

VENÖZ YETMEZLİKTE CERRAHİ TEDAVİ

SURGERY FOR VENOUS LEAKAGE

SÖZER, H.

S.S.K. Bolu Hastanesi

ÖZET

1990-1992 yılları arasında Bolu S.S.K. Hastanesi Üroloji Polikliniğine başvuran hastalardan venöz yetmezlik tanısı konulan 9 olguda derin dorsal ven ligasyonu yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

SUMMARY

Patients suffering from impotence had referred Bolu S.S.K. Hospitale Urology Polyclinic between 1990-1992, 9 of those which we confirmed venous leakage, deep dorsal vein ligation was performed and it results evaluated.

GİRİŞ

Ereksiyon sinusoidlerin artan kan akımı ile genişlemesi ve tunica abluginea ile arasında yer alan intermedier venülleri kompresyonu sonucu gerçekleşir. Tam ereksiyon durumunda

venöz dönüş tama yakın oranda bloke olur. Venöz kapanma mekanizması sadece ereksiyonu başlatmak için değil, sürdürmek için de son derece önemlidir (1,2,3).

1981 yılında Wagner ve arkadaşlarının visuel erotik stimülasyon eşliğinde yaptıkları cavernosografi çalışmalarına, Virag (1982), Wespes ve ark. (1984), intrakavernöz papaverin enjeksiyonu ve kavernosometriyi de ekleyerek venöz kapanma mekanizmasının araştırılmasında yeni bir yöntem olarak bildirmişlerdir (2,4,5,6).

Kavernosometri ile ereksiyonun başlatılması ve sürdürülmesi için gereken volüm ölçülebilmekte, kavernosografi ile de venöz kaçağın lokalize edilmesi mümkün olmaktadır. Yalnız kavernosografi ile venöz kaçak empotansı tanısı konulamaz. Birlikte mutlaka kavernosometri yapılmalıdır. Kavernosometride ereksiyonu başlatmak ve sürdürmek için gerekli volümün hangi sınırdan sonra patolojik kabul edilebileceği konusunda değişik kriterler bildirilmiştir (2,6,7,8).

Tablo 1: Kavernosometri kriterleri (7)

	İnfuzyon akım hızı (ml/dak)	
	E. başlatmak	E. sürdürmek
Virag, (1982)	200	100
Puyau ve Lewis (1983)	180	
Wespes ve Schulman, (1985)	180-300	
Buvat ve ark., (1985)		
Şiddetli kaçak		120
İlımlı kaçak		80-120
Wespes ve ark., (1986)		
Papaverinden önce	202	111
60 mg papaverinden sonra	103	43.5

1987 yılında The American Society For Impotence (A.S.S.I.), 60 mg intrakorporeal papaverin enjeksiyonundan sonra 10 dak. içinde ereksiyon elde edilemezse, infüzyon kavernosometri önermekte ve bu olgulardan tam ereksiyon halini korumak için 60 ml/dak'dan fazla sıvı gerekenleri veya ereksiyon elde edilemeyenleri venöz erektil disfonksiyon olarak kabul etmektedir (2,7).

Biz de A.S.S.I. kriterlerini esas alarak yaptığımız çalışmada venöz empotans tanısı ve tedavisindeki bulgularımızı sunmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

1990-1992 yılları arasında polikli-niğimize başvuran genç, anamnezde semirijid ereksiyon, hızlı detümesans veya ereksiyonu başlatmakta güçlük yakınmaları olan olgulara venöz empotans için araştırma teklif edildi. Çalışmayı kabul eden 41 hastaya,

1. Fizik muayene (sistemik ve genital)
2. Bakteriolojik tetkik (idrар, prostat sekreti, ejakülat)
3. Laboratuvar tetkikleri (hormon ana-

lizleri, rutin kan ve idrar)

4. Papaverin testi uygulandı. Organik patoloji saptanan 27 olgu çalışmadan çıkarıldı. İlk üç muayenede patoloji tespit edilemeyen ve papaverin testi negatif olan 14 olguya kavernosometri ve kavernosografi yapıldı.

