



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ  
Cilt: 13, Sayı: 1, 113-118, 1987

## RETROPUBİK VE SUPRAPUBİK PROSTATEKTOMİ'DEN ALINAN SONUÇLAR

### THE RESULTS OF RETROPUBIC AND SUPRAPUBIC PROSTATECTOMY

TOKTAY, H.N.<sup>(\*)</sup>

#### GİRİŞ

Prostat cerrahisinde açık ameliyat metodu güncelliğini korumakta ve bilhassa memleketimizde bazı büyük ve mali imkânı müsait olan klinikler müstesna, daima bu metod tercih edilmektedir.

Ayrıca hepimizin bildiği üzere çeşitli nedenlere bağlı olarak hastaların büyük bir kısmı bize müracaat ettiklerinde prostatları büyük bir hacim kazanmış ve dolayısıyla trans-üretral müdahale imkânı da ortadan kalkmış bulunmaktadır.

Bu itibarla malûm olan suprapubik veya daha az kullanılan retropubik metodu ameliyatın yapılması gerekmektedir. Biz kliniğimizin kurulduğu 1958 yılından beri suprapubik metodu ve daha sonra 1966-1970 arasında retropubik metodu prostatektomi yaparak yayınladık. Bu defa muayyen bir vak'a grubunda her iki metodu uygulayarak tamamen mukayeseli bir çalışma yapmak istedim.

#### GENEL BİLGİLER

İdrar etme şikayetleri ile müracaat eden 50 yaşın üstündeki erkeklerde P.H. yönünden malûm olan tetkikler yapılmalıdır: Anamnezi takiben basit idrar muayenesi, rezidü tayini, tuşe rektal, sistoskopik muayene ve üriner sistemin radyolojik tetkikleri ile lüzumu halinde böbrek fonksiyon testleri gibi...

Sistoskopik tetkik kanımca retropubik metodun uygulanacağı hallerde daha fazla endikedir. Çünkü bu tetkik yapılmazsa bazen ürografide bile kendini gizleyen mesane içi patolojik vetireleri mevcut olabilir. Bu hususu nazarı itibare alarak mesane içinde tümör veya büyükçe bir taş bulunan P.H.li olguları suprapubik metodu ameliyata tabi tuttum.

(\*) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

İkinci bir nokta ise prostatın hacmidir. Retropubik metodla müdahalede hacmen muayyen bir sınırın üstündeki prostatlarda gene suprapubik metod tercih edilmelidir, ben de öyle hareket ettim.

Üçüncü husus ise hastanın fizik yapısı yani şişmanlık derecesidir. Fazlaca şişman olan kişilerde keza retropubik prostatektomi güçlük arz etmektedir, dolayısıyla burada da suprapubik metod tercih sebebi olabilir.

## MATERYAL VE METOD

Vak'a serimiz 13 retropubik ve 13 suprapubik metodla müdahale gören 2 grup hastadan ibarettir. Her iki metodla yapılan tüm ameliyatlarda genel anestezi tatbik edilmiş, ancak istisnai olarak retropubik grupta sadece 1 hastada spinal anestezi yapılmıştır.

Suprapubik müdahalede 13 vak'anın hepsinde tamponsuz prostatektomi yapılmıştır. Keza her iki metod tatbikinde vertikal kesi kullanıldı. Burada daha ziyade retropubik metod hakkında kısaca bilgi vermek istiyorum- Önce mesaneye bir Nelaton sondası aracılığı ile 100-150 cc. kadar steril su verilir ve müteakiben ameliyata başlanır. Vertikal kesi ile deri ve derialtı dokusu açıldıktan sonra sfak da aynı doğrultuda açılır ve rektus kasları yana çekilip mesane önü bölgesi iyice ekspoze edilir. Nihayet malûm tarzda periton refulmanı yapılarak Millin ekartörü yerleştirilir. Prostat bölgesinin iki yanına küçük bir gaz tampon konması uygun olur.

Sonra prostat kapsülü üstüne damarları ligatüre eden 8-10 mm. aralıklı 2 sütür (atraumatic plain catgut 0) konur ve uçları askıya alınır. Bistüri ile kapsül üzerinde ve iki askı sütürü arasında ortalama 2,5 cm. boyunda bir kesi yapılır, sonra makasla hazırlayıcı mahiyette diseksiyonla prostatın ön kısmı kapsülden ayrılır. Bundan sonra parmakla bilinen şekilde enükleasyon yapılır. Bu esnada gene sol elin şahadet parmağı ile tuşe rektal yapılmalıdır.

