

TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONUNUN KOMPLİKASYONLARI

COMPLICATIONS OF TRANSURETHRAL PROSTATECTOMY

DENİZ, N., BOZKIRLI, İ., KARAOLAN, Ü., TOKUÇOĞLU, H., ALKİBAY, T., ÇAKAN, M.

ÖZET

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı tarafından Ocak 1989 ile Temmuz 1993 tarihleri arasında Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) tanısı ile TURP yapılan 304 hasta komplikasyonlar açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Preoperatif dönemde 1 hastada distile su entoksikasyonu, 17 hastada prostat kapsül perforasyonu, 1 hastada açık cerrahi geçilmek zorunda kalınan perforasyon gözlenmiştir. Postoperatif erken dönemde hastaların %10.5'ünde geçici inkontinans, %33'ünde üriner enfeksiyon saptanmıştır. Postoperatif geç dönemde hastaların %5.6'sında üretra darlığı, %2.3'ünde yetersiz rezeksiyon, %3.6'sında mesane boynu darlığı (MBD) ve %0.9'unda üriner enfeksiyon saptanmıştır. Hiçbir vakada kalıcı inkontinans saptanmamıştır.

Bu sonuçlar gözönüne alındığında TURP uygun vaka seçimi ile BPH tedavisinde ilk seçilecek cerrahi yöntemlerden biri olduğu ve komplikasyon oranının düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

A retrospective analysis concerning complications in 304 patients who had undergone TUR-Prostatectomy for BPH between January 1989-July 1993 was done. In 1 patient, prostatic capsule perforation in 17 patients, necessity of suprapubic open surgery because of perforation in 1 patient were seen. During early postoperative period 10.5% transient urinary incontinence and 33% urinary tract infections were observed. In late postoperative period 5.6% urethral stricture, 2.3% insufficient resection, 3-6% bladder neck contracture, 0-9% urinary tract infection were seen. There was no permanent urinary incontinence.

As a conclusion TUR-prostatectomy seems to be the first choice in appropriately selected BPH patients as it has little complication.

ANAHTAR KELİMELER: Transüretal Prostat Rezeksiyonu, Komplikasyon.

KEY WORDS: Transurethral Prostatectomy, Complications.

GİRİŞ

Endoskopik cerrahi ve anestezi tekniklerinin gelişmesiyle Transüretal Prostat rezeksiyonunda (TURP) morbidite ve mortalite oranında giderek azalmaktadır. Bunun sonucunda TURP günümüzde BPH'lı hastalarda daha seçkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (1,2).

GÜTF Üroloji Kliniği'nde yaklaşık 10 yıldan beri TUR yapılmakta olup, oldukça başarılı sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. Bu çalışmamızda son 4.5 yıl içerisinde BPH nedeniyle TURP yapılan hastalardaki komplikasyonlar incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD

Ocak 1989 ile Temmuz 1993 tarihleri arasında kliniğimize prostatizm şikayetiyle müracaat eden hastalardan 304'üne TURP yapılması planlanmış ve servise yatırılmıştır. Preoperatif olarak tüm hastalardan detaylı anamnez alınarak, fizik muayene yapılmış ve tam idrar tahlili (TİT), idrar kültürü (İK), tüm biyokimyasal tetkikler, intravenöz pyelografi (IVP) istenmiştir. Operasyona hazırlanan hastalara genel vega spinal anestezi altında TURP yapılmıştır. Ameliyatlar Storz marka 24 ve 27 F rezektoskop ile yapılmış, irrigasyon sıvısı olarak sorbitol, monnitol solüsyonu veya distile su kullanılmıştır.

Postoperatif dönemde idrar rengi iyice açıldıktan sonra 1-4 (ort. 2.3) günde üretral kateter çekilmiştir. Takiben hastalar 1 gün gözlem altında tutularak spontan miksiyonları izlenmiştir. Tüm hastalara preoperatif dönemde uygun antibiyotik tedavisine başlanmış ve postoperatif 7. güne kadar devam edilmiştir.

Hastalar gerekli önerilerle taburcu edildikten sonra 1. ve 3. aylarda kontrole çağırılmıştır. 1. ayda sistematik sorgulama yapılmış ve TİT ile İK istenmiştir. 3. ayda bunlara ilaveten IVP ve idrar kalibre projeksiyonunda azalma olan hastalara üretrografi yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaşları 51-84 arasında değişmekte olup ortalama 64.2 bulunmuştur. Tüm hastaların anamnez ve fizik muayene bulguları BPH ile uyumlu olarak saptanmıştır. TİT ve İK sonucunda 48 hastada üriner infeksiyon olduğu görülmüştür. IVP de tüm hastalarda BPH ile uyumlu bulgular saptanmıştır.

