

TRANSURETRAL PROSTAT İNSİZYONU

TRANSURETHRAL PROSTATE INCISION

MİNARECİ, S., LEKİLİ, M., ALEMDAROĞLU, A., AYDER, A.R., SORGUÇ, S.

ÖZET

BPH tedavisinde daha az invaziv yöntem arayışı son yıllarda çok popüler hale gelmiştir. Bu çalışma TUIP'in objektif (Rezidüel idrar, prostat volümü) ve subjektif (semptom skoru) parametrelerle etkinliğinin araştırılması amacıyla yapıldı. Mayıs 1993 - Haziran 1994 tarihleri arasında 62 erkek çalışma kapsamına alındı. Ortalama izlem süresi 6.8 ay idi. Total semptom skoru ve rezidüel idrar miktarı önemli ölçüde azalırken prostat ağırlıklarında herhangi bir değişiklik izlenmedi. 7 olguya (%11.2) gerek rezidüel idrar miktarlarının fazla oluşu gerekse hastanın memnuniyetsizliği nedeniyle TURP yapıldı.

Seçilmiş olgularda (özellikle 30 gr.'ın altında prostatı olan, obstrüktif bulguları minimal olan olgularda) TUIP'in etkili ve daha az invaziv bir yöntem olduğu belirtilmiştir.

SUMMARY

In recent years, it has been very popular to search for a lesser invasive method in the treatment of BPH. This study has been made to evaluate the effectiveness of TUIP with objective (residual urine, the volume of prostate) and subjective (Symptom score) parameters. Between May 1993 - June 1994, 62 men (mean age 58) were evaluated. Mean observation time was 6.8 months. There was no change in the weight of prostate but the total symptom score and the residual urine volume were changed.

It has been determined in selected cases (Especially prostate weight under 30 gm, and minimal obstructive findings) TUIP is an effective and a less invasive method.

ANAHTAR KELİMELER: Prostat insizyonu.

KEYWORDS: Prostate incision.

GİRİŞ

Transuretral prostatektomi (TURP) semptomatik benign prostatik hiperplazi (BPH)'nin tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Mesane boynu ya da prostat insizyonu, mesane çıkım obstrüksiyonunu ortadan kaldırmakta TURP'a bir alternatif olarak ilk kez Aboulker ve Steg tarafından

1964 de tarif edilmiş ve 218 hastalık çalışmada %75 olumlu sonuç bildirmiştir(1).

Daha sonraları bilateral ve unilateral prostat insizyonları yapılarak özellikle küçük prostatlarda semptomatik iyilik hali olduğu ve bu tedavi yöntemlerinin TURP'a alternatif olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (2,6).

SSK Buca Hastanesi Üroloji Kliniği'ne BPH yakınmaları ile başvuran 62 hastaya bilateral TUIP uygulanarak objektif ve subjektif yakınmalarındaki değişimler izlendi. Çalışmanın amacı TUIP'in etkinliğini değerlendirmektir.

MATERYAL VE METOD

Mayıs 1993 - Haziran 1994 tarihleri arasında 62 erkek (ortalama yaş 58) hasta çalışma kapsamına alındı.

Çalışmaya alınan hastalar preoperatif yapılan prostat ultrasonografisi, semptom skorlaması (International prostat semptom skorlaması), rezidüel idrar miktarı ile belirlendi.

İşeme yakınmaları olan bu hastaların hepsine rektal muayene, İVP, prostat USG'si, üretrosistoskopi ve üretral kateter ile rezidüel idrar tayini yapıldı. Tüm olgular klasik preoperatif hazırlık döneminden sonra spinal veya genel anestezi ile operasyona alındılar. Hastaların 41 tanesinde 27F, 21 tanesinde 24F rezektoskop ve kesici elektrodu kullanıldı. Transuretral yolla mesane boynuna saat 5 ve 7 hizalarına her 2 üreter orifisinin hemen altından başlayıp, verumontanuma kadar uzanan ve derinliği perivezikal yağ dokusuna kadar olan elektroinsizyon ve gerektiğinde koterizasyon yapıldı. Kanama kontrolünden sonra 20F Foley üretral kateter konularak balon 15 cc şişirildi. 48 saat sonra üretral kateter çekilerek miksiyon yaptırıldı. Postoperatif dönemde semptom skorlaması, USG ve rezidüel idrar miktarı tekrar değerlendirildi.

Preoperatif ve postoperatif değerlendirmeler student t testiyle istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Çalışmaya alınan 62 erkek hastanın yaş ortalaması 57.4 (30-81) idi. Hiçbir hasta daha önceden alt üriner sistemden opere olmamıştı. Hastaların miksiyon yakınmalarının başlama süresi 6 ay ile 10 yıl arasında değişmekteydi. İdrar projeksiyonunda azalma, pollaküri, noktüri yakınmaları tüm olgularda mevcuttu. Olguların preoperatif ve postoperatif total semptom skorları Tablo 1'de, USG ile saptanan prostat ağırlıkları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Preoperatif ve postoperatif total semptom skorları.

Ortalama semptom skorları		
Preop.	Postop.	P
28.39	11.95	0.001

p<0.05 önemli

Tablo 2: USG ile saptanan prostat ağırlıkları

Prostat ağırlığı	Olgu sayısı	
	Preop.	Postop.
30 gr altında	5	6
30-60 gr	52	50
60 gr üstünde	5	6

BULGULAR

62 hastanın 43'ünde (%69.4) TUIP sonrası miksiyon yakınmaları geçti, rezidüel idrar volümleri ise 10 ml'nin altına düştü. Geri kalan 19 hastanın 7 tanesine gerek rezidüel idrar miktarlarının çokluğu gerekse de miksiyon yakınmalarının fazlalığı nedeniyle TURP uygulandı (%11.2).

