



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 15, Sayı: 4, 775-780

25 İNTERNAL ÜRETROTOMİ VAKASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF 25 INTERNAL URETHROTOMIES

BOZKIRLI. İ., KARAOĞLAN. Ü., ALKIBAY. T., DENİZ. N., DEMİREL. F.

GİRİŞ

Üretral cerrahi girişimler 19. yüzyılın ortalarından beri kör olarak yapılagelmektedir. Üretral darlıkların bujiler ile tedavisi ise çok daha eskilere gitmektedir.

Üretrotominin bulunuşu gerçek üretral cerrahinin başlangıcı sayılabilir, çünkü buji ile dilatasyon cerrahi bir işlemden daha sonra çok konservatif bir işlemdir. 1854 yılında Maissonneuve'nin kendi adını taşıyan üretrotom cihazından sonra 1872'de Otis, kalibresi ayarlanabilen üretrotomunu geliştirmiştir. Kör olarak çalışan bi cihazlar geçen süre içinde çok az değişime uğramıştır ve halen kullanılmaktadır. (1)

İlk kez Fischer 1937 yılında kısa üretral darlıkların visuel olarak tedavisini ortaya atmıştır. Fischer'in tekniğinde çengel şeklindeki bir tel ile darlık elektrik akımı kullanılarak kesilmekteydi. Daha sonra Ravasini 1957'de, Elsasser ve Schmiedt ise 1970'de benzer girişimleri tarif ettiler, ancak diatermi ile fibrotik dokunun kesilmesi çok yüksek oranlarda nükse yol açtığı için soğuk bıçağın kullanılması fikri ağırlık kazandı (1). Sachse 1964 yılında soğuk bıçak kullanılarak visuel üretrotomi hakkında ilk deneyimlerini yayınladı ve daha sonraki çalışmaları ile yöntemin standardize olmasını sağladı (2).

Günümüzde visuel üretrotomi üretral darlıkların tedavisinde ilk seçilen yöntemdir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji bölümünde 1986 yılından beri uygulanan internal üretrotominin sonuçları aşağıda sunulmuş ve tartışılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 1986 ve 87 yıllarında 25 hastaya internal ürotomi yapılmıştır. Yaşları 23 ile 78 arasında değişen bu grubun yaş ortalaması 53.26 yıl olarak bulunmuştur.

Hastaların değerlendirilmesinden darlığa en çok yol açan etyolojik faktörün travma olduğu saptanmıştır. Etyolojik faktörlerin dökümü tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo I: Üretra darlığı olan hastalarda etyolojik faktörler.

	Sayı	%
Travma	14	56
Üretrit	4	16
İatrojenik	4	16
Nedeni anlaşılmayan	3	12
Toplam	25	100

- Geçici prostatektomiye bağlı 2 vaka
- Üretral dilatasyon + Üretral kateterizasyon sonucu 1 vaka
- Transürethral taş ekstraksiyonu + Kateterizasyona bağlı 1 vaka

Darlık nedeninin anlaşılmadığı üç hasta dışında diğer hastalar daha önce tıbbi veya cerrahi tedavi uygulandığını ifade etmişlerdir. Üretrite bağlı darlık oluştuğu düşünülen hastaların tümü antibiotik tedavisi öyküsü verirken, bunlardan iki hasta ek olarak mükerrer dilatasyonların yapıldığını belirtmişlerdir. Travmaya bağlı darlık oluşan 14 hastalık grupta daha önceki tedavilerin dökümü tablo 2'de yapılmıştır.

Tablo 2: Travmaya Bağlı Üretra Darlığı Oluşan Hastaların Geçirmiş Olduğu Tedaviler

	Sayı	%
Üretra rüptürü onarımı	10	71.4
Üretra rüptürü onarımı + mükerrer dilatasyonlar	4	28.5
Toplam	14	100

Hastaların başvuru şikayetleri incelenmiş ve tablo 3'de dökümü yapılmıştır.

Tablo 3: Üretra darlığı olan hastaların başvuru şikayetleri

	Sayı	%
	20	90

Preoperatif değerlendirmede tüm hastalara tam idrar tetkiki, idrar kültürü, İVP, retrograd üretrografi yapılmış; kan üre azotu, kreatinin ve elektrolit düzeyleri ölçülmüştür. Postoperatif hastaların kateterleri çekildikten sonra idrar tahlil ve kültürleri ile retrograd üretrografileri tekrar edilmiştir.

Preoperatif dönemde üriner enfeksiyon saptanan hastalar idrar kültürlerine uygun antibiotik başlanmış ve postoperatif dönemde devam edilmiştir. Postoperatif idrar kültürlerinde üreme olan hastalara ise uygun antibiotik tedavisi enfeksiyon temizleninceye kadar devam edilmiştir.

İnternal üretrotomi tüm hastaları genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda, 20 F Storz Sache tipi visuel üretrotom ile yapılmıştır. İnsizyonlar saat 12 hizasından yapılmış ve tüm beyaz fibrotik dokular, pembe canlı doku çıkana kadar kesilmiş ve en azından 24 F'lik bir pasaj sağlanmaya çalışılmıştır. Hastaların tümüne 20 F Foley üretral kateter konularak tespit edilmiştir.

BUGULAR

Retrograd üretrografiler ve üretroskopi bulgularına göre darlıkların lokalizasyonları tablo 4'de gösterilmiştir. Anterior üretrada en çok bulböz üretra düzeyinde, posterior üretrada ise en çok membranöz üretra düzeyinde darlık olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4: Üretra darlıklarının lokalizasyonu

	Sayı	%
Anterior üretra	5	20
Posterior üretra	19	76
Anterior Posterior üretrada tümüyle	1	4
Toplam	25	100

Üretral darlıkların uzunluklarının dökümü ise tablo 5'de yapılmıştır. Görüldüğü gibi darlıkların çoğu 1 cm veya daha kısa, yani kısa darlıklardır.

Tablo 5: Üretra darlıklarının uzunlukları

Uzunluk	Sayı	%
1 cm <	16	64
1 cm >	9	36
Toplam	25	100

Postoperatif kateterizasyon süresi 1-6 gün arasında değişmekte olup ortalama 3,45 gündür.

Preoperatif üriner enfeksiyon 19 hastada postoperatif ise 6 hastada saptanmıştır. Bu 6 hastaya uzun süreli düşük doz antibiotik uygulanmıştır. Bu tedaviye rağmen bir hastanın üriner enfeksiyonu giderilmiştir.

Hastaların internal üretrotomi sonrası ortalama takip süreleri 8,73 aydır.

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Hastaların yeterli bir idrar kalibresine kavuşup, yeni üretral girişimlere gerek duymamaları ve böylece hastane bağımsızlığından kurtulmaları en ideal tedavi sonucu olarak kabul edilir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre 10 F çapa kadar üretral darlıklar hastalar tarafından tolere edilebilmekte ve ürodinamik çalışmalarda bulgu vermeyebilmektedir (3). Bu yüzden her ne kadar kusursuz bir postoperatif üretrografi sağlamaya çalışmak gereksiz kabul edilmekteyse de, bu serideki tüm hastalar postoperatif üretrografilere değerlendirilmiş ve hepsinde yeterli üretral çapın sağlandığı görülmüştür.

İki hastamızda takip süresi içinde nüks darlık nedeniyle işlem tekrar edilmiştir. Nüksler ilk üretrotomiden bir hastada 1 ay ve ikinci hastada 6 ay sonra ikinci üretrotomilerin yapılmasını gerektirmiştir.

İnternal üretrotomi işleminin komplikasyonu olarak üretral kanama 4 hastada görülmüş ve bunlarda üretral kateterin kompresyonu kanamanın baskılanmasında yeterli olmuştur.

İnternal üretrotominin diğer yöntemlere üstünlüğü, minimal doku travmasına sebep olması ve böylece zaten aşırı fibrotik reaksiyonun sebep olduğu darlık bölgesinin genişletilerek, stabil bir fibrotik skar ile sürekli ve yeterli idrar akımı sağlanabilmesidir (3). Buna karşılık buji ile üretral dilatasyonda fibrotik darlık adeta çatlatılarak kırılmakta ve bu düzensiz, kaba genişleme yeniden fibrotik doku ile iyileşirken tekrar darlık oluşturmaktadır. Bu yöntemde her dilatasyondan sonra fibrotik doku kütlelerinin artması hemen hemen kaçınılmazdır. Dilatasyon ile stabil fibrotik doku oluşması ihtimali en azından teorik olarak daha azdır. İnternal üretrotominin en önemli üstünlüğü bu özelliğinden kaynaklanmaktadır.

25 vakalık serimizde nüks görülen iki vakada üretrotominin bu özelliğini doğrulayacak biçimde ikinci girişimler esnasında darlığın manüplasyonu daha kolay olmuş ve tekrarlanan üretrotomiden sonra daha uzun süreli ve daha rahat bir idrar akımı sağlanmıştır.

