

POSTERİOR ÜRETRA YARALANMALARINDA TANI VE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

DIAGNOSIS IN POSTERIOR URETHRAL TRAUMA AND RESULTS OF TREATMENTS

YALÇIN, O., ATİKELER, M.K., BAYDİNC, C., SEMERCİÖZ, A., YENİ, E., YILMAZ, M.

ÖZET

Son 6 yılda posterior üretra yaralanması tanısı koyup tedavi ettiğimiz 18 olguyu retrospektif olarak değerlendirdik.

Komplet rüptürü olan 16 olgudan 11'inde primer sistostomi + üretral kateter uygulandı. Geri kalan 5 olgu ile inkomplet rüptürü olan 2 olgu ise sadece sistostomi ile tedavi edildi.

Post operatif kontrollarda her iki yöntemde de değişik oranlarda komplet ya da inkomplet üretral darlık, stress inkontinans ve empotans gibi komplikasyonlar gözlemlendi. Erken dönemde birinci yöntemin daha iyi gibi görülmesine karşın uzun vadede özellikle geç komplikasyonlar yönünden ikinci yöntemin daha tercih edilebilir olduğu sonucuna varıldı.

SUMMARY

18 patients with posterior urethral injury who underwent surgical treatment in the last six years were evaluated retrospectively.

Primary cystostomy and urethral catheterization were performed in 11 of 16 cases with complete rupture. Cystostomy alone was performed in the other five cases with complete and two cases with incomplete rupture.

Different rates of complete and incomplete urethral stenosis, stress incontinence and impotence were the postoperative complications observed in both of the surgical methods.

It was concluded that, although the early postoperative complications were lower in the first method, the second method was more preferable because of its lower incidence of late postoperative complications.

GİRİŞ

Üretra yaralanmaları ürogenital sistem yaralanmaları arasında önemli bir yer tutar ve yüksek morbiditesi nedeniyle özel bir önemi vardır.

Üretra yaralanmaları posterior ve anterior uretra yaralanmaları olarak 2 grupta incelenir. Yaralanma komplet ya da inkomplet olabilir. Etyolojik neden çoğunlukla trafik kazalarıdır (1,2).

ANAHTAR KELİMELEER: Posterior üretra, yaralanma, tedavi.

KEY WORDS: Posterior urethra, injury, treatment.

Posterior üretra mesane boynundan başlayarak membranöz üretranın sonuna kadar devam eden üretra kısmıdır. Pelvis kemiği fraktürü olan erkek hastaların %4-25'inde posterior üretra yaralanması da olmaktadır (2,3). Bu yaralanma basit bir kontüzyon olabileceği gibi parsiyel ya da komplet rüptür de olabilir, uygun tedavi yapılmazsa ömür boyu taşınacak sekellere neden olabilir (4).

Posterior üretra rüptürlerinde tedavinin başarı kriterleri; rahat idrar akımının sağlanması, enfeksiyonun önlenmesi, kontinansın ve seksüel potensin korunması şeklinde özetlenebilir (1,2,5).

Parsiyel üretra rüptürünün tedavisinde basit bir sistostomi koyarak beklemek çoğu ürolog tarafından kabul görmekle beraber komplet üretra rüptürünün tedavisinde uygulanan üç değişik yaklaşım vardır. Bunlar; kopmuş üretra uçlarının bir kateter üzerinden yaklaştırılması, kopmuş üretra uçlarının primer anastomozu ve erken dönemde suprapubik sistostomi koyup oluşan darlığın elektif şartlarda tedavisidir (2,5,6).

Çalışmamızda bu bilgiler ışığında posterior üretra rüptürü nedeniyle tedavi ettiğimiz olguların retrospektif bir değerlendirmesini yapmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada 1988 - 1994 yılları arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'nde tedavi edilen 18 posterior üretra yaralanması olgusu değerlendirildi.