Röntgen masasında steril şartlar sağlanarak korpus kavernosuma 18 G. intranül ile girildi ve 60 mg. papaverin verildi. 15 dak. sonra 100 ml enjektör ve kronometre yardımıyla dakikada 60 ml hızda serum fizyolojik infüzyonu yapıldı. 3 dakika süren infüzyon boyunca 12 olguda ya hiç ereksiyon oluşmadı ya da semirijid ereksiyon şeklinde gerçekleşti. İki olguda ilk yarım dakika içinde tam ereksiyon sağlandı. Bunlardan birinde 10ml., diğerinde 8ml/dak. hızla ereksiyon sürdürüldü. Daha sonra bu olgulara 1/4 oranında dilue edilmiş radyopak madde verilerek kavernosografi uygulandı. Tam ereksiyon sağlanan iki olguda kaçak görülemedi. Diğer olgularda değişik lokalizasyonlarda kaçak tespit edildi. Operasyon önerisini kabul eden 9 olguya derin dorsal ven ve dallarının ligasyonu uygulandı.

Tablo 2. Olguların takip süreleri ve sonuçları

Olgu no	Yaş	Yakınma süresi	Post op takip	Ereksiyon
1	41	48 ay	21 ay	iyi
2	37	6 ay	4 ay	4. aydan sonra yok
3	49	96 ay	18 ay	iyi
4	34	36 ay	14 ay	iyi
5	42	24 ay	4 ay	4. aydan sonra yok
6	44	11 ay	12 ay	yok
7	39	16 ay	12 ay	iyi
8	39	21 ay	10 ay	iyi
9	46	4 ay	8 ay	yok
Ortalama	41.5	29.1 ay		% 55.5

BULGULAR

Bir olgudaki uretral sondaya bağlı üriner enfeksiyon dışında post-operatif komplikasyon görülmedi. Hastaların tümü post-op 3. gün taburcu edildi. 2 nolu olguda 6 ay boyunca ereksiyon ve coitus esnasında operasyon yerinde ağrı yakınması oldu. 6 ve 9 nolu olgularda post-op ereksiyon görülmedi. 2 ve 5 nolu olgularda ise başlangıçta çok iyi olan ereksiyon kalitesi 4. aydan sonra pre operatif duruma döndü. Olguların hiçbiri post operatif dönemde laboratuvar ve radyolojik kontrol tetkiklerini kabul etmedi.

TARTIŞMA

Intrakorporeal papaverin enjeksiyonu ile birlikte kavernosometri ve kavernosografi penil venöz oklüzyon mekanizmasını araştırmakta en iyi yöntemdir (2,5,7). Kavernosometride ereksiyonu başlatmak ve sürdürmek için gerekli volüm tanı kriteridir. Wespes ve ark. gönüllü potent hastalarda papaverin enjeksiyonundan sonra ereksiyonu sürdürmek için gerekli sıvı miktarını 5 ml/dak. 'dan az bulmuşlardır. Venöz kaçak varlığında bu miktar 300 ml/dak'ya kadar çıkabilmektedir (2,4,6,7,8). Kavernosometri esnasında bu miktar otomatik perfüzyon pompasına doldurulmuş serum fizyolojik ile tespit edilmektedir. Ancak biz otomatik perfüzyon pompası bulamadığımız için 100 cc'lik enjektör ve kronometre yardımıyla A.S.S.I. kriterlerini esas alıp 60 ml/dak. hızla 3 dakikada 180 ml. ile ereksiyon meydana gelmeyen olguları venöz kaçak olarak kabul ettik. Kavernografi esnasında her üç sistemden de kaçak görülebilir (2,4). Bizim olgularımızdan birinde corpus cavernosum ile glans arasında kaçak vardı. Diğerleri ise derin dorsal venden periprostatik pleksusa ve internal pudendal vene kaçak şeklinde idi. (Resim 1,2,3).