Enükleasyondan sonra loja hemen geçici olarak bir rulo gaz yerleştirilir ve müteakiben kaidede loj ile mesane arasındaki çıkıntı gösteren doku kıvrık makasla kesilip bertaraf edilir ve birkaç sütür konarak kanama önlenir. Bundan sonra rulo gaz çıkarılır ve loj içinde kanayan damarlar görerek rahatça sütüre edilir. Bu iş bitince 20 veya 22 Fr.lik bir Foley sondası yerleştirilir ve balonu 5-6 cc. su verilerek hafifçe şişirilir, balonun loj içinde kalması temin edilir, sonda ucu ise mesane kavitesinde kalır.

Suprapubik metodda olduğu gibi burada da stab-wound drenaj tübü konmalıdır. Biz kliniğimizde bunun için tercihan 20 Fr. latex Pezzer sondası kullanılmaktadır. mamafih 29-22 Fr.lik bir Nelaton sondası da (2 delikli) kullanılabilir.

Önemli olan son kademe prostat kapsülünün sütüre edilip kapatılmasıdır.

Şahsen bu çalışmada evvelki seriden farklı olarak kapsülü daima atraumatic 1 No.lu chromic catgut ile kontinü olarak sütüre ettim. Bundan sonraki kademe Retzius'e dren koyup sırasıyla tabakaları kapatmaktan ibarettir. Ameliyat biter bitmez mesane irrigasyonuna geçilir. Bunun için %0.9'luk serum kullanılmaktadır. Tercihan Foley sondasından damla damla verilen (Dak. 70-120 damla) bu solüsyon diğer sonradan dışarı çıkar ve kanlı ifrazat ile küçük pıhtılar bertaraf edilmiş olur. Bu devam-

lı yıkama, duruma göre 1-2 gün devam eder. Şayet kanama yok veya çok az derecede ise stab-wound drenaj tübü de 3. gün alınır. Ameliyatın 6. günü Retzius'teki diren ve ortalama 10. gün de üretral sonda çıkarılır.

Mukayeseli olan bu çalışmada her iki gruptaki vak'alara kaide olarak "bilateral vazektomi" yapılmıştır.

Şimdi her iki gruptaki hastaların ameliyat sonu durumlarını ve alınan sonuçları ayrı ayrı kısaca zikretmek istiyorum:

**Subrapubik prostatektomi:** 13 hastadan 1 tanesi ameliyatın 6. günü hazım yolu kanaması geçirdi, 4 ünit kan vermek suretiyle ve etkin bir diet ile bu komplikasyon önlendi. Diğer hastalarda ameliyat sonu devresi olaysız geçti. Üretral sondanın kalış süresi ortalama 10,4 gündür (Tablo 1).

**TABLO 1**  
**PROSTATEKTOMİ (FREYER)**

	<u>Vak'a</u>	<u>Yaş</u>	<u>Prot. No.</u>	<u>Komplikasyon</u>	<u>Sonda</u>
1)	A.S.	60	305/83		9 gün
2)	C.E.	55	341/83		15 "
3)	İ.Y.	75	688/83		10 "
4)	R.Y.	70	694/83		9 "
5)	M.A.	67	974/83		11 "
6)	M.Ş.	62	983/83		11 "
7)	H.E.	67	998/83		10 "
8)	F.A.	77	327/84		12 "
9)	İ.Ö.	69	383/84	Hazım yolu kanaması	9 "
10)	A.E.	68	1063/84		9 "
11)	O.T.	80	132/85		10 "
12)	E.Ş.	67	283/85		10 "
13)	M.K.	64	394/85		10 "

Ortalama: 10.4 Gün

**Retropubik prostatektomi:** Bu grupta ise 1 hastada sağ bacakta tromboflebit görüldü ve sondası 15. gün alınmasına rağmen bir süre daha hastanede kaldı ve tedavi evinde devam etmek üzere taburcu edildi. Bu grupta 66 yaşındaki son vak'a (A.Y.) taburcu olduktan 20 gün kadar sonra osteitis pubis görünüşündeki şikayetlerle tekrar yatırılmış ve tedavisi sırasında hazım yolu kanaması geçirmiş ve sonunda vefat etmiştir. Bunun dışında bir komplikasyon görmedik. Bu grupta üretral sondanın kalış süresi ortalama 11,9 gündür (Tablo 2).

