

ÜRETRA DARLIKLARINDA TRANSURETRAL CERRAHİ GİRİŞİMLER VE TEDAVİ DENEYİMLERİMİZ

TRANSURETHRAL SURGICAL INTERVENTIONS AND OUR CLINICAL EXPERIENCES IN TREATMENT OF URETHRAL STRICTURES

TUNÇ, M., ÖZCAN, F., KÖSE, E., ALP, T., TELLALOĞLU, S., ÖZSOY, C., ARAS, N., NANE, İ., KOÇAK, T.

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D.

ÖZET

1983-1992 yılları arasında uretra darlığı nedeniyle toplam 224 adet transuretral cerrahi girişim uygulanmıştır. Hastalarımızın yaş ortalaması 42.9 (10-83) olarak saptanmıştır.

Etyolojik faktörler vakaların % 8.1'inde transuretral prostat rezeksiyonu, % 24.3'ünde açık prostatektomi, % 45.9'unda trafik kazası ve % 21.6'sında düşme ve travma olmuştur.

Darlık lokalizasyonu vakaların % 95.9'unda posterior uretrada, % 4.1'inde ise ön uretradadır. Arka uretra darlıklarında hastalara 1 kez ile 5 kez arasında değişen uretrotomi intern uygulanmıştır.

Bu yazıda uretra darlıklarında tedavi presipleri ve darlık lokalizasyonlarına göre tedavi deneyimlerimiz anlatılmıştır.

SUMMARY

Between 1983 and 1992, 224 transurethral surgical interventions have been applied in urethral strictures. Mean age of our patients was 42.9 (10-83).

Etiologic factors were transurethral prostate resection in 8.1 %, prostatectomy in 24.3 %, traffic accident in 45.9 %, fall injury and trauma in 21.6 % of the cases.

Localization of the stricture was in posterior urethra in 95.9 % of cases and it was in the anterior urethra in 4.1 % of cases. Urethral strictures localized in the posterior urethra were treated by internal urethrotomy norging in the frequency of to 5 times per patient. Anterior urethral strictures were treated by otis urethrotomy.

We report our treatment principles and our experiences in the treatment according to the localization of urethral strictures.

GİRİŞ

Üretra darlığı, konjenital ve edinsel nedenlere bağlı olarak görülmektedir. Konjenital darlıklar oldukça nadirdir. Edinsel darlıklarda etyolojik neden çeşitlilik gösterir. İnfeksiyon, üretral enstrumantasyon, trafik kazası ve yüksekten düşme, başlangıçta üretrada yaranan ve yırtılmalara yol açar. Komplikasyon olarak da üretra darlıkları gelişir (1,2,3,4). Üretra darlığı infravesikal obstrüksiyon nedeni olacağı için uygun şekilde zamanında tedavi edilmediği takdirde kronik böbrek yetmezliğine kadar vuran üriner infeksiyon, üretral fistül, taş oluşması, paradoks inkontinans, infertilite gibi komplikasyonlara neden olabilir (1,2,4).

İnkomplet darlıkların tedavisinde üretral dilatasyon bilinen en eski tedavi yöntemidir (4,5,6). Otis uretrotomi, optik uretrotomi, uretraya ürospiral tatbik edilmesi, üretral balon dilatasyon tedavileri gündeme gelmiştir (4,7).

Özellikle T.Ü. girişimler inkomplet üretra darlıklı hastalar için umut kaynağı olmuştur. Optik uretrotomi bunlar içinde en popüler olanıdır. Tek başına tedavi edici özelliğe sahiptir. Uretrotomi sonrası darlığın nüks etme olasılığı vardır. Bir sene içinde 2 veya 4 kez nüks gösteren hastalarda açık cerrahi girişim düşünülür (3,5,6,7).

Sacknoff ve Kerr optik uretrotomi ile başarı oranını % 50-80 arası olarak bildirmektedir (2,7). Minimal anestezi gerektirmesi, darlığın

nüks etmesi halinde tekrarının kolay olması, görerek ve emniyetle yapılması optik üretratominin avantajlarıdır (1,4,6).

Darlığın uzunluğu, lokalizasyonu, etyolojisi ve darlıkla birlikte infeksiyonun bulunması, sondanın süresi başarı oranını etkilemektedir. 0.5 cm'den daha az darlıklarda başarı oranı daha yüksektir (1,2).

