TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt: 14, Sayı: 4, 559-563, 1988

SUPRAPUBİK TRANSVEZİKAL PROSTATEKTOMİ İLE TRANSURETRAL PROSTAT REZEKSİYONU KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

COMPARATIVE STATISTICAL ANALYSIS OF TRANSVESICAL AND TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY

YALÇIN, O.(*), KAZANCI, G.(**), YILDIZ, S.(***)

GİRİŞ

Türkiye'de 60-70 yaş arasındaki erkeklerin % 65'inde görülen benign prostat hiperplazi (BPH), yaşlı erkeklerde obstrüktif üropatinin en önemli sebebidir. (7)

Üriner obstrüksiyonu ortadan kaldırmak için açık cerrahi yöntemlerinden birisi ya da daha yeni bir yöntem olan transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) kullanılmaktadır.

Dünyada 50, ülkemizde de 25 yıldır uygulanmakta olan TURP giderek ilk tercih edilen yöntem olmaktadır (3, 4, 6, 7, 9).

Kliniğimizde 1981 den itibaren uygulanmaya başlanan TURP ile sık kullanılan bir açık prostatektomi yöntemi olan suprapubik transvezikal prostatektomi (SPTVP) nin olumlu ve olumsuz yönleri ile birbirlerine olan üstünlüklerini ortaya koymayı düşündük. Bu amaçla Ocak 1979 ile Temmuz 1986 arasında kliniğimizde yapılan 150 prostat ameliyatından dosyaları ve takipleri düzenli olan 55 SPTVP ile 50 TURP olgusunu retrospektif olarak değerlendirdik.

MATERYAL VE METOD

Yaş ortalamaları aynı olan (SPTVP; 68,72 ∓ 1,06, TURP; 65 ∓ 1.57. P>0.005) iki hasta grubuna uygulanan iki ayrı ameliyat yöntemini morbidite, olumlu ve olumsuz sonuçları, komplikasyonları, hastaların postoperatif sondalı kalış ve hastanede yatış

(*) Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
(**) Üroloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti
(***) Üroloji Anabilim Dalı Doçenti

Ameliyat tekniği: Bütün hastalara genel, spinal ya da epidural anastezi altında litotomi durumunda sisto-üretroskopi yapıldı. Elde edilen bulgulara göre SPTVP ya da TURP'a karar verildi. Bu bulgular; prostatın büyüklüğü, mesane boynundaki fibrozis, median bar, üretranın rezektoskopu alabilme durumu, prostatik üretranın uzunluğu, mesane kapasitesi, intravezikal tedavi gerektiren ek patolojilerin bulunup bulunmaması, hastaların genel durumları ve umulur yaşama süresidir.

MORBİDİTE VE MORTALİTE

Ortalama ameliyat süresi: SPTVP de 108,81 ± 2,57 dakika, TURP da 48,4 ± 1,61 dakika. peroperatuar verilen kan miktarı ortalaması: SPTVP de 1,67 ± 0,11 ünite, TURP da 0,3 ± 0,13 ünite, hastaların postoperatif sondalı kalış süreleri ortalaması: SPTVP de 14,14 ± 1,35 gün, TURP da 5,16 ± 0,45 gün post operatif hastanede yatış süreleri ortalaması ise; SPTVP de 14,96 ± 0,86 gün, TURP da 7,24 ± 0,45 gün bulundu (Tablo 1).

2 SPTVP, 1 TURP olgusunda kontrol altına alınamayan kanama prostat lojuna iodoform tampon konularak kontrol altına alındı. Ameliyat sonrası erken dönemde 3 **TURP, 6 SPTVP hastasında stress enkontinans, sadece SPTVP yapılmış 1 hastada** kalıcı enkontinans gelişti.

SPTVP yapılan olgularda % 6,6 epididimoorşit, % 16,3 yara enfeksiyonu, % 12,7 vezikokutanöz fistül, % 4,7 üretral darlık, % 0,95 empotans % 1,9 pyelonefrit gelişti.

TURP olgularında üretral darlık % 4 mesane boynu darlığı % 95 gelişti (Tablo 9).

TARTIŞMA

Kliniğimizde prostatektomi yapılan 105 olguyu kapsayan retrospektif çalışmada SPTVP ve TURP yöntemlerini hastaların yaş grupları, klinik düzelme, postoperatif komplikasyonlar ve mortalite yönünden literatür bulguların ışığı altında tartıştık.

