.

TARTIŞMA

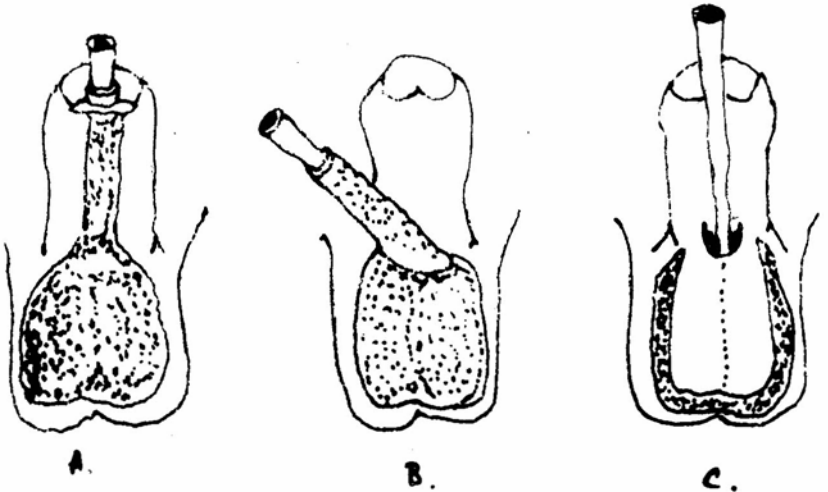
Hipospadias cerrahisi hem hassas bir organın fonksiyonel ve kozmetik durumuna hitap etmesi hem de üroloji, çocuk cerrahisi ve plastik cerrahi dallarının alâkalanması bakımından komplike olup, rutine ve kalıba oturmamış bir cerrahi şeklidir. Bir arayış içindedir. Biz de beş sene içinde hastanemizde kullanılan değişik metodların müsbet ve menfi taraflarını, görülen komplikasyonları, iyileşme müddetlerini ve post-operatif aldığımız sonuçları karşılaştırdık.



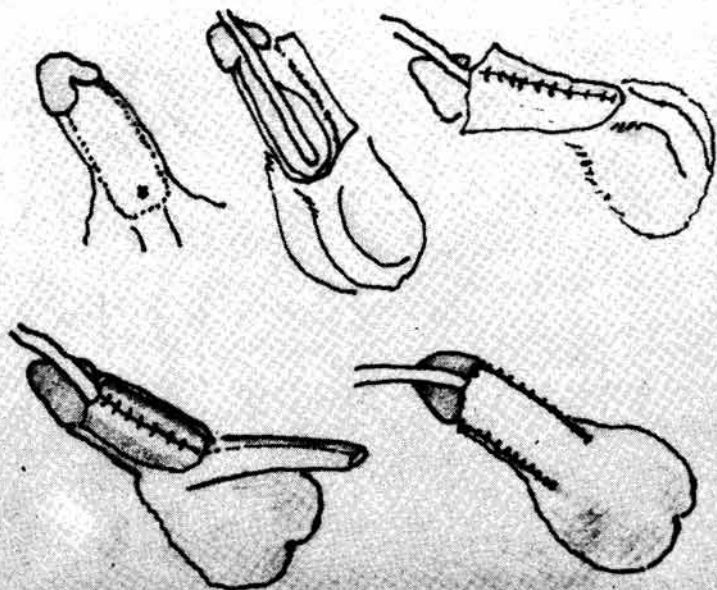
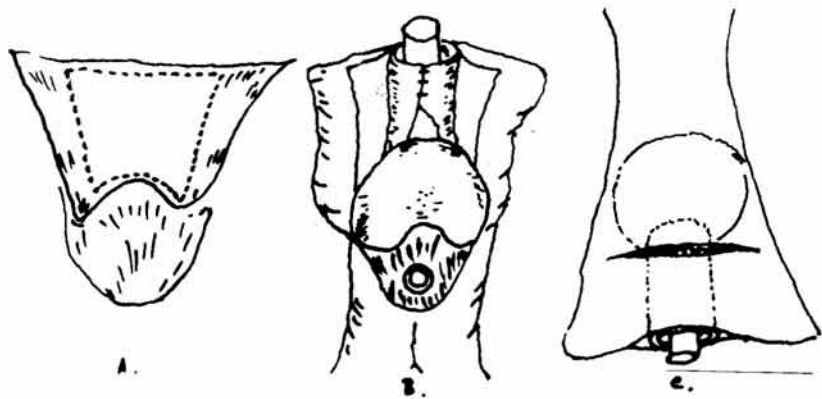
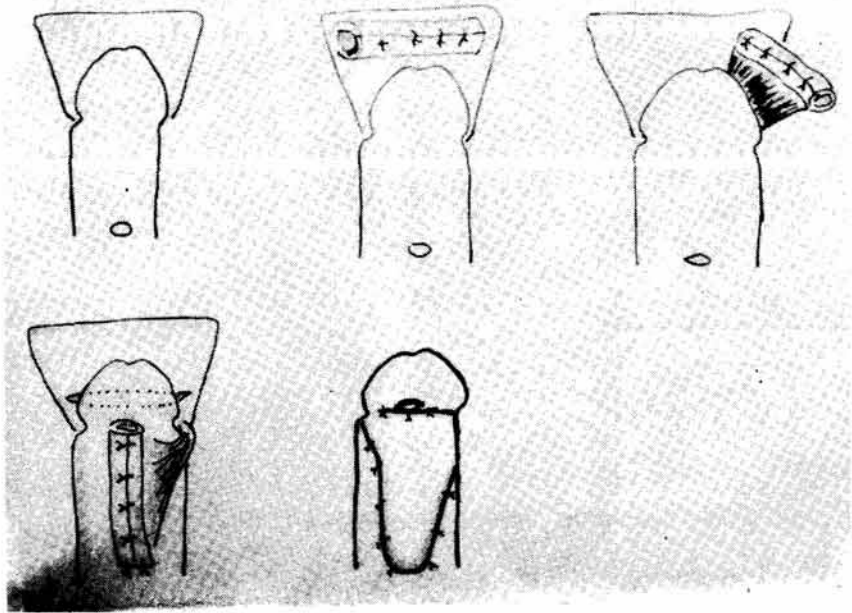
Resim 1: Denis Browne metodu hipospadias tamiri

