

CERRAHİ GİRİŞİM İÇİN YÜKSEK RİSK OLUŞTURAN BENİGN PROSTAT HİPERTROFİLİ HASTALARDA İNTRAURETRAL PROSTATİK SİRAL KULLANIMI

UROSPIRAL APPLICATION IN HIGH RISK PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY

ÖZGÜR, G.K*., SİVRİKAYA, A*., BİLEN, R*., BİBEROĞLU, K**., SEZER, O*.

* KTÜ Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

** KTÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Lokal anestezi altında 31 hastaya esnek paslanmaz çelikten imal edilmiş tübüler spiral (urospiral) fluoroskopik kontrolle prostatik uretraya takıldı. Bütün hastalar prostatektomi için anestezi yönünden major risk grubuna girmekte idi. Hastaların yarısı uzun süreli üretral kateterlerle hayatlarını idame ettirmekte idiler (14 hasta).

Üretral katetere alternatif olarak urospiral kullanıldı. Cerrahiye uygun olmayan intravezikal obstrüksiyonu olan hastalarda spiral uygulanmasını önermekteyiz.

SUMMARY

Under local anaesthesia, 31 patients underwent insertion of an expandable stainless steel tubular spiral into their prostatic urethra under fluoroscopic control. All were considered to be at major risk form prostatic surgery. Most of them had long-term indwelling urethral catheters (14 patients).

The spiral allowed unobstructed voiding and is a good alternative to an indwelling urethral catheter. We recommend insertion of spiral in patients with urinary obstruction if the patients is unfit for surgery.

GİRİŞ

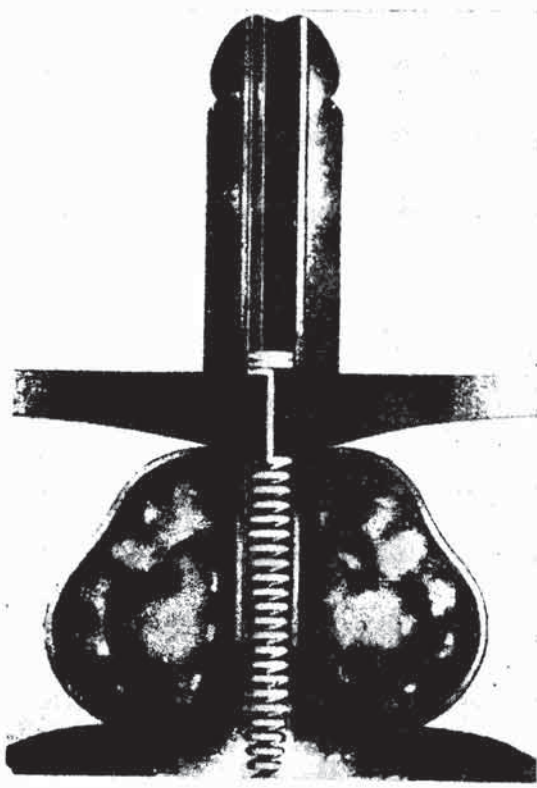
Halka şeklinde kıvrılmış metalden oluşan intraprostatik üretral spiral, ilk olarak Fabian (1980) (1) tarafından subvezikal prostatik obstrüksiyonu (BPH) hastaların tedavisinde kullanılmıştır (Fabian, 1980, 1984; Fabricius (2) et al. 1983).

Modern anestezi teknikleri, bugün bizlere prostatektomi gerektiren hastaların çoğunluğunda, transüretral cerrahi girişimi kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte, cerrahi girişimin kontrendike olduğu ve uzun süreli üretral kateter uygulamak zorunda kaldığımız, yüksek risk grubunda yer alan bir grup hasta halen bulunmaktadır (3). Prostatik stent kullanılarak yapılan mekanik yaklaşım, uzun süreli kateter kullanmaya karşı oldukça ümit verici bir alternatiftir. Birçok modifikasyonlar bildirilmiştir. Biz, spiral veya Urospiral adı altında Fransız Porges firmasının geliştirdiği bir spiral modeli kullandık.

MATERYAL VE METOD

Mayıs 1989 - Eylül 1990 tarihleri arasında, yarısı uzun süreli üretral kateterli, BPH'lı 31 hastaya intraüretral prostatik spiral takıldı. Bir hasta pankreas kanseri nedeni ile spiral takılmasından 6 ay sonra öldü. Geri kalan 30 hasta 65 - 91 yaşları arasında idi ve bu hastaların yaş ortalaması 79.8 idi. Hastaların 18'i KOAH, 6'sı konjestif kalp yetmezliği ve 4'ü koroner kalp yetmezliği nedeni ile operasyona kontrendike idi ve bunlar ortalama 4 aydır (1 - 6 ay) mesane kateterizasyonunda idiler. 2 hastada aort yetmezliği ve bir hastada da inoperable pankreas kansinomu mevcuttu.