Hasta seçiminde bazı kriterlere dikkat etmek gerekir. Venöz yetmezlik empotansı olan olgularda yakınmalar genellikle kısa süreli ve semirijid ereksiyon şeklindedir. Bazı hastalar vajinal penetrasyonun olduğunu ancak semirijidite nedeniyle coitusun devamında güçlük meydana geldiğini bildirirler. Hastaların büyük

çoğunluğu genç yaş grubundadır (5,7,9). Biz de hasta seçiminde bu noktaları gözönünde bulundurduk. Opere edilen hastaların hiç birinde diğer empotans sebeplerini düşündürecek patoloji yok idi. Ancak arterial sistemin muayenesi için gerekli penil nokturnal tumesans, penil/brakial indeks, Doppler ultrasonografi gibi tetkikleri çalıştığımız birimin fizik yetersizlikleri nedeniyle yapamadık.



Resim 1: Kavernöz venden internal pudendal vene kaçak görülmekte

20 yy. başında Wooten (1902) Lydston (1908) ereksiyonda penil venöz drenajın önemini ve derin dorsal venin liagasyonu sonucu potensin geri döndüğünü bildirdiler. Ancak 80'li yıllarda kavernosometri, kavernosografi ve intrakorporal papaverinin tanı amacıyla kullanıma girmesi ile cerrahi girişim aktüel hale geldi (3,5,9,10).

Venöz yetmezlik empotansında bildirilen cerrahi girişim sonuçları değişiktir. Lewis ve ark. % 59, bir başka çalışmalarında % 24, Wespes ve ark. % 46, Wagenknecht % 73, Buvat ve ark. % 28, Stief % 37.5, A.S.S.I. % 41 mükemmel ereksiyon bildirirken, Desy ve ark. ile Austoni ancak farmakolojik ereksiyonun mümkün olabildiğini bildirmişlerdir (2,7).



Resim 2: Derin dorsal venden ve corpus cavernosum ile glans arasında kaçak görülmekte.



Resim 3: Derin dorsal venden internal pudendal vene ve periprostatik pleksusa kaçak görülmekte.

Bizim çalışmamızda 2 hastada post-op. ereksiyon kalitesinde düzelme olmadı (% 22.2). 2 hastada ilk 4 ay ereksiyonun iyi olmasına karşın daha sonra preoperatif hale döndü (% 22.2). 5 vakada ise ereksiyon kalitesi iyi idi (% 55.5).

Cerrahiden yarar gören hastaların durumlarında uzun vadede ne gibi değişiklikler olacağını önceden kestirememekle birlikte dikkatli seçilmiş hasta grubunda % 50'ye varan başarı şansı nedeniyle empotan hastalarda venöz yetmezliğin mutlaka araştırılması ve gerektiğinde cerrahi girişim uygulanması kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Aboseif, S.R., Lue, T.F.: Hemodynamics of penil erection. Urol. Cl. North Am. 1:1, 1988.
- 2- Sevin, G., Taşçı, A.İ.: Venöz impotans. Impotans Teşhis ve Tedavisi. 6: 75-80, İstanbul 1990.
- 3- Siroky, M.D., Krane, R.J.: The patient with erectil dysfunction., Manual of Urology, 13: 149-156, First ed., Little Brown Co., Boston-London-Toronto, 1990.
- 4- Dickinson, I.K., Pryor, J.P.: Pharmacocavernometry: A modified papaverine test., Br. J. Urol., 63: 539-545, 1989.
- 5- Tanagho, E.A., Mac Annich, J.W.: Male sexual dysfunction: Smith's General Urology, 37: 673. 12th. ed., Appleton and Lange, Los Altos, 1988.
- 6- Stief, C.G., Watterauer, U., Sommerkamp, H.: Intra-individual comparative study of dynamic and pharmacocavernometry., Br. J. Urol., 64: 93-97, 1989.
- 7- Lewis, R.W.: Venous surgery for impotence. Urol. Clin. North Am., 15: 115, 1988.
- 8- Stief, C.G., Bahren, W., Scherb, W., Gall, H.: Primary erectile dysfunction. J. Urol., 141: 315-319, 1989.
- 9- Resnick, M.I., Benson, M.A.: Manual of Clinic Problems In Urology, 70: 253-257, First ed., Little Brown Co., Boston-London-Toronto, 1989.
- 10- Aboseif, S.R., Breza, J., Lue, T.F., Tanagho, E.A.: Penil venous drainage in erectile dysfunction, Anatomical, radiological, and functional considerations, Br. J. Urol., 64: 183-190, 1989.