ÜRETRAL DARLIK MESAFESİ TAYİNİNDE DEĞİŞİK TANI METODLARININ DEĞERİ

INFORMATIVE VALUES OF VARIOUS DIAGNOSTIC METHODS IN THE ASSESSMENT OF URETHRAL STRICTURE LENGTH

TUNÇ, M., ESEN, T., KADIOĞLU, T.C., ÖZCAN, F.

İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Son 5 yıl içersinde travmatik posterior üretra darlığı mevcut 30 hasta rekonstruksiyon öncesi asandan üretrografi, miksiyonel sistoüretrografi, panendoskopi, sistostomi traktından sistoüretrografi ve çift Benique sonda ile değerlendirilmişlerdir.Darlık mesafesinin doğru olarak belirlenmesi, mesane boynu ve posterior üretra anatomisinin ortaya konması, sekonder VUR, varsa false route ve fistüllerin dökümante edilmesinin amaçlandığı bu değerlendirmede kombine yöntemlerin, diğerlerine kesinlikle üstün olduğu yalnızca komplike darlıklarda darlık mesafesini olduğundan daha uzun gösterebildikleri dikkati çekmiştir

SUMMARY

In the last 5 years 30 patients with posttraumatic complete posterior urethal scricture underwent a uniformal preoparative evaluation program consisting of ascending urethrography, posterior urethroscopy using the previously established cystostomy tract and double Benique sound graphy. The aim of this protocol was the correct assessment of the stricture length, the delineation of the anatomy of posterior urethra and bladder neck, the documentation of secondary VUR, false routes and fistulae. Combined methods were found to be superior to fullfill this aims with the only disadvantage of overestimating the stricture length in complicated strictures.

GİRİŞ

Prostatomembranöz üretranın travmatik rüptürü, pelvik fraktür gelişen hastaların yaklaşık %10'unda görülür, ve komplikasyonları da dikkate alındığında tedavisi en güç patalojilerden birini oluşturur(1,2,3,5). Posterior üretra travmasının en önemli morbiditeleri üretra darlığı, impotans ve inkontinansdır (1,3,5).Tedavide genellikle tercih edilen geç perineal rekonstrüksiyon öncesi, gelişmiş olan komplikasyonlara ait değişik özelliklerin bilinmesi tedavi planlaması ve prognoz açısından büyük önem taşır. Bu nedenle preoperatif tanıda kullanılacak değişik metodlar, sadece üretra darlık mesafesini doğru tayin etmekle kalmayıp, aynı zamanda mesane boynu ve posterior üretra anatomisini iyi göstermeli, ayrıca varsa sekonder VUR, false route ve fistül traktlarını da dökümante edebilmelidir. Çalışmamızda değişik tanı metodlarının bu amaçları yerine getirme konusundaki değerleri belirlenmeye çalışılmıştır.

MATERYAL VE METOD

1987 - 1992 yılları arasında yaşları 7-54 arasında değişen 30 hastadaki posterior üretra darlığına travmadan ortalama 1 yıl sonra (9 ay ile 18 yıl) perineal rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Girişim öncesi hastalar IVP, asandan üretrografi, miksiyonel sistografi, panendoskopi, sistostomi traktından antegrad sistoüretroskopi ve çift Benique grafi ile değerlendirilmişler, bu şekilde darlık mesafesi, mesane boynu kompetansı, posterior üretra genişliği, asosiye VUR, false route ve fistül varlığı belirlenmeye çalışılmıştır.

30 hastada uygulanan 36 operasyondan 32'si perineal end to end anastomoz, 2'si perineal tüp üretroplasti, 1'i skrotoperineal inlay, 1'i ise prepusyal serbest tüp greft interpozisyondur. End to end anastomozlarda 7 kez parsiyel, 2 kez de total pubektomiye gerek duyulmuştur. Ameliyat sonrası miksiyonel sistoüretrografi ve üroflowmetri ile değerlendirilen hastalarda üretra pasajı yanısıra reflünün sürüp sürmediği, posterior üretra dilatasyonunun gerileyip gerilemediği özellikle incelenmiştir.

SONUÇLAR

36 girişim sonrası takip edilebilen 29 hastanın 25'inde fonksiyonel ve morfolojik tam iyilik saptanmıştır. 3 olguda dilatasyon güçlüğü mevcuttur. 1 hastada ise inkontinans gelişmiştir. Tanı metodları tek tek ele alındığında radyolojik tetkiklerin hiçbirinin tek başına darlık mesafesini doğru olarak belirleyemedikleri ortaya çıkmıştır (Resim 1,2). Buna karşılık özellikle senkron asandan üretrografi ve miksiyonel sistoüretrografi ile darlık mesafesi tam olarak belirlenebilmiş (Resim 3), ancak komplike olgularda bir kaç kez olduğundan daha uzun bir darlık öngörülmüştür. Çift Benique ile bimanuel muayene ve grafi'de darlık mesafesinin belirlenmesinde çok yardımcı olmuştur. Preoperatif reflü saptanan 7 olgudan 1'i hariç, diğer 6'sında ref-

Resim 2: Miksiyonel sistoüretrografi (aynı olgu): Distale geçiş yok ancak darlık mesafesi belirsiz.

Resim 1: Asandan üretrografi: Posterior üretra darlığı. Geçiş yok, ancak darlık belirsiz.

Resim 3: Kombine asandan - desandan sistoüretrografi (aynı olgu): Kısa mesafeli posterior üretra darlığı.