Prostatik spiral (urospiral), paslanmaz çelikten imal edilmiş olup fleksibldir ve 3 kısımdan oluşmuştur. Birinci parçası birkaç spiral halkadan yapılmış olup (biri diğerinin yanında) prostatik uretrada yerleşmektedir. Bunu yaklaşık 2 cm uzunluğundaki düz tel kısım oluşturmakta ve burası da membranöz uretraya yerleştirilmektedir. Distal kısmı ise 2 spiral halkadan oluşmakta ve bulber uretrada kalmaktadır (Resim 1).



Resim 1. İntraüretal prostatik spiral

Urospiralin dış çapı 7 mm, iç çapı 6 mm olup, 45'ten 75 mm'ye kadar uzunlukta olan çeşitleri mevcuttur. Spirali yerleştirmeden önce uroflowmetri, retrograd uretrogram, transrektal ultrason veya endoskopik olarak prostatik üretranın uzunluğunun ölçülmesi gerekmektedir. Spiralin uzunluğu, prostatik uretranın uzunluğundan 1 cm daha uzun olmalıdır.

Spiralin yerleştirilmesi için hasta ürolojik masaya litotomi pozisyonunda yatırılır. % 2'lik citanest (Alfa-n (2-propyyamin-oppropionyl) - 2 - Toluidine HCl= Pilocarpine HCl 20 mg) solüsyonu ile topikal anestezi yapılır. 6 ya da 7F üreter kateteri uretraya yerleştirilir. Spiral, katejel (% 2 lidocain) ile yağlanır, ureteral katetere geçirilerek, manuel olarak penil uretra içine doğru distal ucu kayboluncaya kadar itilir. Daha sonra sıfır derece bir lens ve yabancı cisim forseps ile birlikte 21F bir üretroskop ile penil uretraya girilir. Spiralin distal ucu forseps ile tutularak eksternal sfinkter görülünceye kadar itilir. Spiralin yerleştirilmesi doğru olarak yapıldığında üretroskop geri çekilir. Bir ucu mesane içerisinde kalan üreteral kateter içinden kontrast madde verilerek mesane dolduru-

dur. Spiralin ilerlemesi X-ray ile kontrol edilir. Spiralin 10 - 15 mm'si mesane içinde görüldüğü zaman tüm spirali gösterecek bir film çekilir. Böylece spiralin doğru yerleştirildiği X-ray ile teyit edilmiş olur ve hastaya idrar yapması söylenir. İdrar yaparken ve sonrasında da birer film çekilerek idrar kalibrasyon ve projeksiyonu gözlenirken rezidüel idrarın kalmadığı da gösterilmiş olur (Resim 2). Eğer spiral doğru olarak yerleştirilmemişse derhal düzeltilebilir. Biz 4 hastada aynı anda spirali düzelttik. Miksiyon semptomları, idrar sedimenti, transrektal ultrason, retrograd ve voiding uretrografi, uroflowmetri ile 1. haftasında; ayrıca 3,6 ve 12. aylarda hastalar değerlendirildi.

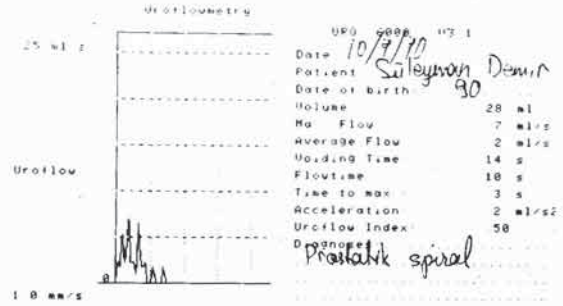




Resim 2 (a, b, c, d). Spiral uygulanmış hastada voiding sistogram

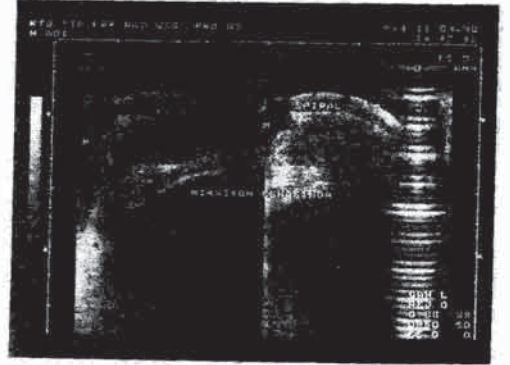
BULGULAR

Spiralin takılmasını takiben, tüm hastalarda spontan idrar yapmaları gözlemlendi. Spiralin takılmasından sonra tüm hastalara uroflowmetri uygulandı. Hastalarda subjektif düzelme görüldü, ancak normal değerler elde edilemedi. Maksimum akım hızları 6 - 14 cc/sn. idi (Resim 3).



Resim 3. Spiral uygulanmış hastada uroflowmetri

Ultrason ile rezidüel idrar kontrollerinde tüm hastaların mesanelerinin tamamı ile boşalmış olduğu görüldü. Radyolojik muayenelerde 29 hastada spiralin yerinde kaldığı ve bunların voiding sistouretrogramlarında rezidüel idrarın olmadığı gözlemlendi (Şekil 4).



Resim 4. Spiral uygulanmış hastada ultrasonografi

2 hastada az miktarda damlama tarzında inkontinans olduğundan, kontinans peti ihtiyacı duyuldu ve bu durum spiralin takılmasından sonraki 4 aya kadar devam etti.

Yalnızca 4 hastada semptomatik üriner enfeksiyon görüldü. Persistan enfeksiyonlu tüm hastalara idrarı sterilize etmek için antibiyotik verildi.

TARTIŞMA

Benign prostat hiperplazisine (BPH) bağlı infravezikal obstrüksiyonlarda tercih edilen yöntem transuretral prostatektomidir (TURP).

Ancak, ilerlemiş yaş ve buna eşlik eden hastalıklar nedeni ile prostat operasyonuna uygun olmayan BPH'li hastalar uzun süreli mesane kateterizasyonuna ihtiyaç göstermektedir. Uzun süreli kateter kullanımı birçok komplikasyona da neden olmaktadır⁽⁴⁾. Bu gibi komplikasyonlardan sakınmak için, transuretral balon dilatasyonu, prostatın ultrasonik aspirasyonu, prostatik cryosurgery, mesane boynunun insizyonu, prostatik hipertermi gibi çeşitli tedavi şekilleri denenmiştir^(5, 9). Bu tedavi şekillerinde bazı dezavantajlar bulunmaktadır. Örneğin, eksternal sfinkterin zedelenmesi, operasyon zamanının uzunluğu, kanama ve bunun gibi. Spiralın yerleştirilmesi teknik olarak basit bir işlemdir. Kombine olarak endoskopik / radyolojik bir yaklaşımla tam olarak yerleştirme, operasyon anındaki ve sonrasında miksiyon ve rezidüel idrarın yokluğu rahatlıkla değerlendirilebilir.

Hastalar spirali oldukça iyi tolere ettiler. Birkaçında ilk birkaç gün içinde lokal rahatsızlık gözlemlendi ise de bu minimaldi. Doğru seçilmiş vakalarda prostatik spiralle olumlu, güzel sonuçlar elde edilebilir.

Doğru pozisyonda yerleştirilmiş tüm hastalarımızda düşük akım hızına rağmen (uroflowmetri) miksiyon yeterli idi ve postmiksiyonel rezidü idrar bulunmamakta idi.

Yüksek risk grubunda bulunan benign prostat hipertrofili hastalarda prostat operasyonuna ve uzun süreli kateter kullanmaya karşı iyi bir alternatif olarak spiral yerleştirilmesini öneririz.

- 1- Fabian, K.M.: Der intraprostatiche "partielle katheter" (Urologische Spirale). Urologe A, 19: 236, 1980.
- 2- Fabricius, P.G., Matz, M. and Zepnick, H.: Die endourethralspiraleine Alternative zum Dauerkateter, Z. Arztl. Fortbild., 77: 482, 1983.
- 3- Cools, H.J.M. and Vander Meer, J.W.M.: Restriction of longterm indwelling urethral catheterisation in the elderly. Brit. J. Urol., 58: 683, 1986.
- 4- Nielsen, K.K., Kromann, B. and Nordling, J.: Relationship between detrusor pressure and urinary flow rate in Males with an intraurethral prostatic spiral. Brit. J. Urol., 64: 275, 1989.
- 5- Castaneda, F., Reddy, P., Wasserman, H., Hulbert, J., Lund, G., Letourneau, J.G., Hunter, D.W. and Amplatz, K.: Benign prostatic hypertrophy: Retrograde transurethral dilation of prostatic urethra in humans. Radiology, 163: 649, 1987.
- 6- Krawitt, D.R., Katz, L., Wuchinich, D. and Addonizio, J.C.: The endoscopic ultrasonic aspiration of the prostate. J. Urol. 137: 117A, 1987.
- 7- Reuter, H.J.: Special techniques of endoscopic cryosurger, in: Atlas of Urologic Endoscopic Surger, Stuttgart; Gerg thieme Verlag, pp. 184-246, 1982.
- 8- Nobb, G.E. Anad Moisey, C.V.: Longterm follow of unilateral bladder neck incision. Brit. J. Urol., 62: 160, 1988.
- 9- Servadio, C., Leib, Z. and Lev, A.: Diseases of prostate treated by local micro-wave hyperthermia. Urology, 30: 97, 1987.