Kliniğimizde 1983-1992 tarihleri arasında transüretal girişimle tedavi edilen 224 hastanın retrospektif değerlendirmesini yaparak kazandığımız deneyimlerimizi bu çalışmamızda gözden geçirdik.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde üretra darlığı nedeniyle başvuran 224 hasta I.V.P. , sistografi ile değerlendirilmiştir. Anlamli rezidüsü olan hastaların üretrası olive buji ile kontrol edilmiştir. Darlığı olduğu anlaşılan hastalar miksiyonel sistografi çekilerek darlığın gerçek lokalizasyonu, sayısı saptanmaya çalışılmıştır. İnkomplet darlığı olduğu saptanan hastalar çalışma içine alınmıştır Meatus üriner externden fossa navicularise kadar olan darlıklar çalışmamız dışında bırakılmışlardır.

Tüm üretra darlıklarında önceleri çoğunlukla optik üretratom kullanılmış, daha sonra anterior üretra lokalizasyonlu darlıklar otis üretratom ile kesilmiştir. Girişimde genel anestezi uygulanmıştır.

Bant ve kısa darlıklarda sonda 3 ile 7 gün süre ile hasta üzerinde bırakılırken komplike darlıklarda bu süre 10 ile 21 gün arasında değişmiştir.

BULGULAR

224 üretra darlıklı hastanın darlık nedenleri gözden geçirildiğinde, transüretal girişimlere bağlı (mesane taşı alınması, üretra taşı çıkarılması, TUR-P veya TUR-T v.s.) darlığı olan hasta sayısı 18 olarak bulunmuştur. Açık prostatektomi sonrası darlık gelişen hasta sayısı 54'dür. Kronik enfeksiyona bağlı darlık gelişen hasta sayısı 2'dir. Trafik kazasına bağlı darlığı olan hasta sayısı 102 iken düşme veya travmaya bağlı darlık gelişmiş hasta sayısı 48 olarak

bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1: 224 hastada darlık nedenleri

T.U. girişimler sonrası	n= 18
Açık prostatektomi sonrası	n= 54
Trafik kazası	n= 102
Düşme veya travma	n= 48
Kronik infeksiyon	n= 2

Trafik kazasına bağlı darlık gelişen 102 hastanın özgeçmişlerinde 77'sinde doğrudan, 25'ine açık operasyon ile retrograd sonda konulmuş olduğu tespit edilmiştir. Düşmeye bağlı travma nedeniyle üretra darlığı olan 48 hastanın özgeçmişlerinde 9'unda açık operasyon ile sonda konulmuş olduğu görülmüştür.

Önceleri optik üretratom anterior ve posterior üretra darlıklarında kullanılmıştır. Ancak anterior üretra kesilerinde 8 hastada (% 3.5) ekstrasvazyon görüldüğü için daha sonra anterior üretra darlıklarında otis üretratom tercih edilmeye başlanmıştır. 10 hastada (% 4.3) üretratom esnasında false route yapılmış, bir hastada (% 0.4) üretratom bıçağı kırılarak üretrada kalmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Karşılaştığımız komplikasyonlar

Ekstrasvazyon	n= 8
False Route	n= 10
Bıçağın kırılması	n= 1

224 hastalık serimizde en kısa darlık mesafesi 0.5 cm'den küçük olarak bulunmuş , en uzun darlık 6 cm. olarak ölçülmüştür.

Üretratom intern kliniğimizde outpatient olarak uygulanmıştır. Müdahaleyi takiben erişkin hastalara 18-20 F Foley sonda konmuştur. Temin edebilen hastalarda silikon sonda tercih edilmiştir. Minimal anüler darlıklarda süre 21 güne kadar uzatılmıştır. Hastalar sondalı kalma süresinin sonunda kliniğe çağrılmış, sondaları alındıktan sonra işlemeleri izlenerek kontrol edilmişlerdir. Rezidü idrarlarına bakılmıştır. Son 6 ay içinde bu kontrole sonda alındıktan bir hafta ile 10 gün sonra üroflowmetri de ilave edilmiştir.

Genel olarak, komplike olmayan darlık-

larda ilave tedavi yapılmamıştır. Komplike darlıkta 10 hastaya benique dilatasyon bir hafta ara ile 4 kez uygulanmıştır. Bu hastalara daha önce 3 kez Ü.İ. yapılmıştır. 3. Ü.İ.'i takiben dilatasyon uygulanmıştır. 6 hastada da yeni bir Ü.İ. gerekmemiştir. 4 hastanın dilatasyona cevap vermediği görülmüş, 4., 5. kez Ü.İ. gerekmiştir.

Ü.İ. yapılan T.Ü. girişim ve açık prostatektomi geçiren 72 hastanın 58'i (% 81) bir kez Ü.İ. ile tedavi olmuştur. 14 hasta (% 19) iki kez Ü.İ. ile düzelmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Girişim ve açık prostatektomi geçiren hastalar

U.I.X 1	n= 58	% 81
U.I.X 2	n=14	% 14

Trafik kazasına bağlı olarak üretra darlığı gelişmiş 102 hastanın 63'ü (% 61.7) tek Ü.İ. ile tedavi olurken 18 hastaya vap vermiştir. 10 hasta (% 9.7) 3 kez, 4 hasta (% 3.9) 5 kez Ü.İ. ile tedavi edilmek zorunda kalmıştır. 7 hastaya (% 6.8) darlığın çok sık tekrar etmesi ve progresyon göstermesi nedeniyle açık operasyon ile rekonstrüksiyon yapılmıştır (Tablo 4)

Tablo 4: Trafik kazası geçiren hastalar (n=102)

U.I.X 1	n= 63	% 61.7
U.I.X 2	n= 18	% 17.6
U.I.X 3	n= 10	% 9.7
U.I.X 5	n= 4	% 3.9
Açık operasyon	n= 7	% 6.8

TARTIŞMA

Üretra darlığı etyolojik yönüyle incelendiğinde trafik kazaları birinci sırayı almaktadır. Özellikle geç yaş grubu hastalarda miksiyon problemine, potens, inkontinans gibi diğer problemler ilave olduğunda sosyal bir sorun olmaktadır. Üretra travmalarında acil müdahale mi yoksa geç müdahale mi avantajlı halen tartışma konusudur (4,5,6).

Acil müdahale bize göre konservatif olmalı ve hasta yalnız sistostomize edilmelidir. Ü.İ. yapılan hastaların içinde trafik kazası geçiren veya travmaya uğrayan hastaların 34'üne acil retrograd sonda uygulanmıştır. Bunların

içinde 7 tanesi Ü.İ.'ler ile tedavi edilmeyerek açık operasyona ihtiyaç göstermişlerdir. 27 hastaya ise en az 3 kez Ü.İ. yapılmak zorunda kalmıştır. Tek başına acil sistostomi travmaya bağlı idrar ve kan ekstrevasiyonunun rezorbe olmasına yardımcıdır. Ekstravaze olan materyalin zaman içinde rezorbsiyonu ile deplase üretra tekrar normal konumuna döner. Bu da üretranın fazla travmatize edilmeden tekrar aynı pozisyonunu almasına yardımcı olmaktadır (Morehouse ve Smith).

Morehouse böyle tedavi sonunda spontan miksiyon yapan hastalar tarif etmiştir (3). Retrograd sonda (rail-road) uygulanmasında istenmeden üretra daha fazla travmaya uğramaktadır. Sondanın kullanılması travma ile iskemiye uğrayan üretrayı darlık riskinden kurtarmaz. Daha komplike darlık oluşmasına neden olur. Bazen retrograd sonda konulurken iatrojenik olarak false route yapılmaktadır. Sonda bu false route'dan geçirilir. Sonuç çift posterior üretra ve üretral darlıktır. İmpotans, inkontinans riskleri de artacaktır (3,4,5,6).

Genel kanı üretranın tüm darlıklarında optik üretrotom kullanılmasıdır (4,5,6). Bizim deneyimlerimizde anterior üretrada optik üretrotom ile ekstrevasiyon komplikasyonu görülmüştür. Otis üretrotom ile böyle komplikasyonlar görmedik.

False route Ü.İ.'nin en ciddi komplikasyonlarından. Genellikle bir üretral kateterin kılavuzluğunda Ü.İ. yapılması bu olasılığı ortadan kaldıracaktır (1,2). Ancak kateter darlığın arkasında katlanır veya uzun bir darlıkta yanıtıcı olabilir. Ayrıca kesilen mukoza lümenin kolabe olmasına neden olur ve üretrotom kesilen mukoza ile periüretral mesafeye girebilir. Bizim false route komplikasyonlarımız bu nedenlerle olmuştur.

Sonda süresi tercihen 3-5 gün olarak bildirilmektedir (1,2). Bizde bu süre daha uzundur. Birkaç hastada sonda dahi koymayı düşünmedik. Ancak bunlar çok az sayıda hastalar oldukları için değerlendirmeye alınmamışlardır. Sonda süresinin uzun olarak tutulduğu hastalar komplike darlıklı (uzun darlık, anüler olmayan darlık, darlığın spongios doku içerisinde devam ettiği darlık) hastalardır.

Üretrotomide fibrotik doku kesildikten

sonra ardından pembe bir doku görünen üretralarda tedaviye daha iyi cevap alınmaktadır. Fibröz doku ardından çıkan üretra soluk beyaz veya mermerimsi görünümde olursa tedaviye cevabın olumsuz olduğu görülmüştür. Komplike darlıklı hastalarda çoğunlukla tesbit ettiğimiz bulgu sonucusu olmuştur.