Tanı; anamnez, fizik muayene, İVP ve retrograt üretrografi ile konuldu. Tedavide komplet rüptürü olan 16 olgudan 11'ine, (bunlar ilk zamanlarda tedavi edilen olgular) suprapubik sistostomi + bir nelaton kateterle mesane boynundan girilip üretranın distal measından çıkılarak bu kateterin ucuna bir foley kateter bağlanıp nelatonun rehberliğinde mesaneye çekilerek orada balonu şişirilip tespit edilmesi şeklinde üretral kateterizasyon uygulandı. Komplet rüptürü olan olgulardan geri kalan 5 ve inkomplet rüptürü olan 2 olgu ise sadece suprapubik sistostomi konularak tedavi edildi. Olguların hepsine proflaktik olarak geniş spektrumlu antibiyotik verildi.

Hastaların takipleri ortalama 6 ay kadar sürdü. Hastaların daha sonraki kontrollere gelmemesi nedeniyle daha uzun takipler yapılamadı. Post operatif ikinci aydan itibaren kontrole çağrılan hastalara; kontrol muayenesi, idrar analizleri, İVP, üretrografi yapılarak sonuçları değerlendirildi. Üroflovetremiz olmadığından bununla ilgili çalışma yapılamadı. Potens durumunun değerlendirilmesi hastaların ifadesine göre yapıldı.

BULGULAR

Olguların tamamı erkek olup yaşları 14-65 arasında (ortalama 31.9) idi. Rüptür şeklinde 16 (%88.9)'sında komplet, 2 (%11.1)'sinde inkompletti. Etyolojide %66.7 ile trafik kazaları ilk sırada idi. Bunu sırasıyla yüksekten düşme ve ateşli silah yaralanması izliyordu (Tablo 1). İlave patoloji olarak 11 olguda (%61.1) pelvis kemiklerinde çeşitli derecelerde fraktür vardı (Tablo 2). Ayrıca 6 olguda femur boynu kırığı, 2 olguda mesane rüptürü, 1 olguda ise dalak rüptürü vardı (Tablo 3).

Tablo 1:
Posterior Üretra Rüptüründe Etyoloji.

Etyoloji	Olgu sayısı	%
Trafik kazası	12	66.7
Yüksekten düşme	4	22.2
Ateşli silah yaralanması	2	11.1

Etyolojide %66.7 ile trafik kazaları ilk sırada yer almaktadır.

Fizik muayenede genellikle pubik ve perineal bölgede ekimoz, hematoma ve hassasiyet vardı, rektal tuşede özellikle komplet rüptürü olanlarda prostat loju silikti.

İVP'lerde; 10 olguda mesane tabanında yükselme, 6 olguda pelvik hematomla bağlı mesane deformitesi, 2 olguda da mesane rüptürüne bağlı ekstravazasyon saptandı.

Retrograt üretrografilerde; 16 olguda komplet, 2 olguda ise inkomplet rüptüre bağlı olarak değişik derecelerde ekstravazasyonlar saptandı.

Post operatif kontrollerde; parsiyel rüptü-

Tablo 2:

Olaya eşlik eden pelvis kerniği fraktürlerinin dökümü

<u>Fraktürün şekli</u>	<u>Olgu sayısı</u>
Tek taraflı isktion pubis kırığı	6
Milateral isktion pubis kırığı	2
Multiple pelvik fraktür	2
Symphisis pubiste ayrılma	1
Toplam	
Toplamın olgu sayısına oranı	%61

Posterior üretra yaralanmasına ek olarak olgularımızın %61.1'inde değişik şekillerde kemik pelvis kırıkları da vardı. en fazla görüleni ise tek taraflı isktion pubis kırığı şeklinde idi.

Tablo 3:

Posterior üretra rüptürü ile birlikte görülen diğer patolojiler

	<u>Olgu sayısı</u>	<u>Görülme oranı %</u>
Femur boynu kırığı	6	33.3
Mesane rüptürü	2	11.1
Dalak rüptürü	1	0.55

Femur boynu kırığı %33.3'le en fazla görülen ek patoloji idi.