Olguların tamamında operatif ve postoperatif kanama miktarı minimaldi. Hiçbir hastada kan transfüzyonu gerekmedi. Tüm olgular retrograd ejakülasyon yönünden sorgulandığında yalnızca 3 olguda (%4.8) retrograd ejakülasyon olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Mesane boynu darlıklarında ve 30 grama kadar olan prostat hipertrofilerinde transüretal yolla yapılan mesane boynu insizyonu etkili bir tedavi yöntemi olarak bildirilmiştir (1,2,3,4,5,6). Mesane boynu ve prostat insizyonu bilateral saat 4 ve 8 saat 5 ve 7 ya da yalnızca saat 12 veya 6 hizasında tek insizyon olarak yapılabilmektedir (9,10).

Biz bu çalışmada saat 5 ve 7 hizalarından üreter orifislerinden verumontanuma kadar uzanan ve perivezikal yağ dokusuna ulaşacak derinliğe kadar olan insizyonlar yaptık. Olguların

ların preoperatif ve postoperatif ortalama semptom skorlarında istatistiki olarak anlamlı olan bir iyileşme gözlemlendi ($p<0.05$). Yalnızca 2 olgu postoperatif işeyemedi. Yeniden üretral kateter takıldı. 5 olgunun postoperatif rezidüel idrar miktarı 100 ml'nin üzerinde idi. Bu 7 olguya (%11.2) TURP uygulandı. Ancak bu 7 olgunun preoperatif değerlendirilmesine bakıldığında 5 hastanın 60 gm'ın üzerinde prostatları vardı, 2 olgu ise 30-60 gm arasındaki gruptan idi ve bu 2 olgu preoperatif dönemde daimi kateterli idi. Prostat ağırlıklarında preoperatif ve postoperatif değerler arasında belirgin farklılıklar saptanmadı (Tablo 2).

Ancak 60 gm'ın üzerinde olan 5 olgunun tamamında postoperatif işeme probleminin olması anlamlıydı. Yine 30-60 gm prostat ağırlığı olan gruptan 2 olguda TURP gerekti. Böylece preoperatif prostat ağırlığının TURP için aday olan hastalarda önemli bir parametre olduğu sonucuna varıldı. Gerçekte literatür gözden geçirildiğinde 20-30 gm prostat ağırlığının TUIP için ideal olduğu bildirilmektedir. TUIP uygulanan 62 hastanın hiçbirinde kanama sorunu yaşanmayışı önemli bir avantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer taraftan literatür bilgileri eşliğinde TURP'da retrograd ejakülasyon %37-63 arasında değişirken, TUIP de bu oran sadece %13 civarında bildirilmektedir. Bizim çalışma grubumuzda retrograd ejakülasyon 3 olguda (%4.8) olarak bulunmuştur. Literatürle uyumlu olarak düşük bir orandır.

Sonuç olarak TUIP iyi seçilmiş olgularda özellikle akut retansiyon olmayan ve 30 gm'ın altındaki prostat büyümelerinde hem objektif hem de subjektif olarak belirgin iyileşme sağlamaktadır. BPH tedavisinde halen altın standart olan TURP ile karşılaştırmalı çalışmalar TUIP in BPH sağaltımındaki yeri konusunda daha aydınlatıcı olacağı inancındayız.

Kanama olmayışı, hastanede kalış süresinin kısalığı, retrograd ejakülasyon olmayışı ve lokal anestezi ile uygulanabilirliği TUIP'i avantajlı kılmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Bruskevitz, R.C., Larsen, E.H., Madsen, P.V., Dorflinger, T.: 3 years follow up of urinary symptoms after transurethral resection of the prostate. *J.Urol.*, 1986; 136: 613.
- 2- Christiansen, M.G., Nordling, J., Andersen, J.T., Hold, T.: Functional bladder neck incision in 131 consecutive patients. *Br.J.Urol.*, 57(1): 60, 1985.
- 3- Edwards, İ., Powel, C.: An objective of transurethral resection and bladder neck incision in the treatment of prostatic hypertrophy. *J.Urol.*, 128:325, 1982.
- 4- Edwards, L.E., Bucknall, T.E., Pittans, M.R., Richardsen, D.R., Stenek, J.: Transurethral resection of the prostate and bladder neck incision: a review of 700 cases. *Br. Urol.*, 57: 168, 1985.
- 5- Happner, W., Hartmann, M.: Persistent retrograde ejaculation following incision of the bladder neck for functional bladder neck stenosis. Side effect of the Turner-Warwick bladder neck incision. *Urologe (A)*, Jan, 25(1): 69-71, 1986.
- 6- Kahn, Z., Nadelson, E., Mieza, M., Singn, V.: Causes of post-prostatectomy retention. *Urology*, 37(3): 263, 1991.
- 7- Li, M.K., Ng, A.S.M.: Bladder neck resection and transurethral resection of the prostate: A randomised prospective trial. *J.Urol.*, 138: 852, 1987.
- 8- Orandi, A.: Transurethral incision of prostate. Compared with transurethral resection of prostate in 132 matching cases. *J.Urol.*, 138: 810, 1987.
- 9- Katz, P.G., Greenstein, A., Ratliff, J.E., Marks, S., Guice, J.: Transurethral incision of Bladder neck and prostate. *J.Urol.*, 144:694-696, 1990.
- 10- Orandi, A.: Transurethral resection versus transurethral incision of the prostate. *Urol.Clin.North.Am.*, 17(3): 601-612, 1990.