Bu bulgu ile karşılaştığımız 13 hastadan 9'una üçüncü Ü.İ. takiben 4 hafta süre ile haftalık intervallerle benique dilatasyon yapılmış ve 9 hasta bir daha Ü.İ.'e ihtiyaç duymayacak hale gelmiştir. Bu hastalarda daha sonra bir ay ara ile dilatasyona devam edilmiştir. Dilatasyonlar sürekli aynı hekim tarafından yapılmış her defa benique numarası 2 F artırılmıştır. 6. ayın sonunda hastalar 6 ayda bir çağrılarak dilatasyon yapılmıştır. 9 hastadan şu an 3'ü dilatasyona ihtiyaç duymamaktadır. 4'üne 6 ay ara ile dilatasyona devam edilmektedir. 2 hasta ise yıllık üretral dilatasyonlarla takip edilmektedirler. 42 F Beniqueye ulaşmak yeterlidir. Benique ile dilatasyon eski olmakla birlikte gözönünde tutulmalıdır. Veya üretral balon dilatasyonları onun yerine düşünülebilir.

Açıkça görülmektedir ki retrograd sonda uygulaması bazı sakıncalar taşır. Travmaya uğramış iskemi gelişmiş üretrada acil üretral reparasyon için gösterilecek gayretler, birbirinden ayrılmış, pelvik-perineal hematoma nedeniyle deplase olmuş üretraları bir araya getirmeye yetmez (3,4,5,6,7).

Trafik kazası sonucu üretral darlık gelişen 102 hastanın 25'ine, düşmeye bağlı üretral darlık gelişmiş 48 hastanın 9'una diğer kliniklerde acil olarak retrograd sonda konmuştur. Bu hastaların halen üretra darlığından şikayetçi olması ve üretrotomiye gereksinimleri retrograd sonda tatbikinin üretra darlığına ortadan kaldıramadığının açık kanıtıdır.

Bu hastalardan 7'si ve kronik infeksiyon nedeniyle Ü.İ. yapılarak tedavi edilen 2 hasta açık üretral rekonstrüksiyon ameliyatı yapılmak zorunda kalmıştır. Ü.İ. ile bir müdahalede başarı oranı T.Ü. veya açık prostatektomi sonucu darlık gelişen 72 hastada % 81'dir. Trafik kazası sonucu darlık gelişimi 102 hastada % 61.7'dir. Düşme ve travma sonrasında darlık gelişen 48 hastada % 71 olarak bulundu.

SONUÇ

1- Ü.İ. inkomplet darlıklarında ilk olarak düşünülmesi gereken girişimdir.

2- Benique veya üretral balon dilatasyonları ile üretrotomi desteklenmelidir.

3- Fibrotik dokunun spongiosum içine kadar girdiği darlıklarda üretrotomiye cevap yetersiz olmaktadır. Açık cerrahi düşünülmelidir.

4- Ekstravazasyon komplikasyonunu azaltmak için anterior üretrada otis, posterior üretrada optik üretrotom tercih edilmelidir.

5- Bize göre üretra travmalarında acil müdahalede sistostomi tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Boccon-Gibod, L.:** Endoscopic Treatment of Urethral Strictures, Pediatric and Adult Reconstructive Urologic Surgery içinden. Edit: Libertino A.J., Chapter 43 535-542 Williams-Wilkins, ikinci baskı Baltimore, London, 1987.
- 2- **Sacknoff, E.J., Kerr, W.S. Jr.:** Direct Vision Knife Urethrotomy. J. Urol., 123, 492, 1980.
- 3- **Morehouse, D.D.:** Management of Prostatomembranous Urethral Stricture: A personal view. Br. J. Urol. 61: 375. 1988.
- 4- **Mc Aninch J.W.:** Disorders of the Penis and Urethra, Smith's General Urology içinden editörler Tanagho E.A., Mc Aninch J.W., Chapter 37, 594-607 thirteenth edition Appleton and Lange, Norwalk, 1992.
- 5- **Devine J.C. Jr.:** Surgery of the Urethra-Campbell's Urology içinden-editörler Walsh P.C., Gittes, F.R., Perlmutter, A.D., W.B. Saunders, Philadelphia, London, Toronto, 1986.
- 6- **Kropp, K.A.:** Strictures of the male urethra-adult and Pediatric Urology içinden-editörler Gillenwater J.Y., Grayhack, J. Jr., Howards S.S., Duckett, J.W., chapter 37, Inc. Chicago, London, Boca Raton, 1987.
- 7- **Chapple, C.R., Turner-Warwick R.:** Urethral Stricture Surgery Current Opinion in Urology 2: 218-224, 1992.