rü olupta sistostomi ile tedavi edilmiş olan iki olgunun yakınması yoktu, spontan idrar yapabiliyordu. Komplet rüptürü olupta sistostomi + üretral kateterizasyon ile tedavi edilen 11 olgunun 7'sinde (%63.6) üretral darlık, 2'sinde (%18.1) empotans, 1 olguda ise (%9) stress inkontinans gelişti. Üretral darlık dilatasyonla

tedavi edildi. Sadece sistostomi ile tedavi edilen 7 olgudan 3'ünde (%42.8) tam obstrüksiyon, 2'sinde (%28.57) üretral darlık, 1'inde (%14.2) stress inkontinans, 2 olguda da (%23.5) empotans gelişti (Tablo 4). Bu grupta da darlık gelişen olgular dilatasyonla tedavi edilirken tam obstrüksiyonlu olgulara internal üretrotomi ve üretroplastisi önerildi ancak bu hastalar daha sonraki takiplere gelmediler.

TARTIŞMA

Posterior üretra rüptürleri üretra darlığı, empotans ve inkontinans gibi komplikasyonları nedeniyle önemlidir (7). Sıklık bakımından literatürde böbrek travmalarından sonra ikinci sırada yer alır (1,2,8). Genellikle erkeklerde görülür. Bizim olgularımızın da tamamı erkekti. Yaralanmaların %37.5 - 57.7'si anterior, %42.4-62.5'i posterior üretrada görülür (1,2,9).

Etyolojide en önemli faktör trafik kazalarıdır (%84) (1,2). Bizim olgularımızda da trafik kazaları %66.7 ile ilk sırada yer almaktadır (Tablo 1). Posterior üretra yaralanması olan olgularda %90 civarında pelvis kemiklerinde fraktür de vardır (6,7). Bizim olgularımızın da 11'inde (%61.1) pelvis kemiği kırığı vardı (Tablo 2).

Üretra rüptürünün tanısında eskiden üretoraji, idrar yapamama ve palpabl mesneden oluşan üçlü bulgu çok önemli idi. Ancak bunların hiçbirisi spesifik değildir ve bunların olmaması üretra rüptürünün olmadığı anlamına gelmez (1,2,5). Diğer taraftan rüptür olup olmadığını kontrol için bir üretral kateterin üretral yolla mesaneye itilmeye çalışılması hernekadar bir yöntem ise de denenmemesi daha doğru olur, çünkü parsiyel bir rüptürün komplet hale getirilmesi riski vardır. Üretra

Tablo 4:

Uygulanan operasyonun türüne göre komplikasyonlar ve oranları

<u>Operasyon türü</u>	<u>Komp.ÜretraDarlık.</u>	<u>İnkomp.Üret.Darlık.</u>	<u>Stress inkont.</u>	<u>Empotans</u>
Sistostomy+Kateteriz.	-	7 (%63.6)	1 (%9.1)	2 (%18.2)
Sistostomi	3 (%42.8)	2 (%28.5)	1 (%14.2)	2 (%28.5)

Her iki grupta da çoğunlukla üretral darlık görülmektedir.

rüptüründen şüphe edilen bir hastada yapılması gereken ilk tetkik üretrografi olmalıdır (1,2,5). Parsiyel rüptürde kontrast maddenin mesaneye geçtiği ve rüptür alanında ekstravaze olduğu, komplet rüptürde ise mesaneye hiç geçmediği görülür (1,2,4,5).

Posterior üretra rüptürlerinin tedavisinde çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Acil koşullarda primer anastomoz güçtür ve deneyim gerektirir (2,8,10). Parsiyel üretra rüptürlerinde sadece sistostomi konulması önerilir (1,2,3,6). Biz de parsiyel rüptürü olan iki olgumuzu bu şekilde tedavi ettik. Esas tartışılan konu komplet üretral rüptürün tedavisi olup birinci seçenek sadece sistostomi konulup 4-6 ay sonra gelişebilecek darlığın elektif şartlarda tedavisidir. Sistostomi kolay bir işlem olup lokal anestezi ile de yapılabilir. Bu tedavi şeklini komplikasyonlarının primer onarıma göre düşük olması nedeniyle önerenler olduğu gibi, Clak ve arkadaşları da onarımı en güç olan darlıkların geç onarım sonucunda geliştiğini bildirmektedirler (10,11). Literatürde primer sistostomi + geç rekonstrüksiyon uygulanan komplet posterior üretra rüptürü olgularında %56'ya varan oranlarda empotans bildirilmiştir (6). Yine sadece sistostomi ile tedavi edilen komplet rüptürlü olgularda 4-6 ay sonra üretral darlık oluşması kaçınılmazdır (6,11). Bu şekilde tedavi ettiğimiz olguların 3'ünde (%42.8) komplet, 2'sinde (%28.5) ise inkomplet darlık gelişti.