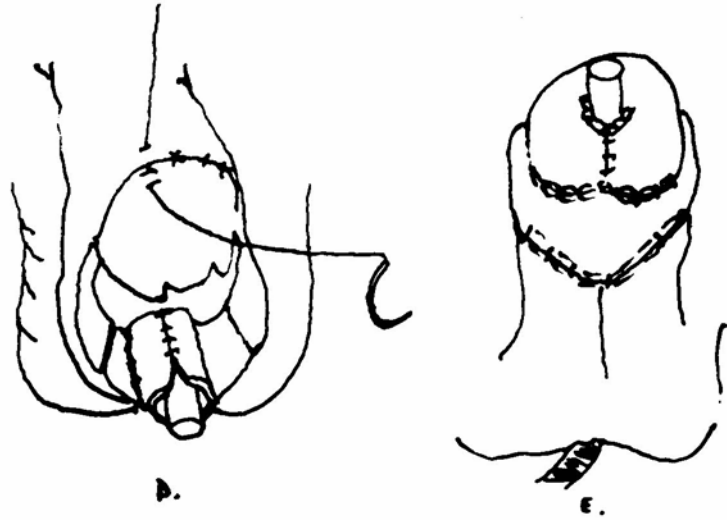


Resim 2: Cecil-Gil Vernet metodu hipospadias tamiri



Resim 3: Modifiye Chocolka metodu uretroplastisi (Rochet tekniği)





İlk olarak klasik Dennis-Browne metodunu ele alalım (Resim 1). Bu metod ile 14 hipospadias tamiri yapıldı. Bu vakaların %70'inde kordi vardı (11 vakada). Dennis-Browne tekniğinin gayesi germe yapan bandı ortadan kaldırmak ve üretral tübü oluşturmaktır. Kordiyi temizlerken bir parça kalırsa ikinci seansta üretral tübü oluştururken peniste ereksiyon sırasında tekrar eğilme mevcut olduğunu görürüz. Ve ikinci seans ameliyatı başarısızlıkla neticelenmiş olur. Biz yaptığımız ameliyatlarda Dennis-Browne tekniğini iki seansta oluşturduk.