Resim 4: Çift benique grafi: Darlık mesafesi ve üretral deplasman dökümantasyonu.

lünün tamamen kaybolduğu görülmüş, preoperatif false route saptanan 2 olguda da ameliyat sonrası yanlış traktların ortadan kalktığı saptanmıştır. Inkontinans gelişen tek olguda preoperatif olarak mesane boynunun açık kaldığı gösterilmiş ve inkontinans riski öngörülebilmiştir. Postoperatif pasaj güçlüğü olmayan 25 hastanın tümünde daha önce mevcut posterior üretra dilatasyonunun gerilediği izlenmiş, rahat pasaj ortalama 20 ml/dakika üroflow değerleri ile de dokümante edilmiştir. Buna karşılık pasaj güçlüğü olan 3 hastada posterior üretradaki dilatasyonun tümüyle kaybolmaması dikkati çekmiştir.

TARTIŞMA

Tedavisi konusunda görüş ayrılıkları bulunan posterior üretra rüptürü, özellikle geç rekonstrüksiyon öncesi ayrıntılı bir inceleme gerektirir ve bu incelemenin ayrıntıları konusunda tedavinin aksine literatürde bir konsensus olduğu dikkati çekmektedir. Masif hemotom haricinde bizim gibi geç rekonstrüksiyonu savunan Webster (4,5) böyle bir değerlendirmenin asandan üretrografi, miksiyonel sistoüretrografi, panendoskopi ve gerekirse sistostomi traktından sistoüretroskopiden oluşması gerektiğini bildirmektedir. Yapılacak rekonstrüksiyon girişiminin tipini de belirleyecek olan bu metodların primer amacı darlık mesafesini iyi ortaya koymak, üretra ve mesane boynu anatomisini iyi dokümante etmek olmalıdır. Özellikle olgularımızdaki gibi komplet darlıklı hastalarda tek başına hem asandan üretrografi hemde miksoyenel sistoüretrografi darlık mesafesini doğru olarak belirlemekten uzaktır. Buna karşılık iki metod kombine olarak kullanıldıklarında darlık mesafesi büyük bir doğrulukla ortaya konmakta yalnızca komplike darlıklarda olduğundan daha uzun olarak saptanmaktadır. Bu noktada double Benique grafi iki yönden faydalıdır. Bu teknikle bimanuel olarak üretra mobilitesi ve varsa deplasman belirlenecek, hem de zorlamadan kaçınmak kaydı ile proksimal ve distal uçların birbirine olan uzaklığı gayet net biçimde ortaya konacaktır. Kombine yöntemler ayrıca mesane boynu ve paraprostatik bölgedeki inisyal travma fibrozisi hakkında da bilgi verecek ve böyle olgularda abdominoperineal senkron yaklaşımla daha iyi sonuç alınabilecektir (1,4). Darlık mesafesinin uzunluğu da, yapılacak operasyonun natürünü belirleyecek, uzun darlıklarda pubektomi gereksinimini ortaya koyacak ya da interpozisyon greftlerini gündeme getirecektir (1,2,3).

Özellikle miksiyonel sistoüretrografiler mesane boynu hakkında da çok değerli bilgi sağlamaktadır. Bu teknik sırasında mesane boynunun açılma yeteneği değerlendirilebilmekte ve böylece fibrozis etkisi belirlenmektedir. Ayrıca mesane boynunun açık kalması da rekonstrüksiyon sonrası inkontinans riski olan hastaların saptanması açısından önemlidir. Nitekim serimizde, inkontinans riski ameliyat öncesi öngörülen bir hastada ameliyat sonrası inkontinans olmuştur. Aynı teknikle posterior üretrada gösterilen dilatasyon özellikle takipte ameliyat başarısının önemli bir göstergesidir. Tedricen kaybolan dilatasyon rahat üretra pasajının sonucudur. Aynı şekilde ameliyat öncesi var olan sekonder reflüler de başarılı bir rekonstrüksiyon sonrası kaybolmaktadır ki, reflüsü olan 7 olgudan 6'sında reflünün tümüyle kaybolduğu gösterilmiştir. Asandan üretroskopide darlık hakkında fazla bilgi edinilemeyeceği açıktır. Buna karşılık sistostomi traktından yapılacak desandan sistoüretroskopi mesane boynu ve posterior üretra anatomisini ortaya koyacaktır. Bu şekilde varsa false ro-

ute, aksesuar mesane boynu ve fistül gelişimleri de değerlendirilmiştir olacaktır. Sonuç olarak komplet posterior üretra darlıklı olgular mutlaka kombine endoskopik ve radyolojik tetkiklerle değerlendirilmelidir. Ancak bu şekilde uygun tedavi metodu saptanabilecek, postop gelişmesi muhtemel komplikasyon riski belirlenecek ve ameliyat başarısı objektivize edilebilecektir.

KAYNAKLAR

1) **Chapple, C.R., Turner-Warwick, R.:** Urethral Stricture Surgery. Current Opinion in Urology 2: 218, 199.
2) **Morehouse, D.D.:** Management of Prostatomembranous Urethral Stricture. A Personel Wiev. Br.J.Urol: 61: 375, 1988.
3) **Turner-Wiev. R.:** Complex Traumatic Posterior Urethral Stricture. J. Urol., 118: 564, 1977.
4) **Webster, G.D., Mathes, G.L., Selli, C.:** Prostatomembranous Urethral Injuries. A Rewiev of the Literature and a Rational Approach to Their Management. J. Urol. 130: 898, 1983.
5) **Webster, G.D.:** Repair of the Difficult Posterior Urethral Stricture. World. J. Urol. 5: 30, 1987.