Tedavide ikinci seçenek olarak; hasta getirildiği zaman hemen eksplorasyon yapılarak perivezikal hematomun temizlenmesi ve kemik fragmanlarının uzaklaştırılmasından sonra, madeni bir buji ya da ince bir kateter aracılığı ile mesane boynundan girilip eksternal meadan çıkılır, bu kateterin ucuna bağlanan bir foley kateter bu kateterin rehberliğinde mesaneye çekilir, sonra rehber kateter foleyn ucundan çözülür, foleyn balonu şişirilip tespit edilir. Böylece hem üretranın devamlılığı sağlanmış olur hem de gerekirse hafif traksiyonlar uygulanarak yükselmiş olan mesane boynunun üretra posterioruna yaklaştırılmasıyla iyileşmeye yardımcı olunur. Ayrıca ilave olarak üretra uçlarını bulup kateterin üzerinden uçuca anastomoz yapanlarda vardır (2,3,5,11,12). Penisin parasempatik sinirleri

periprostatik alanda olduğu için retropubik ve periprostatik alanın cerrahi eksplorasyonu sırasında bu sinirler kolaylıkla zarar görerek empotansa neden olabilir (6,10). Bu nedenle biz bu tür tedavi uyguladığımız olgularda uçuca anastomoz yapmaya çalışmadık ve traksiyondan da kaçındık. Literatürde %44'lere kadar varan oranlarda empotans bildirilmesine karşın bizim empotans oranımızın (%18.1) gibi düşük çıkmasında bunun rolü olduğuna inanıyoruz.

SONUÇ

Günümüzde, üretra darlıklarının tedavisinde iki ayrı tartışma vardır. Birincisi acil olarak üretranın travmadan hemen sonra onarımı, ikincisi ise geç müdahalenin ne zaman yapılması ile ilgilidir. Erken acil girişimde geç dönem darlık gelişme riski çok yüksek olduğu için tartışma 4 ila 6 hafta içinde yapılacak girişimler üzerine yoğunlaşmaktadır. Bununla birlikte erken müdahale ile sistostomi + üretral kateter uygulayanlar, muhtemel üretra darlığının kısa olacağını ve basit yöntemlerle tedavi edilebileceğini, empotans ve inkontinans komplikasyonlarının muhtemelen üretrada yarananmaya neden olan travma ile ilgili olduğunu iddia etmektedirler (2,3,5,11,12). Bu yönetime karşı olanlar ise, kolay uygulanabilir olması, empotans ve inkontinans gibi komplikasyonlarının düşük olması nedeniyle, primer yaklaşımın sistostomi şeklinde olması gerektiği görüşündedirler. Biz de çoğunluğun kabul ettiği bu görüşe uygun şekilde son zamanlarda posterior üretra yaralanmalarında primer olarak sistostomi ile tedaviyi tercih ediyoruz.

KAYNAKLAR

- 1) Peters, P.C., Sagalowsky, A.I.: Genitourinary trauma. In: Campbell's Urology Edited by Walsh, P.C., Gittes, R.E., Perlmutter, A.D., Stamey, T.A. ü 5th ed., Philadelphia. W.B., Saunders Company. p: 1192-1245, 1986.
- 2) Yaman, L.S., Gögüş, O., Müftüoğlu, Y.Z. ve ark.: Üroloji, 1. baskı, Güneş Kitapevi Ankara, Ekim 1990.