Genel olarak bahsetmek gerekirse iki seansta yapılan ameliyatlardan çok daha iyi neticeler aldık. Bunun yanında mahsurlu tarafları hastalar üzerinde psikolojik menfi tesir, arka arkaya gerçekleşen ameliyatlarda hem hasta hem de tıbbın yanıltığı intibasını vermektedir. Bütün hastalardaki müşterek kanaat her şeyin bir arada olup bitmesidir. Diğer yandan tek seans ameliyatı sonunda ortaya çıkan ciddi bir komplikasyon da bir çok düzeltme ameliyatlarına yol açar^(2,3).

Dennis-Browne ameliyatında başarı şansımız %80 (12 vaka) idi. Son yapılan plastik cerrahi kongresinde (1-4 Ekim Çeşme) hipospadias ameliyatı sonucu husule gelen ufak önemsiz fistüller komplikasyon sayılmayacağı düşüncesi paylaşıldı. Bu metodun ilk seansında yapılan kordektomide komplikasyona rastlanılmadı, post-operatif devre 3-5 gün arasında idi. Görülen komplikasyonlar ikinci seans ameliyatlarında idi. İkinci seansta ameliyatların 6'sı üriner diversiyonsuz diğerleri üriner diversiyon ile birlikte yapıldı. Üriner diversiyon yapılmayan vakalarda daha iyi neticeler aldık^(2,3). Üriner diversiyonu yaptığımız üretra tübünün içindeki sonda ile tüb arasında enfeksiyon oluşmaması ve sondanın tübü gerip bozmaması için yapmaktayız. Ama üriner diversiyon yaptığımız vakalarda yaptığımız tübün içinden çektiğimiz atel sondayı post-operatif dönemde tekrar koyarken bir çok defa yapışıklıklar ile karşılaştık hatta yaptığımız tübü ileri derecede travmatize etmek durumunda kaldık. Bunun yanında uretrotomi sonucu uretra travması ve bunun getireceği geç darlıklar düşünülmesi gereken olaylardır. Üriner derivasyonsuz yapılan vakalarda belli başlı iki

komplikasyon ile karşılaştık. Bunlardan birisi enfeksiyon oluşumu ve diğeri sonda etrafında yaptığımız tübün gerilmesidir. Enfeksiyon uygun pansuman ve kuvvetli antibiyotiklerle mücadelesi yapılabilmektedir. Sonda üzerindeki tübün gerilmesi tamamen teknik bir hatadır. Tüb oluşturmak için geniş cilt kanatları hazırlanırsa ve bu kanatlar atel sonda üzerine bol olarak oturtulursa gerginlik ve sütür atması olmayacak hatta bu safhada enfeksiyon oluşumu bile çok az görülecektir^(2,3,6). Eğer yeter derecede cilt kanatları elde edilemiyorsa teknik değiştirmeli Dennis-Browne tekniği kullanılmamalıdır.

Cecil-Gil Vernet tekniği ile kliniğimizde 11 hastayı ameliyat ettik. En iyi neticeleri aldığımız bu tekniktir. Üç hastada küçük fistül oluşumu dışında bir komplikasyon görmedik. Bu metotta kordi olup olmaması, penis cildinde tamir için yeterli etof olup olmaması hiç mühim değildir. Emin, olumlu seyrek komplikasyon görülen bir ameliyat tekniğidir (Resim 2). İlk seansta kordektomi, ikinci seansta üretral tübün oluşturulması ve scrotuma gömülmesi, üçüncü seans ile üretranın gömüldüğü yerden çıkarılması ve scrotal düzeltilmez. Seanslarda yapılan procedür kısadır ve oyalayıcı değildir. Daha önce de bahsettiğim gibi seanslar arttıkça ameliyatın güvencesi artmaktadır^(4,5,6,9,11). Ancak ameliyatın mahsurlarına göz atarsak en mühim handikab seanslar da hastanın üç defa narkoz alması ve üç defa ameliyat riskleri ile karşı karşıya kalmasıdır. Diğer huzursuz bir durumda sonda müddetidir. İlk seans kordektomi ortalama 5 gün, ikinci seans üretroplasti ve scrotal gömme birbuçuk ay üçüncü seans scrotal düzeltmede 5 gün total 2 ay hasta sonralı kalmaktadır. Bunun ızdırabı üriner sistemde assandan enfeksiyon oluşumu küçük bir çocukta bu kadar süre duran sondanın psikolojik yıkımı ve enfeksiyon mücadelesi için uzun süre kullanılan antibiyotikğin vücuda olan yan tesiridir^(4,5). Bir tarafta neticesi emin bir operasyon diğeri yandan huzursuzluklar. Burada karar her zamanki gibi hasta ile iyi dialog kura-bilen cerrahıdır.

Servisimizde yüzümüzü güldüren diğeri bir ameliyat metodu da çok eski bir kiteda Chocholca metodu diye isimlendirilen ve tarafımızdan modifiye edilen bir tekniktir. Ameliyatın kısaca prensibi hipospadik meanın distalinde hazırlanan uretral tübün proksimale devrilmesi ve glans içinde hazırlanan sulkusa yerleştirilmesidir (Resim 3). Neşriyatlarda bizim ameliyat tekniğine çok benzerini Rocket tekniği adıyla gördük^(8,12). Ameliyat çok basittir ve ayrıca tüb oluşturmak için geniş cilt etofu mevcuttur. Husule getirilen uretral tübün pedikülü olduğu için beslenmesi çok güzel olmakta ve şimdiye kadar 23 vakada nekroz olanına rastlamadık. Üzerine kapatılan cilt fistül oluşumunu da asgariye indirmektedir. Vakaların 13'ü üriner diversiyonla beraber yapıldı. Post-operatif neticeler aynı idi. Tekniğin kusurlu olarak sayabileceğim sebepleri pek zayıf kalacaktır. Buna göre kordi olan vakalar bir ikinci seansta üretroplasti yapılabilir ve 5 vakada tespit ettiğimiz meatus darlığı idi. Bu durum bütün ameliyatlarda rastlanılabilen müşterek komplikasyondur^(6,9,11,16).

Diğeri bir teknik 1985 yılında Dünya Üroloji Konferansı (Viyan) esnasında gördüğüm ve o hevesle servisimizde 12 vakada uyguladığımız tekniktir. Dış görünüş itibarı ile fevkalade bir teknik görüntüsü veren prepişyumdan pediküllü transfers flep metodu (Resim 4) yaptığımız metodlar içinde en çok komplikasyon gördüğümüz bir metodu. Tek seansta her şeyin tamamlanması, istenilen boyda uretral tüb oluşturu-

rulması pedikülün istenilen boyda uzaması ve túbün penisin istenilen yerine yerleştirilebilmesi ile cazip bir ameliyat metodu gibi görünmekte ise de husule getirilen túbün pedikülünün disseksiyon esnasında kolayca beslenmesinin bozulabilmesi başarıyı azaltmaktadır. Pedikülün yetersiz damarlanması yeni üretrada fistüller, darlık ve kısılma meydana getirmektedir. Biz 12 vakanın %20'sinde büyük %30'unda küçük toplam %50 vakada komplikasyon gördük. Husule gelen komplikasyonlar sırası ile fistül oluşumu, yeni üretranın beslenme bozukluğu sonucu kısılması, enfeksiyon oluşumu, meatusda darlık ve ereksiyonda kurvatur idi. Fakat miktarı az olan tam şifa bulmuş vakalar ise imrenilecek güzellikte idi. Kısaca üzerinde çalışılması gereken ve bazı modifikasyonlarla daha emin hale getirilmesi gereken bir ameliyat metodudur.

Toksu metodu adıyla kitaplarda geçen⁽¹⁾ ve pediküllü flep metodundan sonra yapmaya karar verdiğimiz ve üzerinde biraz modifikasyon yaptığımız bu metolla (Prepusyumdan pediküllü vertikal flep üretroplasti) şimdiye kadar iki vaka ameliyat ettik (Resim 5). Kolay görülmesine rağmen bize zor gelen bu metotta ümidimiz olmamasına rağmen iki vakada da şifa tamdı. Bize zor gelen tarafı vertikal túb oluşturulmuş flebin ventrale çevrilmesi esnasında pot husule gelmesi, potların estetiğini düzeltirken túbün beslenmesini bozacağımızdan veya tübe iatrojenik bir zarar vereceğimizden korkmamızdır. Bunun dışında fazla deneyimimiz olmadığı için tekniğin iyi veya kötü taraflarından detaylı olarak bahsedemeyeceğiz.

Beş senelik sürenin ilk senelerinde çok yaptığımız Blair-Werbein-Duplay tekniği yine birkaç seansta gerçekleşen bir ameliyat metodudur (Resim 6). Birinci seansta kordektomi ile birlikte yapılan scrotumdaki pediküllü flep ikinci seansta husule getirilen uretranın üzerine kapatılarak mevcut üretranın beslenmesini artırır. Ameliyat emin komplikasyonu az bir metod olarak görülmesine rağmen ikinci seans oluşturulurken pediküllü flebin itina ile korunması lazımdır. İyi disseke edilmeyen ve inceltilmeyen gref ventral tarafta şişlik ve kozmetik bozukluğu husule getirir. Diğer taraftan iyice disseke edilirken aşırıya kaçılırsa bu defa greftde beslenme bozulur bu da nekroz enfeksiyon, sikatris oluşumu gibi sonuçlar doğurur^(2,3). Bizim yaptığımız 10 ameliyatın dördünde bu gibi komplikasyonlar görülerek üçüncü seans ameliyata gidildi.

Sonuç olarak hipospadiasta belli bir ameliyat metodu her hastaya tatbik edilemez. Her hasta için vakanın durumuna, kordinin mevcudiyetine, meatusun glansa olan mesafesine, penis üzerindeki serbest cildin durumuna, prepusyumun genişliğine, scrotumun gelişip gelişmediğine göre her şahıs için ayrı ameliyat metodu uygulanması gerekir. Onun için hipospadias taminini yapacak cerrahın çok deneyimli, çeşitli ameliyat metodlarını ve bu metodların iyi ve kötü taraflarını çok iyi bilen biri olması lazımdır. Yazıyı hazırlamaktaki maksadımız kendi deneyimlerimizle diğer meslektaşlarımıza ışık tutabilmek isteğidir.

ÖZET

Kliniğimizde son beş sene içerisinde 72 hypospadias vakası ameliyatı yapıldı. Vakaların kordili ve kordisiz oluşuna ve meatusun glansa olan uzaklığına göre değişik metodlar uygulandı. Bu değişik metodların birbirlerine olan üstünlükleri karşılaştırılmalı olarak takdim edildi.

SUMMARY

In last 5 years 72 hypospadias repairs had been done in our clinic. Various methods has been performed to the cases, according to their chordee presentations and the meatus localizations. The superiorities of the technics were discussed and presented.

KAYNAKLAR

- 1 — **Broadbeut, T.R.**, Woolf, R.M. and Toksu, E., Hypospadias: One stage repair, Plastic Reconst. Surg., 27:154, 1961.
- 2 — **Browne, D.**, Hypospadias Postgrad. Med. Journal, 25:367, 1949.
- 3 — **Browne, D.**, A comparasion of the Duplay and Dennis Browne techniques for hypospadias operation, Surgery, 34:787, 1953.
- 4 — **Cecil, A.B.**, Surgery of hypospadias and epispadias in the male, J.Urol. 27:507, 1932.
- 5 — **Cecil, A.B.**, Modern teatment of hypospadias, j.Urol., 67:1006, 1952.
- 6 — **Charles, E.**, Horton, M.D., Plastic and reconstructive Surgery of the genital area, Little, Brown comp., Boston, 1973.
- 7 — **Culp, O.S.**, Experiences with 200 hypospadias: Evaluation of a therapetic plan, Surg. Clin. Nord Am., 39:1007, 1959.
- 8 — **Culp, O.S.**, Early correction of congenital chordee and hypospadias J.Urol., 65:264, 1951.
- 9 — **Devine, J.C.** and Horton, C.E., One stage hypospadias repair, J.Urol. 85:116, 1961.
- 10 — **Edmans, A.**, An Operation for hypospadias, Lancet, 1:447, 1913.
- 11 — **Horton, C.E.** and Devine, C.J., Hypospadias modern treatment in plastic surgery, London, Butterworth, 268-284, 1966.
- 12 — **Horton, C.E.**, Hypospadias Plastic Surgery in infancy and chilhood Philadelphia Saunders, 1971.
- 13 — **Nesbit, R.M.**, The Surgical correction of minor hypospadias with chorde Pediatrics, 42:471, 1968.
- 14 — **Sevin, G.**, XX. World Urology Conference Viyana 1985 şahsi izlenimlerim.
- 15 — **Sevin, G.**, Prof. Gil Vernet ile şahsi görüşmelerim, Barselona, Espana, 1982.