Ameliyat süreleri 40 ile 90 dk. arasında olup ortalama süre 63.2 dk. bulunmuştur. Rezeke edilen doku miktarı 11 ile 84 gram arasında değişmekte olup ortalama doku miktarı 33.7 gr. bulunmuştur. Preop. distile su ile rezeksiyon yapılan 1 hastada (%0.3) distile su entoksikasyonu gelişmiştir. 17 hastada (%5.5) açık rezeksiyon gerektirmeyen ancak postop. alt abdominal ağrı ve ateşe sebep olan perforasyon, bir hastada da (%0.3) açık cerrahi yapmak zorunda kalınan perforasyon olmuştur.

Postop. üretral kateter çekilinceye kadar 3 hastada (%0.9) sorun oluşturan kanama görülmüş yeniden koterizasyona alınmış, diğer hastalarda kaydadeğer kanama komplikasyonu olmamıştır.

Postoperatif dönemde üretral kateter çekildikten sonra hastaların 32'sinde (%10.5) geçici inkontinans saptanmıştır. Hastalara sfinkter egzersizleri verilmiştir. Semptomların çoğunun ilk 3 gün içinde olmak üzere 1-14 günler arasında dü-

Tablo I: 304 BPH4lı hastaya yapılan TUR-Prostatektomi komplikasyonları vaka sayısı.

	Preoperatif	Postoperatif erken dönem	Postoperatif Kateter çekildikten sonra	Postoperatif geç dönem
Distile su entoksikasyonu	1 (%0.32)	-	-	-
Kanama	Nadiren kan takmayı gerektirecek şekilde hepsinde	3 (%0.98)	7 (%2.30)	-
Açık cerrahi gerektiren perforasyon	1 (%3.32)	-	-	-
Açık cerrahi gerektirmeyen perforasyon	17 (%5.59)	-	-	-
Abdominal ağrı (+) ateş	-	17 (%5.59)	-	-
Geçici inkontinans	-	-	32 (%10.52)	-
Kalıcı inkontinans	-	-	-	15 (%4.93)
Üretra darlığı	-	-	-	2 (%0.65)
Eksternal meadarlığı	-	-	-	7 (%2.30)
Yetersiz rezeksiyon	-	-	-	11 (%3.2)
M.B.D.	-	-	-	-

zeldiği gözlenmiştir. 7 hastadan (%2.3) postoperatif ilk 15 gün içinde kateterize edilip yıkamayı gerektiren kanama olmuştur. Hiçbiri koterizasyona alınmamıştır. 3-5 günlük takiple kanama durmuştur.

Postoperatif 1. ayda yapılan kontrollerde 62 hastada (%20.4) piyüri saptanmış, bunların 52'sinde (%83.87) enfeksiyona ait semptom saptanmamış ve idrar kültüründe bakteri ürememiştir. Bu hastaların 10'unda (16.13) ise idrar kültüründe üreme olmuş ve uygun antibakteriyel tedavi verilmiştir.

Postoperatif 3. ayda hastalar sistemik sorgulamaya tabii tutulmuş ve IVP ile kontrolleri yapılmıştır. Prostatizm şikayetleri devam eden 35 hastanın (%11.5) IVP'lerinde önemli derecede rezidüel idrar saptanmıştır. Çekilen üretrografiler sonucunda bu 35 hastanın 17'sinde (%48.6) üretrada çeşitli lokalizasyon ve uzunluklarda darlıklar saptanmıştır. Bunların 15'inde posterior üretrada, 2'sinde de eksternal meada darlık saptanmıştır. Bu hastalar internal üretrotomi ve meatotomi ile tedavi edilmişlerdir. Diğer 18 hastaya (%51.4) yapılan sistoskopi neticesinde 7 hastada (%38.9) yetersiz rezeksiyon saptanırken, geri kalan 11 hastada (%61.1) MBD saptanmıştır. Bu hastalar transüretral rezeksiyon ile tedavi edilmişlerdir (Tablo 1).

Postoperatif 3. ayda 5 hastada (%1.6) piyüri saptanmış, bunların 3'ünde idrar kültüründe üreme saptanarak uygun antibakteriyel tedavi verilmiştir. Diğer 2 hastaya ise tedavi verilmemiştir.

Hastanın hiçbirinde kalıcı inkontinans saptanmamıştır.

TARTIŞMA

BPH tedavisinde son yıllarda daha basit ve noninvaziv yöntemler tercih edilmektedir. TURP günümüzde BPH tedavisinde en çok tercih edilen cerrahi tedavi olma özelliğini korumaktadır (3,4).

TURP'un önemli komplikasyonları arasında su entoksikasyonu, kanama, perforasyon, inkontinans, üriner enfeksiyon, üretra darlığı, yetersiz doku rezeksiyonu ve mesane boynu darlığı sayılabilir. Peroperatif komplikasyon ve inkontinans cerrahın tecrübesiyle doğru orantılı olarak azalmaktadır. Sorbitol monnitöl solüsyonlarının TURP da kullanılmaya başlaması ile su entoksikasyonu oranı da azalmıştır.

TURP sonrası geçici inkontinans önemli sayıda hastada görülmesine rağmen kalıcı inkontinans oranının klasik olarak %0.5-1 arasında değiştiği belirtilmektedir (4). Bununla beraber bu insidansın %4'e kadar yükseldiğine ilişkin yayınlarda mevcuttur (6). Bizim çalışmamızda hastaların hiçbirinde kalıcı inkontinans saptanmamıştır.

Bilindiği gibi TURP'u takiben prostatik fossanın reepitelizasyonu oluşuncaya kadar geçen iyileşme fazında pyüri beklenebilir ve hastaların çoğunda üriner enfeksiyon saptanmaz. Sonucun idrar külterü ile doğrulanması gereklidir. Bizim çalışmamızda postoperatif erken dönemde 62 (%20.4) hastada pyüri saptanmıştır. Bunların 10'unda (%3.3) üriner enfeksiyon saptanmıştır. Bu oran literatürde belirtilen %2.4'lük enfeksiyon oranından daha düşüktür (5).

TURP'u takiben üretra darlığı gelişme olasılığı %5 olarak belirtilmiştir. Bunların çoğunluğu posterior üretra yerleşimlidir (3). Ameliyat süresinin uzunluğu veya geniş çaplı aletlerle manüplasyon darlık insidansını arttıran faktörlerdir. Bizim çalışmamızda bulunan %5.6'luk oran literatür ile uyumludur.

TURP'da önemli bir komplikasyonda yetersiz doku rezeksiyonudur. 45 gramın üzerinde olan BPH'larda yetersiz rezeksiyon oranı %2.3 olarak bildirilmektedir (7). Bizim çalışmamızda rezeke edilen ortalama doku 33.7 gr'dır ve 7 (%2.3) hastada yetersiz rezeksiyon saptanıp yeniden TURP yapılmıştır. %2.3'lük oranın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Diğer bir komplikasyon olan mesane boynu darlığı oranı %5'ten azdır (4). Rektal tuşeleri 0.5 ve fibrotik olan BPH'li hastalarda MBD insidansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (4, 7). Bizim çalışmamızda bulunan %3.6'luk oran bu değerden daha düşüktür.

Sonuç olarak yara probleminin olmaması, kısa üretral kateterizasyon ile postoperatif hospitalizasyon süresi olması ve düşük komplikasyon oranı, BPH'nin tedavisinde TURP'un mevcut en uygun seçenek olduğunu göstermektedir. Ancak tecrübesiz kişilerce yapıldığında çok ciddi komplikasyonlara neden olabileceğinden TURP yapacak üroloğun en az bir yıl özel eğitim alması gerektiği inancındayız.

KAYNAKLAR

- 1) **Edwards, L.E., Bucknall, T.e., Pittam, M.R., Richardson, D.R., Stanek, J.:** Transurethral resection of the prostatic and bladder neck incision: a review of 700 cases Br. J. urol. 57, 168-171, 1985.
- 2) **Green, L.F.:** Selecting patients for transurethral prostatic resection. Geriatrics, May. 55-60, 1978.
- 3) **Robert, B.Smith:** Complications of transurethral surgery: Complications of Urologic surgery; Second edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1990.
- 4) **William, R.F.:** Transurethral Prostatic Electroresection, Urologic Surgery, Fourth edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, New York, London 1991.
- 5) **Malore, P.R., A-Cook, R., M.W., Gill, J.S.:** Prostatectomy: Patients Perception and Long Term Follow Up; Br. J. Urol. 61, 234-1238; 1988.
- 6) **Lest V.:** "Rotation cut technique" for voiding damage to at the external sphincter, Eur. Urol., 9: 316, 1983.
- 7) **Mebust, W.K., Holtgrewe, H.L., Cockett, A.T.K., Peters, P.C.:** Transurethral Prostatectomy: Immediate and postoperative complications. A cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3885 patients, J. Urol. 141: 243-247, 1989.