Prostatizm yakınmaları ile gelen hastalarda ameliyat öncesi idrar kültürlerinde E Coli % 38.64, Enterobakter % 29,56, Proteus % 11,36, Stafilokok % 4,54 oranında üremiştir.

Ameliyat süresi, ameliyattan sonra sondalı kalış ve hastanede yatış süreleri, peroperatuar kanama, epididimoorşit, yara enfeksiyonu, üretral darlık, postoperatif geç kanama ve pyelonefrit gelişmesi yönünden TURP lehine istatistiksel yönden anlamlı farklılık gözledik (Tablo 3).

Her iki grubun ayrı ayrı değerlendirilmesinde semptomlarda istatistiksel anlamlı **iyileşme gözlenmiştir ($P<0.01$).**

TURP da sistostomiye gerek duyulmaması postoperatif sondalı kalış süresini kısaltmakta. buna bağlı olarak hastanede yatış süresi de daha kısa olmaktadır.

SPTVP yapılan bir olguda kalıcı enkontinans görüldü. (% 1,18). TURP dan sonra kalıcı enkontinans gelişen olgumuz yoktur.

Prostatektomilerden sonra kalıcı enkontinans genellikle eksternal sfinkterin operasyon sırasında, ya da postoperatif kanamanın kontrolu amacıyla mesane boynuna uygulanan forse fraksiyonun uzun süre kalması sonucu harap olmasıyla gelişmektedir (2, 4, 7, 8).

Prostatektomilerden sonra epididimit sıklıkla görülen bir komplikasyon olup, nedeni üriner enfeksiyon etkenlerinin vas deferensler yoluyla retrograd olarak epididimlere ulaşmasıdır (1, 5, 10).

Postoperatif % 6,6 oranında epididimoorşit gördük. TURP dan sonra hiçbir hastada epididimoorşit gelişmemesini postoperatif kalış süresinin daha kısa olmasına bağlıyoruz.

Postoperatif geç kanama: Bizim serimizde toplam iki geç kanama oldu (% 1,9). Bunlardan birisi TURP dan sonra diğeri SPTVP den sonra olup daha sonra loja tampon konularak hemostaz sağlandı. Her iki ameliyat türünde de peraperatuar hemostaza titizlikle dikkat edilmiş olmasına rağmen anestezi sırasında, anesteziden çıkarken ve postoperatif devrede ani kan basıncı değişmeleri, hastaların ajitasyon döneminde zorlu hareketler yapması gibi nedenlerle görülen kanama, koterizasyon, kontinü irigasyon, mesane boynuna traksiyon uygulanması ve lojun tampone edilmesi gibi önlemlerle kontrol altına alınmıştır.

Post operatif sık görülen bir komplikasyon olan üretral darlık, bizim çalışmamızda TURP dan sonra % 2, SPTVP den sonra % 7,2 oranında saptandı. Operasyon sırasında mesane boynunu travmatize etmemeye özen göstermemiz, mesane boynu dar olan olgularda wedge rezeksiyon yapmamız, postoperatif dönemde sonda bakımının süresinin mümkün olduğu kadar kısa tutulması üretral darlık ensidansını bizim serimizde minimal düzeye indirmiştir.

50 olguluk TUR serimizde su entoksikasyonuna rastlamadık. Bunu ameliyat süresinin 60 dakikayı geçmemesine titizlikle özen göstermemize bağlıyoruz.

Ameliyattan sonra ortalama hastanede yatış süresini TURP için 7,14, SPTVP için 14,96 gün olarak tesbit ettik. TURP dan sonra hastanede yatış süresinin daha kısa olması ameliyat olmaması ve sondalı kalış süresinin kısa olmasına bağlıdır.

SONUÇ

Bu çalışmamızda 55 SPTVP ile 50 TURP olgumuzu morbidite, erken ve geç komplikasyonları, hastaların postoperatif sondalı kalış ve hastanede yatış süreleri ile mortalite oranlarını literatür bulgularıyla birlikte değerlendirdik.

Kliniğimizde TURP yönteminin 5 yıl gibi çok kısa bir geçmişi olmasına rağmen mortalitenin hiç olmadığını, komplikasyon sayı ve oranının ise literatürde belirtilenlerden daha az olduğunu gördük.