- 3) Fowler, J., Watson, G., Smith, M.F. and Mac Farlane J.R.: Diagnosis and treatment of Posterior Urethral Injury. B. J. Urol., 58: 167, 1986.
- 4) Sandler, C.M. and Corriere, J.: Urethrography in the diagnosis of acute urethral injuries. Urol.Clin.N.Amer., 2: 283, 1989.
- 5) Erol, D., Germiyanoglu, C., Yağcı, F., Gürdal, M.: Posterior üretra travmalarında primer yaklaşım ne olmalıdır? türk Üroloji Dergisi Cilt: 19, Sayı: 3, 263-268, 1993.
- 6) Webster, G.D., Mathes, G.I. and Selli, C.: Prostatomembranous urethral injuries. A review of the literature and a rational approach to their management. J.Urol., 130: 898, 1983.
- 7) Morehouse, D.D. and Mackinnon, K.J.: Management of prostatomembranous urethral disruption: 13 year experience. J.Urol., 123: 173, 1980.
- 8) Devine, C.J., Jordan, G.H. and Devine, P.C.: Primary realignment of the disrupted prostatomembranous urethra. Urol. Clin. N.Amer. 2: 191, 1989.
- 9) Morehouse, D.D.: Emergency management of urethral trauma. Urol. Clin. N.Amer. 2: 251, 1982.
- 10) Sharlip, I.D.: Penil arteriography in impotence after pelvic trauma: J.Urol., 126: 477, 1981.
- 11) Husmann, D.A., Wilson, W.T., Boone, T.B. and Alien, J.D.: Prostatomembranous urethral disruptions: Management by suprapubic cystostomy and dileyed urethroplasty. J.Urol. 114, 76, 1990.
- 12) Patterson, D.G., Barret, D.M., Myers, R.P., Weerd, J.H., Hall, B.B. and Benson, R.C.,: Primary realignment of posterior urethral injuries. J.Urol., 129: 513, 1983.

EDİTÖRYEL YORUM

Çalışmacılar komplet üretra darlığı olan 16 hastanın 11'ine rail road yöntemi kullanmışlardır. Yöntemin avantajları acil olarak erken dönemde yapılabilmesi, hastaneden hastanın idrar yaparak çıkmasıdır. Yöntem bili-

nen ve çok uygulanmış olan bir girişimdir. Rail road uygulamasının geç dönem sonuçlarına bakıldığında hemen hemen hepsinde enkomplet uretra darlığı geliştiği görülecektir. Bu deneyim birikimi, sonuçta geç dönem girişimlere yol açmıştır.

Çalışmada 11 hastanın 7'sinde ortalama 6 ay takip sonunda enkomplet darlık geliştiği bildirilmektedir. Bu bizim düşüncelerimizde doğrular niteliktedir. Ayrıca, uretral rekonstrüksiyon sonrası daha doğru sonuçlar verebilmek için 1 yıldan daha fazla takip gereklidir.

Günümüzde, üretra darlığının tedavisinde iki ayrı tartışma vardır. İlki, çalışmacıların yaptığı gibi acil ünitelerde acil girişimlerle uretranın travmadan hemen sonra onarımı ile ilgilidir. İkincisi, geç müdahalenin 3 ay sonunda mı yoksa 4 ile 6 hafta içinde mi yapılması ile ilgilidir. Erken acil girişimin yukarıda da belirttiğimiz gibi geç dönem darlık gelişme riski çok yüksek olduğu için tartışma 4 ile 6 hafta içinde yapılacak girişimler üzerinde yoğunlaşmıştır. Geç ve erken dönem veya acil girişimler içinde empotans ve inkontinans problemleri açısından çok değişken veriler olmasına rağmen belirgin bir fark olduğu söylenemez. Bu çalışmada da benzer sonuçlar verilmektedir. Üretra rekonstrüksiyonu için bu komplikasyonlar gözönüne alınarak, girişimin şeklini ve zamanını tayin etmek doğru olmayacaktır kanaatindeyim.

Çalışmanın sonucunda, üretra darlığının tedavisinde otörlerin yaklaşımında değişiklik olduğunun bildirilmesi ve yöntem olarak acil sistostomünün tercih edileceğinin belirtilmesi çalışmanın tek ve olumlu mesajını teşkil etmektedir.

Prof.Dr. Murat Tunç
İstanbul Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı