HİPOSPADİAS AMELİYATLARINDAN SONRA OLUŞAN URETHROKUTANÖZ FİSTÜLLERDE LOKAL FLEP ÇEVRİLMESİ İLE ALINAN SONUÇLAR: 17 OLGU

THE RESULTS OF LOCAL FLAP TURNOVER TECHNIQUE IN URETHROCUTANEOUS FISTULAS FOLLOWING HYPOSPADIAS REPAIR: REPORT OF 17 CASES

ÜNLÜER, E., ÖZTÜRK, R., KAVRAKOĞLU, O., ERKAN, S.

SSK Okmeydanı Hastanesi 1. Üroloji Kliniği

ÖZET

Son 4 yıl içerisinde hipospadias ameliyatlarından sonra oluşan 17 üretrokutanöz fistülü lokal flep çevirme tekniği ile ameliyat ettik. 17 hastanın 13'ünde (% 76) fistül kapandı. Bu bulgular ışığı altında, her türlü fistül için lokal flep-çevrilmesi tekniği ideal bir yöntemdir.

SUMMARY

We performed 17 urethrocutaneous fistulas following hypospadias repair with local flap turnover technique during the last 4 years. The results were succesful in 13 (% 76) patients. So this technique is very statisfactory for all kind of fistulas in the light of this results.

GİRİŞ

Hangi teknik ile yapılırsa yapılsın hipospadias ameliyatlarının en önemli komplikasyonlarından biri de üretrokutanöz fistüllerdir. Biz de son 4 yıl içerisinde lokal flep çevrilmesi tekniği (local-flap turnover veya trap door) (1) ile ameliyat ettiğimiz 17 fistül olgularının neticelerini sunuyoruz.

MATERYAL VE METOD

17 hastanın 12'si hastanemizde hipospadias ameliyatı olmuştu, 5 olgumuz ise değişik hastanelerde hipospadias ameliyatı olduktan sonra fistül nedeniyle bize başvurdu. Bu olgulardan biri hipospadias nedeniyle daha önce 5 kez, diğeri ise 3 kez ameliyat olmuştu. Hastalara uygulanan hipospadias ameliyatı yöntemleri tablo 1'e gösterilmektedir.

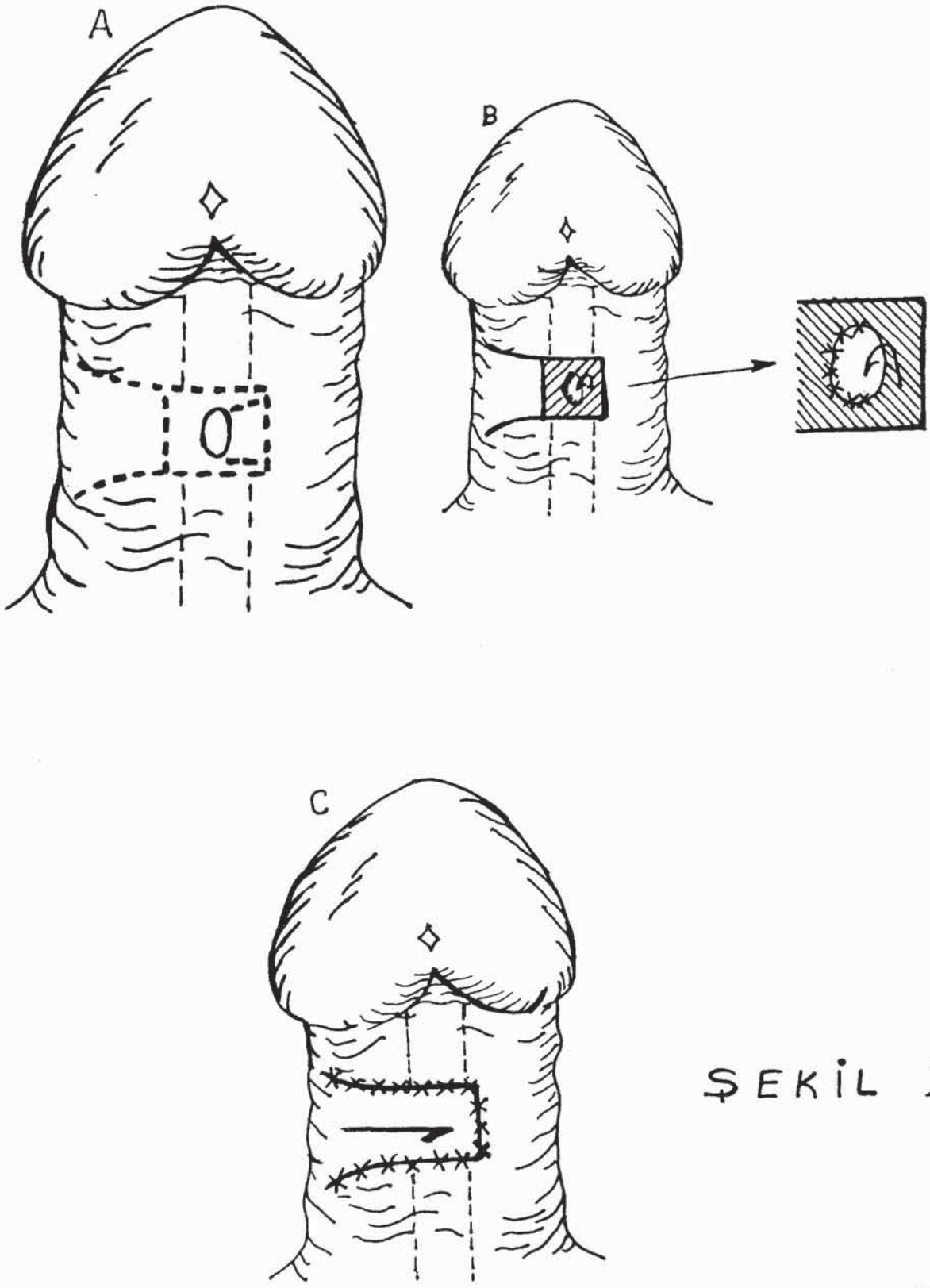
Tablo 1

Ameliyat Tipi	Fistül Sayısı
Mathiue	2
Horton-Devine Flip-Flap	3
Transvers Island Flap	4
Denis Browne	2
Allen Spance	1
Diğer merkezlerdeki değişik yöntemler	5
Toplam	17

Olguların yaşları 3-18 yaşları arasında, ortalama 10.4 yaştır. Fistüllerin büyüklükleri 0.3 - 1.5 cm. arasındaydı. Horton-Devine yöntemiyle ameliyat ettiğimiz bir hastada hem meatal darlık, hemde fistül vardı, aynı seansta ikisine birden müdahale ettik. Hipospadias ameliyatlarından 6 - 18 ay sonra, ortalama 8 ay sonra fistül onarımını yaptık.

Cerrahi Teknik

(Şekil 1) Glans penise askı sütürü koyduktan sonra üretral kalibrasyonu uygun çaplardaki beslenme tüpleri ile yapıp distalde tıkanıklık olmadığından emin olduk. Hiç bir olgumuzda sistoskopi veya üretrografiye gerek görmedik. Serum fizyolojik ile üretrayı doldurup başka fistül olup olmadığını araştırdık. Fistül çevresinden 1 mm.



ŞEKİL I

uzaklıkta insizyon yaptık, bir yönde ise fistül büyüklüğünde oval şekilde insizyonu penis derisine doğru uzattık. İnce disseksiyon ile fistül kenarlarını everte ettik ve ciltaltı dokusuyla birlikte kapak tarzında penis derisindeki flepi hazırladık. Daha sonra hazırlanan bu flepi fistülün üzerine kapatarak, düğümler içeride kalacak şekilde 6/0 vicryl veya kromik ile diktik. Penis ön yüzündeki redundan deriden, duruma göre yana, aşağıya veya yukarıya doğru U şeklinde insizyon yapıp deri ve derialtı dokusundan bir flep hazırladık. Bunu kapatılan fistül traktüsü üzerine kaydırıp diktikten sonra baskılı bandaj ile ameliyata son verdik. Ortalama 4 gün sonra pansuman yaptık.

Üriner diversiyon olarak çoğunda sistofiks ve üretral splint kullandık. Beslenme tüpü kesilerek yapılan splinti 3'üncü gün çektik, sistofiksi ise ortalama 10'uncu gün çektik. Ufak fistülü olan 4 olguda ise sadece üretral beslenme tüpünü 7 gün süreyle kullandık.

SONUÇLAR

Hastanede yatış süresi 7-19 gün, ortalama 12.6 gündür. 17 hastanın 13 tanesinde fistüller kapandı (% 76) ve hastalar şifa ile taburcu edildi. Meatal darlık ile müdahale edilen ve daha önce 5 kez ameliyat geçiren olgularda fistüller küçüldü ancak tam olarak kapanmadı. Daha önce Denis-Brown yöntemiyle ameliyat edilen 2 olguda ise enfeksiyon nedeniyle kapatılan fistüller açıldı.

