TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
(T. Urol. Derg.)
Cilt : VI, 1, s : 5-11, 1980

SONDASIZ PROSTATEKTOMİ

No catheter prostatectomy

Dr. M. AKKILIÇ., Dr.. V. SOLOK., Dr. K. BÜYÜKŞALVARCI., Dr. A. AKAYDIN (*)

Prostat hypertrofisinin cerrahi tedavisinde bugün için en sık uygulanan yöntemler Harris-Hryntschak ve Millin ameliyatlarıdır. Bu metodların gerek memleketimizde gerek dünyada birçok yazar tarafından uygulanan çok değişik modifikasyon şekilleri mevcuttur. Bütün bu değişik yöntemlerin amacı, iyi bir hemostaz temin edebilmek, postoperatif sonda zamanını asgariye indirerek buna bağlı komplikasyonları azaltmak, hastayı kısa zamanda ayağa kaldırıp hospitalizasyon devresini kısaltmaktır. Bilindiği gibi postoperatuar devirde hastayı en çok rahatsız eden ve aynı zamanda hekimi huzursuz kılan devamlı sondadır. Postoperatuar devrede, devamlı sondanın üç kaçınılmaz sakıncası vardır.

1) Üriner enfeksiyonun kolay teşekkülü,

2) Sondanın zaman zaman iyi drene etmemesi ve tıkanması neticesi, şiddetli mesane tenezmleri, buna bağlı mesane dilatasyonu ve fistül teşekkülü,

3) Tenezmlere bağlı sekonder hemorajiler.

Bunları nazarı dikkate alarak birçok yazar tarafından sonda müddetini asgariye indiren veya sondasız yöntemler denenmiştir. İlk yayın 1955 yılında **Couvelaire**'e aittir (Şekil: 1). Burada transvesikal prostatektomiden sonra sonda üretradan değil kapsül delinerek perineden çıkartılmış ve drenaj bu şekilde temin edilmiştir. Lojik olmadığı için tatbik sahası bulamamıştır (4).

1959 da **Maluf** sondayı 24 saat sonra çıkardığı vakalarda iyi netice aldığını, Veelken ameliyatının 1. ve 2. günü kanama yoksa sondayı çıkar-

---

(*) Cerrahpaşa Üroloji Kürsüsü

4. T. Üroloji Kongresi 1977 İzmir

manın uygun olduğunu bildirmişlerdir (10,13). 1958 de **Bergman** ve **Hubner** 31 vakada transvesikal sondasız prostatektomi neticelerini yayınladılar (2). Burada prostat lojuna yerleştirilen ve suprapubik olarak dışarı alınan bir aspirasyon dreni kullanılmıştır. Aspirasyon 3-7 gün devam etmiştir. 1960 da **Debenham** ve **Ward** postoperatif hemorajiye mani olunursa, sonda kullanmaya lüzum kalmıyacağını düşündüler ve bunun için hipotansif anestezi tatbik ettiler (Scarborough tekniği) (3).

Anglo-Amerikan literatüründe hipotansif anestezi altında uygulanan sondasız prostatektomilere ait çeşitli yayınlar vardır. **Debenham - Ward** (1960) 104 vaka, **Hichinbotham, Turner** ve **Sarma** (1967) 106 vaka, **Mac Allster** (1964) 63 vaka, **Spencer** (1967) 132 vaka, **Glasser** (1964) 82 vaka ve **Magri** 80 vakaya ait neticelerini bildirdiler (3,5,7,8,9,11).

Kliniğimizde ilk defa 1973 yılında sondasız prostatektomi uygulamaya başladık. İlk 13 vakalık ön rapor 1973 2. Ulusal Üroloji Kongresinde tebliğ edilmiştir (1).

Bugünkü tebliğimizde 100 vakanın sonuçlarını bildireceğiz.

(Tablo: I) 1973 yılı başında, 1977 6. ayına kadar uyguladığımız metod ve genel vaka sayısını göstermektedir.

Metod	Vaka Sayısı	%
Hryntschak	572	56
Millin	337	33
T.U.R	11	1.2
Sondasız	100	9.8
Toplam	1020	100

TABLO : I

Biz vakalarımızda hipotansif anestezi değil genel veya spinal anestezi kullandık (64 vakada genel, 36 vakada spinal anestezi). Kanımızca iyi yapılan bir hemostaz hipotansif anestezinin hemorajiye mani olan etkisine lüzum bırakmaz. Kaldıki hipotansif anestezinin rizikosu daha fazladır. Mortalite yüzdesi daha yüksek gibi görülüyor.