Ayrıca TURP un SPTVP ye göre ameliyat süresi ile postoperatif sondalı kalış ve hastanede yatış sürelerinin kısalığı (sırasıyla 60 dakika, 9 gün ve 7 gün daha kısa), peroperatuar transfüzyon gereken kan miktarının azlığı (ortalama 550 cc daha az) ile

komplikasyonlarının daha az olması gibi avantajlarının olduğunu saptadık. Bu yüzden TURP un uygun olgular için öncelikle tercih edilmesi gerekli bir yöntem olduğu sonucuna ulaştık.

	SPTVP	TURP	P
Ort. anestezi süresi (dak)	108.81 ± 2.57	48.4 ± 1.61	<0.01
Perop. verilen kan mik.(Unite)	1.67 ± 0.11	0.3 ± 0.13	<0.01
Postop. sondalı kalış s. (gün)	14.14 ± 1.35	5.16 ± 0.45	<0.01
Postop. hastanede yatış s.(gün)	14.96 ± 0.86	7.14 ± 0.45	<0.01

Tablo 2. Postoperatif Komplikasyonlar

Komplikasyon	görülme % si
Erken stress enkontinans	8.57
Peroperatuar kanama	8.57
Epididimoorşit	6.66
Yara enfeksiyonu	6.66
G.İ.S. kanaması	4.76
Üretral darlık	4.7
Postoperatif geç kanama	1.90
Pylonefrit	1.90
Pnömoni	0.95

Tablo 3. Postoperatif komplikasyonların ameliyat türüne göre dağılışı

Komplikasyon	TURP dan sonra %	SPTVP den sonra
Erken Stress enkontinans	6	10.9
Peroperatuar kanama	4	12.7
Epididimoorşit	-	12.72
Yara enfeksiyonu	-	12.72
G.İ.S. kanaması	4	5.6
Üretral darlık	2	7.2
Postoperatif geç kanama	2	1.85
Pyelonefrit	2	1.85
Pnömoni		1.8

Ocak 1979 ile Temmuz 1986 tarihleri arasında kliniğimizde uygulanmış 55 suprapubik transvezikal prostatektomi (SPTVP) ve 50 transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) olgusunu prostatizm semptomların düzelmesi, ameliyat süresi, post operatif sondalı kalış ve hastanede yatış süreleri ile komplikasyonları açısından değerlendirdik. Uygun olgular da TURP un SPTVP ye tercih edilmesi gerektiği sonucuna ulaştık.

SUMMARY

50 transurethral and 55 transvesical suprapubik prostatectomies performed from January 1979 up to July 1986 in our Urological clinics have been statistically evaluated as to dissapearance of prostatism symptoms, operation time, hospitalisation period, and frequency of per-and postoperative complications.

As a result we emphasized statistically significant advantages of TURP over open procedures.

Tablo 1. SPTVP ile TURP'un anestezi süresi, peroperatuar verilen kan miktarı, postoperatif sondalı kalış ve hastanede yatış süresi ortalamalarının karşılaştırılması.

KAYNAKLAR

1. **Badenoch, A.W.:** Vaso-epididymal reflux syndrome, proc. Roy. Soc. Med., 46: 847, 1953.
2. **Badenoch, A.W.:** Indication for prostatectomy proc. Roy. Soc. Med. 55: 741, 1962.
3. **Glenn James, F., William, R. Fair:** Transurethral prostatic electroesection, Urologic Surgey (861-927), St. Louis. Missouri 1983.
4. **Günalp. İhsan:** Modern Üroloji, A. Ü. Tıp Fak. Yayınları, Ankara Üniversitesi Basımevi 1973.
5. **Holtgrewe, H.L. and Valk, W.L.:** Factors influencing mortality and morbidity of transurethral prostatectomi. A study of 2015 case J. Urol. 26 : 205, 1954.
6. **Jacobs, A.:** The choise of operation, Brit. J. Surg. 52: 755, 1965.
7. **Kendi, S.:** Prostat ve Hastalıkları, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. A. 35, 1980.
8. **Korkud, G.:** Üroloji. İsmail Akgün Matbaası İstanbul, 1965, s. 459.
9. **Laurence, F. Greene, M.D., Ph. D:** Transurethral Prostatic Resection Urology Volume 3, Campbell 1986. s. 815.
10. **Wesson, M.B.:** Epididymytis facts and fancies, Med. Clin. North Amer. 43: 1645, 1959.