TARTIŞMA

Çeşitli serilerde hipospadias ameliyatlarından sonra fistül görülme oranı % 4-25 arasındadır (2,3). Biz de 67 hipospadiaslı hastamızın 12'sinde (% 18) fistül gördük.

Fistüllerin nedeni sıklıkla distal tıkanıklık, vasküler beslenme bozukluğu, postoperatif ödem, sütürlerin üst üste binmesi, epitelyumun lümene inverte olması ve uygun olmayan sütür materyali kullanılmasıdır.

Fistüllerin tedavisinde erken dönemlerde çeşitli yöntemler uygulanmaktadır (1). Sistostomi veya üretral kateter ile drenaja devam, gümüş nitrat ile fistül traktusunu yakma, lokal anestezi altında sütür koyma, bandaj ile fistül kenarlarındaki deriyi yaklaştırma gibi. Bu tip yaklaşımların faydalı olmadığı inancındayız. Ancak buna rağmen, çok ufak fistülleri olan iki transvers island flep tekniği ile opere hastamızda üç haftalık sistofiks drenajı ile fistüllerin kapandığını gördük.

Başarılı bir operasyonda dokulara titiz yaklaşım, mukozanın içe everte olması, düğümlerin içeride kalması, iyi beslenen dokular ile üzerinin kapatılması gerekir. Fakat en önemlisi distal obstrüksiyonun üretra kalibrasyonu, sistoskopi veya üretrografi ile ekarte edilmesidir. En azından bir haftalık diversiyonda şarttır.

Fistül onarımında fistülün sayı, yer ve büyüklüğüne göre çeşitli cerrahi teknikler kullanılır. Fistül traktüsünün eksizyonu ve kapatılması, daha büyüklerde traktüs eksizyonu ve rotasyon flepleri ile kapatma, flip-flap ile kapatma veya Y-V ilerletme teknikleri şeklindedir (4). Daha komplike olanlarda traktüs eksizyonundan sonra urethra ile deri arasına birkaç kat submukozal doku, saplı tunika vaginalis flepleri konur veya serbest deri flepleri ile üretroplasti yapılır. Bazen de Cecil-Clup tekniği ile fistül skrotuma gömülür (5,6).

Çok çeşitli metodlar olmasına rağmen, lokal flep çevrilmesi ve fistül eksizyonu ve üzerinin flepler ile çevrilmesi en çok kullanılan metodlardır. Zagula ve Braren 32 vakalık serilerinde % 67 oranında başarı elde etmişlerdir. Biz de 17 vakamızda % 76 oranında başarı elde ettik.

Lokal flep çevrilmesi tekniğinin avantajlarını şu şekilde özetleyebiliriz: a) Defekt skarsız, iyi vaskülerize deri ve derialtı dokusu ile örtülür b) Sütürler üst üste binmez c) Fistül büyüklüğü önemli değildir. d) Fistül traktüsü eksizyonu esnasında üretraya sütür koyup daraltma veya zedeleme olasılığı yoktur e) Fistül çevresi dokular yeterli olmasa bile çeşitli planlardan doku flepleri çevirip çift tabaka kapatmak mümkündür f) Genellikle penis ön yüzündeki redundan dokular kullanıldığı için kozmetik yönden görünüm daha iyi olur.

Bu avantajlar ve aldığımız iyi neticeler nedeniyle, çok komplike olmadıkça her türlü fistülde bu tekniğin ideal olduğu inancındayız

KAYNAKLAR

1- **Horton, C.E., Devine C.J.:** Urethral Fistulas, Plastic and

reconstructive surgery of the genital area. Horton, C.E. editor. Little Brown and Company, Boston, 1973, Chap. 22:397-404.

2- **Goldstein, H.R., Hensle, T.W.:** Simplified closure of hypospadias fistulas. Urology 18:504, 1981.

3- **Duckett, J.W., Kaplan, G.W., Woodart, J.R., Devine, C.J. Panel:** Complication of hypospadias repair. Urol. Clin. N.Amer. 7, 443, 1980.

4- **Winslow, B.H., Vorstman, B., Devine, C.J.:** Complications, medical and surgical, adult and pediatric. Marshall, F.F. editor, Year book medical publishers. Chicago-London. 1986, p.417-418.

5- **Kırkali, Z., Eryiğit, M.:** Hipospadiyas ve üretral fistül onarımında tunica vaginalisin "Çevrelemek" amacıyla kullanımı. Türk Uroloji Dergisi, Cilt 14, Sayı 1, Sayfa 33-38, 1988.

6- **Culp, O.S.:** Struggles and triumphs with hypospadias and associated anomalies: review of 400 cases. J. Urol. 96:339, 1966.