TABLO 2

## PROSTATEKTOMİ (MILLIN)

	Vak'a	Yaş	Prot. No.	Komplikasyon	Sonda
1)	H.B.	75	91/83		15 gün
2)	A.Ö.	73	219/83		12 "
3)	M.Ü.	65	333/83		11 "
4)	M.E.	70	361/83		10 "
5)	L.Ö.	66	508/83		10 "
6)	T.B.	68	859/83	Sağ bacakta tromboflebit	15 "
7)	S.R.	77	730/83		12 "
8)	M.K.	65	832/83		11 "
9)	K.K.	56	1008/83		11 "
10)	Y.A.	70	575/84		12 "
11)	M.B.	52	997/84		10 "
12)	A.Y.	75	429/85		10 "
13)	A.Y.	66	442/85	Hafif deri altı enfeksiyonu	15 "
Ortalama: 11.9 Gün					

## TARTIŞMA

Millin metodu ile yapılan müdahaleleri Freyer metodu ile yapılanlarla mukayese ederek bir sonuca varmak gerekir. Esasen çalışmamızın gayesi de budur. Şimdiye kadar bütün dünyada birçok ürologlar bu iki ameliyat şeklini çok sayıda uygulamış ve her iki tarzın üstün olan veya olmayan yönlerini beirtmişlerdir<sup>(8,9)</sup>. Teknik olarak bazı değişiklikler yapılmıştır. Mesela Millin ameliyatından sonra vak'aların çoğunda sonda konmaması denenmiş ve iyi sonuç alınmıştır<sup>(2,3)</sup>. Birçokları kapsülü kesintili sütün ile kapatmışlardır<sup>(2)</sup>. Biz de bu şekli evvelki 55 vak'alık seride uygulamıştık<sup>(10)</sup>.

Lambley, Welfor ve Macalister isimli otörler 1964'deki yayınlarında prostatektomi ameliyatından 14 gün öncesine kadar sistoskopi yapılmasının ve hatta kateter takılmasının mahzurlu olduğunu öne sürmektedirler<sup>(4,6)</sup>. Şahsen buna katılmıyorum, çünkü hassaten son 15 yıl içinde memleketimizde de soğuk ışık sistoskopların kullanılması ve ince çapta olmaları üretra travmasını çok azaltmıştır. J.LENKO da aynı kanaati serdetmektedir<sup>(5)</sup>.

Adı geçen bu otörler keza kapalı katater drenajını tavsiye etmektedirler<sup>(4)</sup>. Ben de bu çalışmamda her iki ameliyat şeklinde bahsi geçen kapalı drenaj sistemini uyguladım ve çok olumlu sonuç aldım.

Millin metodu kullanmanın avantajlı olduğunu kabul edenler az değildir. Polonya'da Askeri Tıp Akademisi Üroloji Kliniğinde yaptığı araştırmada J. LENKO ve arkadaşları, retropubik prostatektominin daha avantajlı olduğunu birkaç madde halinde zikretmişlerdir<sup>(5)</sup>.

Kliniğimizde de 1966-70 arasında yaptığımız 55 retropubik prostatektomi serisinde hassaten per-operatuvar kanama kontrolunda bu metodun daha avantajlı olduğunu müşahade etmişik<sup>(10)</sup>.

Buna mukabil M.L. BOYD, 1956 yılında yayınladığı bir çalışmada suprapubik metodu tavsiye etmekte ve en iyi metod olduğunu zikretmektedir<sup>(1)</sup>. Pek tabii her iki metodla yapılan prostatektomilerde bazı komplikasyonlar sözkonusudur. Bilhassa retropubik cerrahide az da olsa osteitis pubis görülmektedir ki hastayı uzunca bir zaman rahatsız etmektedir<sup>(9)</sup>. Benim 13 vak'alık retropubik grubumda sadece 1 tanesi taburcu olduktan 20 gün kadar sonra böyle bir şikayetle tekrar yatırılmıştır. Bunun dışında başka komplikasyonlar da olabiliyor.

## SONUÇ

Buraya kadar çeşitli otörlerin fikir ve görüşlerini, her iki şekil ameliyattan aldıkları sonuçları belirttikten sonra her iki metodla yaptığım 26 ameliyatın sonuçlarını mukayeseli olarak sunmak istiyorum:

1) Memleketimizde halâ çok yapılan suprapubik prostatektomide mesane açıldığı için büyük bir mesane taşı, tümör ve hatta bir divertikül'ün de bertaraf edilmesi kabil olmaktadır. Keza ureterlerin mesane duvarındaki parçasında gereken ameliyatlara ve nihayet parsiyel sistektomi dahi yapılabilir. Prostatektomiden sonra lojun büyüklüğü dolayısıyla kanama kontrolunun yapılamadığı hallerde tampon konması da kabil olmaktadır. Suprapubik metodun bir avantajı da oldukça büyük hipertrofilerde dahi emniyetle tatbik edilebilmesidir. Nihayet burada sistoskopi yapılması da zorunlu değildir. Dezavantajı ise vak'aların cüz'i bir kısmında ameliyat bitiminden 2-3 saat sonra kanama görülmekte ve hastanın tekrar ameliyata alınma mecburiyeti doğmaktadır. Bir husus da mesane cidarının ince olduğu hallerde idrar sızıntısının olması ve neticede derialtı süpürasyonlarının husulü ile taburculuğun uzamasıdır.

