

ÜRETRA STENOZU OPERASYONLARININ UROFLOWMETRİK DEĞERLENDİRİLMESİ

UROFLOWMETRIC EVALUATION OF THE OPERATION TECHNIQUES USED FOR URETHRAL STRICTURES

CANBAZOĞLU, N., MUTLU, N., YILDIRIM, Z.

Haseki Hastanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

Kliniğimizde değişik operasyon teknikleri ile tedavi edilmiş 29 üretra stenozlu vakayı retrospektif olarak gözden geçirdik. Stenozun etyolojisi ve lokalizasyonuna göre kullandığımız operasyon tekniklerinin sonuçlarını ürodinamik ve radyolojik parametreler ile analiz ettik. MFR'nin 4 ml/sn'den az olduğu ve üretral darlığın 2 cm'den uzun olduğu vakalarda daha düşük şifa oranları tespit ettik.

SUMMARY

We reviewed retrospectively 29 patients with urethral structures treated in different ways during the last 2 years. Before and after operations, the results of techniques according to the etiology and localisation of the structures was analyzed with urodynamic and radiologic parameters. We observed that the cases who have MFR less than 4 ml/sc and structures longer than 2 cm has poor post operative healing rates.

GİRİŞ

Üretra darlıkları ürolojinin seyrek olmaya-
rak görülen ve tedavisi uzun zaman ile fazla emek isteyen bir problemidir. Bu darlıklar kongenital olarak görülebileceği gibi enfeksiyon, travma, post operatif, üretral enstrümantasyon gibi çeşitli nedenlerle edinsel olarakta görülür.

Kongenital darlıklar çocuklarda daha sık görülür. Lokalizasyonları daha ziyade fossa navicularis ve membranöz üretradır. Darlığın esas nedenleri olarak polip, valvüller, aplasia, diver-

tikül, mea stenozları, cowper glandlarının anomalileri bildirilmektedir (2).

Üretrit ile beraber olan enflamatuvar darlıklar daha çok pandüler ve bulber üretrada bulunur. Darlıklar enfeksiyonun şiddetine göre corpus spongiosum veya membranöz üretranın müköler tabakasında atake edebilir (2,4).

Travmatik darlıklar üretranın herhangi bir kısmında olabilir fakat pubis semfizinin altına rastlayan kısım en sık görülen kısımdır. Enstrümental travmaların neden olduğu darlıklarda lezyonlar daha çok mukozal ve submukozaldır (1,3).

MATERYAL VE METOD

1991 Ocak - 1992 Temmuz ayları arasında kliniğimize üretra stenozu tanısı ile yatırılan 29 vaka çalışmaya alındı. Vakaların hepsine daha önceleri değişik tedaviler uygulanmıştı. Operasyon öncesinde darlığın uzunluğu için retrograd ve antegrad üretrografiler çekildi. Menuet 5000 cihazı ile üroflowmetrileri ölçüldü. Vakaların özelliklerine göre değişik operasyon teknikleri uygulandı. Post operatif miksiyon şikayetleri ve üroflowmetrik bulgularına göre operasyon tekniklerindeki başarı oranlarımızı değerlendirdik.

BULGULAR

Vakaların yaşa göre dağılımı:

YAŞ	VAKA
0- 9	: 1 (% 3.4)
10-19	: 4 (%13.6)
20-29	: 5 (%17.1)
30-39	: 4 (%13.6)
40-49	: 1 (% 3.4)
50-59	: 5 (%17.1)
60-69	: 7 (%24.1)
70-79	: 2 (% 6.8)
	29 (%100)

Vakaların etyolojilerine ve lokalizasyonlarına göre dağılımı:

Etyoloji	Mea	Penil	Bulber	Post. U	Toplam
Konjenital	1				1
Enfeksiyon		1	1		2
İdiopatik		1	1		2
Posttravmatik		1	4	7	12
Postoperatif	1	1	7	3	12
TOPLAM	2	4	13	10	29

Vakalarımızdaki darlıkların lokalizasyonları:

Mea	2 vaka
Anterior üretra	4 vaka
Bulber üretra	13 vaka
Posterior üretra	10 vaka

Üretrografideki ölçümlerde darlığın uzunlukları:

Uzunluk	Vaka
0 - 1 cm :	5
1 - 2 cm :	10
2 - 3 cm :	6
3 - 4 cm :	3
4 - 5 cm :	4
5 - 6 cm :	1

Vakaların pre ve postoperatif uroflovetrik sonuçları:

	Maksimal akım hızı	Ortalama akım hızı	İşeme volümü
Pre OP:	4.9 ml/sn	2.2 ml/sn	215
Post OP:	17.4 ml/sn	5.3 ml/sn	246

Vakaların özelliklerine göre uyguladığımız operasyon tekniklerinin pre ve post operatif üroflovetrik verilerini karşılaştırdığımız zaman:

Operasyon teknikleri	Vaka	Preop Uf (MFR ml/s)	Postop UF (MFR ml/s)
Meatoplasti	2	6.5	19.8
Üreterotomi intern	15	4.2	14.6
Ürolum tatbiki	2	4.6	13.7
Skrotal flap plasti	2	2.1	18.8
Transpubik op.	6	3.8	25.5
Balon dilatasyonu	2	8.4	12.2

Operasyon teknikleri	Ortalama Pre op.	Akım hızı(ml/s) Post op.
Meatoplasti	3.1	5.2
Üreterotomi intern	2.1	4.4
Ürolum tatbiki	2.3	5.4
Skrotal flap. op.	1.4	6.7
Transpubik op.	1.3	6.5
Balon dilatasyonu	3.2	3.9

Uygulanan operasyon tekniklerinin stenozun lokalizasyonuna göre dağılımı

	Mea	Penil	Bulber	Post	Toplam
Meatoplasti	2	—	—	—	2
Üreterotomi İ.	—	4	11	—	15
Ürolum	—	—	—	2	2
Skrotal flap	—	—	—	2	2
Transpubik	—	—	—	6	6
Balon dilatasyonu	—	—	2	—	2
TOPLAM	2	4	13	10	29

TARTIŞMA

Üretra stenozlarının tedavisinde halen kullanılmakta olan tedavi metodları(2):

- 1- Dilatasyon
- 2- İnternal üreterotomi
- 3- Eksternal üreterotomi
- 4- Striktür eksizyonu + reanostomoz
- 5- Striktür marsipializasyonu - üretroplasti
- 6- Pedikül flap ile reparasyon
- 7- Skin graf üretroplasti
- 8- Laser terapi
- 9- Urolum tatbiki

Dilatasyon tedavisi striktürün kısa, yoğun olmadığı küçük bir sondanın geçebildiği hastalara uygulanabilir. Striktürün dilatasyonunun çok zor olduğu ya da stenozun uzun olduğu vakalarda operasyon tercih edilir.

İnternal üreterotomiler kolay uygulanması, nedbe ve rezidiv oluşumunun azlığı, 2 veya 3 operasyonların kolay yapılabilmesi, potens üzerine etkisinin olmaması, post op hospitalizasyon süresinin kısa olması nedeni ile günümüzde sık olarak kullanılmaktadır. Biz üreterotomi intern uyguladığımız 15 vakada post operatif olarak 3. ayda yaptığımız üroflovetrimlerde MFR 'de 14.6 gibi normale yakın sonuçlar elde ettik. 15 vakanın 9 tanesi geçirilmiş prostat operasyonları sonrası, 6 tanesi post travmatik orjinli idi. Operasyonu 0-2 cm 'lik vakalarda uyguladık. 1 vakayı 10 ay sonra reopere ettik.

Transpubik üretroplasti uyguladığımız vakaların tamamı post travmatik orjinli olup stenotik üretranın uzunluğu 2-5 cm arasında idi. Post

operatif MFR 'lerde en iyi neticeyi bu vakalarda elde ettik. Sadece 1 vakamızda minimal inkontinans şikayetleri tespit ettik.

Urolum tatbik ettiğimiz 2 vakanın 1 tanesi post gonokoksik üretrit diğeri de post operatif nedenle gelişmiş idi. Bunların post operatif MFR değerleride normale yakın değerler idi.

SONUÇ

Üretra stenozları tedavisi özellikle operasyon öncesinde vakaların dikkatle değerlendirilmesi ve vakaya uygun operasyon tekniklerinin uygulanması gerekir. Posterior üretra darlıkları şayet 3 cm 'den daha uzun ve komplike ise, MFR: 4 ml/sn 'den daha az ise açık operasyon tekniklerini tercih etmekteyiz. Post operatif hasta takibinde uroflovetrim ucuz ve kolay bir yöntemdir. Yalnız uroflovetriminin sadece üretral stenozu ile değil diğeri faktörlerden de etkilenebileceği göz önünde tutulmalıdır. Bu yüzden post operatif üretrografilerinde yapılması gereklidir.

KAYNAKLAR

- 1- Müroy, E.J.: Anew treatment for urethral strictures J. Uro. 141 May. p:1120-22, 1989.
- 2- Walsh, C.P., Gittes, R.F.: Surgery of the urethra Campbell's urology. Vol 3. p: 2853-2886 Philadelphia, 1986.
- 3- Smith, D.R.: Urodynamic study. In general urology 10th ed. p:373 Lange Pub. California, 1981.
- 4- Glenn, F.J.: Urethral stricture surgery. In urologic surgery. 3th ed. p:689. Lippincott com. Toronto 1983.