Nüks oluşan iki vaka incelendiğinde bunların preoperatif ve postoperatif üriner enfeksiyonu olan hastalar olduğu gözlenmiştir. Ayrıca iki vakada da darlıkların uzun olduğu (6 cm ve 4 cm) gözlenmiştir. Enfeksiyonun nüks oranını arttıran bir faktör olduğu bildirilirken (4), 3cm'den uzun darlıklarda internal üretrotomi ile başarı şansının azaldığıda rapor edilmiştir (5, 6, 7).

Serimizde iki vakada nüks gözlenmiştir. 8,73 aylık ortalama takip süresinde nüks oranı % 8 olmaktadır. İngiltere'deki seriler incelendiğinde ek tedavi gerektirmeyecek biçimde başarı oranı % 50-91 arasında oldukça değişik olarak rapor edilmiştir (8). Bu seride takip süreleri 18-48 ay arasında değişmektedir. Sachse ise nüks oranını % 12 olarak bildirmiştir (4). Biz literatürle aramızdaki bu farklılığı takip sürelerimizin henüz oldukça kısa olmasına bağlıyoruz, ancak elimizde ilk sonuçlara göre bir kısmı daha önce mükerrer dilatasyonlar gerektiren hastalarımızın en azından daha uzun bir interval ile ikinci bir girişime gerektirmeyeceğine inanıyoruz.

Vakalarımızda üretral kanama dışında komplikasyona rastlanmamıştır. Epididimit, bakteriemi ve septisemi gibi komplikasyonlar üretroplasti ve dilatasyonlardan sonra sıkça görülen komplikasyonlardır. Serimizde hiç bir vakada bu komplikasyonlar oluşmamıştır. Bu durum internal üretrotominin başka bir avantajı olarak değerlendirilmektedir (4).

Sonuç olarak kanımızca internal üretrotomi pratikliği, düşük komplikasyonlar ve nüks oranıyla özellikle kısa üretral darlıkların tedavisinde en iyi ve yüz güldürücü cerrahi girişimdir.

ÖZET

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 1986-87 yılları arasında 25 hastaya internal üretrotomi yapılmıştır. 19 posterior üretra, 5 anterior üretra ve 1 anterior ve posterior üretrada tüme yakın darlığın olduğu vakalarda işlem Storz Sachse tipi internal üretrotomi ile yapılmıştır. Bir yıllık takipleri boyunca 2 hastada darlığın nüks etmesi nedeniyle işlem tekrarlanmıştır. Preoperatif ve postoperatif titiz bir radyolojik incelemeden geçirilen bu serideki hastalarda darlığın etyolojisi, yeri, uzunluğu ve daha önceki girişimler değerlendirilerek, tedavinin etkinliği tartışılmıştır.

SUMMARY

25 patients with urethral stricture were treated with internal urethrotomy between years 1986-1987. Of these patients 19 had posterior urethral, 5 had anterior urethral and 1 had posterior plus anterior urethral strictures. Relapse of the strictures were seen in 2 patients and their second urethrotomies were performed during the first year. The efficacy of internal urethrotomy is discussed along with presentation of etiology, location, length and previous treatments of the strictures.

KAYNAKLAR

- 1- Hartung, R.: Endoscopic procedures in the urethra. In: Transurethral Surgery. Edited by W. Mauermayer. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, chapt. L. pp. 383-392, 1983.
- 2- Sachse, H.: Die Sichturethromotie mit Scharfen Schnitt. Indikation Technin-Ergebnisse, Urologe (A), 17: 177, 1978.

- 3- **Gaches, C.G.C., Ashken, M.H., Dunn, Hammonda, J.C.C., Jenksin, I.L. and Smith P.J.B.:** The Role of Selective Internal. Urethrotomy in the Management of Urethral Stricture: A Multi-Centre Evaluation Br. J. Urol., 51: 579, 1979.
- 4- **Ashken, M.H.:** Endoscopic Surgery of Urethral Strictures Using the Optical Urethrotome. In: Current Operative Urology. Edited by E.D. Whitehead and E. Leiter. Philadelphia: Harper and Row Publishers, chapt. 107, pp. 1399, 1984.
- 5- **Sacknoff, E.J. Kerr, W.S.:** Direct Vision cold Knife Urethrotomy. New York, American Urological Association Meeting, 1979.
- 6- **Lipsky, H., Humber, G.:** Direct Vision Urethrotomy in the Management of Urethral Strictures. Br. J. Urol., 49, 725, 1977.
- 7- **Smith, P.J.B., Dunn, M., Donnis, A.:** The Early Results of Treatment of Stricture of Male Urethra Using the Sachse Optical Urethrotome. Br. J. Urol., 51: 224, 1979.
- 8- **Hargreawe, T.B.:** Uretrotomy British Practice 1984. Turk. J. Pedb., 26: 155, 1984.