2) Retropubik prostatektomide ise mesane kavitesinde bulunan taş (küçük hacimdekiler müstesna) tümör, divertikül ve sair patolojik vetirelerin cerrahi tedavisi suprapubik metoddakinin aksine imkânsızdır. Retropubik metotta sistoskopik tetkik mutlaka yapılmalıdır. Bundan maksat prostatın hacmi, yeri ve mesane içi patolojisinin tayinidir. Bu metodun avantajı mesane açılmadan prostatın çıkarılmasına imkân verir ki bu bilhassa ince cidarlı mesanelerde önemlidir.

Nihayet bu teknikte prostat loju en uygun şekilde ekspozé edilir ve kanama da en etkin tarzda kontrol edilir, çünkü loj direkt vision altındadır. Böylelikle diğer metoda nazaran yegane üstün tarafı kanama kontrolunun tam oluşudur.

## ÖZET

Memleketimizde açık prostat cerrahisinde çok kullanılan suprapubik metodla daha az tatbik edilen retropubik metod mukayeseli olarak değerlendirilmiştir.

Bunun için her iki metodla 13'er hasta ameliyat edilmiş ve görülen komplikasyonlar ile üretral sondanın alınıp günleri birer cetvelde gösterilmiştir. Sonuç olarak suprapubik prostatektomi serisinde üretral sondanın kalış süresinin ortalama 10,4

gün, retropubik seride ise bu sürenin 11,9 gün olduğu saptanmıştır. Ancak kanama kontrolünün retropubik metodda çok daha iyi olduğu anlaşılmıştır.

## SUMMARY

In prostatic surgery the widely used suprapubic and less used retropubic methods have comparatively been evaluated. In two groups consisting of 13 patients each, prostatectomy have been done and the duration of the urethral catheter stay has been shown in a table.

As a result this period was found to be 10,4 and 11,9 days in suprapubic and retropubic methods respectively. Finally the most important point is that the control of hemorrhage in the prostatic cavity is much easier and safer in retropubic prostatectomy than the suprapubic method.

## KAYNAKLAR

- 1 — **Boyd, M.L.:** Suprapubic or retropubic prostatectomy. J. of Urol., Vol.76, No.5, Nov.1956, p.625.
- 2 — **Debenham, L.S., Ward, A.E.:** Retropubic prostatectomy using a no-catheter technique. Brit. J. of Urol., June 1960, p.178-182.
- 3 — **Hickinbotham, P., Turner, W.D., Sarma, K.P.:** Retropubic no-catheter prostatectomy-A review of 106 cases. J. of Urol., Vol.97, May 1967, p.899-902.
- 4 — **Lambley, D.G., Welford, B.:** Closed catheter drainage after retropubic prostatectomy. Brit. J. of Urol., Dec.1964, p.558-561.
- 5 — **Lenko, J., Cieslinski, S.:** Millin's retropubic prostatectomy, report of 233 cases. Brit. J. of Urol., Aug. 1965, p.450-454.
- 6 — **Macalister, C.L.O.:** Retropubic prostatectomy without catheter drainage. J. of Urol., Vol.92, No.5, Nov.1964, p. 517-521.
- 7 — **Millin, T., Macalister, C.L.O.:** Retropubic prostatectomy, Urology, Vol.III. (Campbell, M.), p.2507-2518, 1970, Saunders Co.
- 8 — **O'Connor, V.J., Jr.:** Suprapubic prostatectomy, Urology, Vol.III (Campbell-Harrison), p:2405-2418, 1970, Saunders Co.
- 9 — **Rolnick, D.:** Osteitis pubis as a complication of retropubic prostatectomy. J. of Urol., Vol.84, No.2, Aug. 1960, p.390.
- 10 — **Toktay, H.N., Kaplanoglu, N., Erhan, Ö.:** Retropubik prostatektomi ve aldığımız sonuçlar. Ege Tıp Fak. Mec., C.10, No.2, sah.167-173.