Metod ve Materyel :

Prostatın enükleasyonuna kadar normal retropubik yöntemdir. Kapsüldeki ve kollumdaki kanamalar sütüre edilir veya elektrokoagülasyonla durdurulur. Mesane kollumu alt dudağı 3 veya 5 dikişle distale doğru çekilerek prostat lojunun arka yatağına, loj yüzünü kısmen kapatacak şekilde dikilir. Sondanın mesaneye rahat geçip geçmediği kontrol edilir ve bırakılır. Kapsül iki tabaka halinde kapatılır. Proksimal kenar distal kapsüaün alt iç kısmına dikilir. Distal kapsül kenarı proksimal kapsülün

üst yüzüne kapatılır. Mesane yıkanır, 150-200 ml antiseptik solüsyon mesaneye verilerek sonda çıkarılır.

Vakaların seçiminde yalnızca retropubik prostatektominin uygun tatbik edilme imkânı gözönünde tutulmuştur. Yaş, prostatın büyüklüğü, enfeksiyon ve idrar retansiyonu durumları dikkate alınmıştır. Hastaların yaş dağılımı (Tablo: II) de gösterilmiştir.

Yaş Gurubu	Vaka Sayısı
50—59	10
60—69	56
70—79	31
80—89	3
Toplam	100

TABLO : II

En genç hasta 50, en yaşlı hasta 85 yaşındadır. Ameliyata alınan hastaların idrar retansiyonu durumları şöyledir (Tablo: III).

Rezidü (ml)	Vaka Sayısı
50—100	3
100—150	10
150—200	13
200—350	22
Kronik Retansiyonlu devamlı sondalı	52

TABLO : III

52 vaka ameliyat gününe kadar 10-40 gün devamlı sonda taşıyan hastalardır. Devamlı sondası olmıyan 48 hastadan 28 hastada teşekkül eden akut retansiyon sebebi ile 1 ilâ 4 defa sonda tatbik edilmiştir.

Hastaların ameliyat öncesi enfeksiyon durumları (Tavlo: IV) de gösterilmiştir.

Enfeksiyon Durumu	Vaka Sayısı
+++	44
++	28
+	8
0	20

TABLO : IV

SONUÇ :

Postoperatif sonuçları şu şekilde özetliyeceğiz.

Sonda durumu :

Postoperatif sonda kullanılmamasının en büyük faydası enfeksiyona mani olmaktır. Fakat şunu ilâve edelim ki, vakalarımızın % 80 inde az veya çok enfeksiyon mevcuttu. Bu durumda tamamen aseptik prostatektomi % 20 vakada mümkün olmuştur.

Postoperatif sonda müddetleri (Tablo: V) de gösterilmiştir.

Sonda Müddeti (Saat)	Vaka Sayısı
Sondasız	45
P.O. 1-4 defa sonda ile boşaltılan	9
6 saat sonda bırakılan	2
12 » » »	29
24 » » »	10
48 » » »	3
P.O. 2. gün kanada 72 saat sonda	1
P.O. 3. gün fistül 13 saat sonda	1

TABLO : V

Tabloda görüldüğü gibi 54 vakada hiç sonda kullanılmamıştır. Bu hastalar genel anestezi ile ameliyat edilmişlerdir. Bu hastalardan 45 tanesinde ameliyattan 2 ilâ 4 saat sonra spontane miksiyon başlamıştır. İlk günler mevcut pollakiüri ve dizüri 4. güne doğru gerek devamı, gerekse şiddeti bakımından kaybolmuştur.

Hastalar genel olarak 4. günden iitbaren 2 ilâ 5 saat ara ile normal miksiyon yapabilmişlerdir. 9 vakada P.O. idrar yapmadıkları için 1 - 4 kere kateterize edilmişler ve bundan sonra spontane miksiyon başlamıştır. Bu vakalarda miksiyonun geç başlaması nedeni olarak, psikolojik ağrı korkusu, yatış pozisyonu veya spinal anestezi tesirlerini söyleyebiliriz.

Bir vakada ameliyatın 2. günü profüz bir hematüri olduğu için 3 gün müddetle sonda koyulmuştur.

Diğer bir vakada ameliyatın 3. günü fistül teşekkül etmiş ve 13 gün sonda bırakılmıştır. Geri kalan 44 vakada 6 ilâ 48 saat müddetle sonda bırakıldı. 2 vakada 6 saat, 29 vakada 12 saat, 10 vakada 24 saat ve 3 vakada 48 saat.

Bu vakalarda sondanın bırakılma nedeni, spinal anestezi ve peroperatuar hemostazın tam olarak yapıldığına kanaat getirilememesidir. Spinal anestezi yapılan hastaların bir kısmı normal miksiyon yapamadıkları için periodik olarak boşalmış veya 6-12 saat sonra bırakılmıştır. Hemostazın tam yapılamadığına kanaat getirdiğimiz hastalarda 24-48 saat sonda koymayı uygun bulduk.

İdrarın rengi açıldıktan sonra sondalar çıkartılmıştır. Genel olarak bütün hastalarda 5. veya 6. gün idrar makroskopik olarak normal görünümünü almıştır.

Ateş Durumu :

Hastaların postoperatif ateş durumları (Tablo: VI) da gösterilmiştir.

Ateş	36.7-37	37-38	38-39	39
Vaka Sayısı	65	27	6	2

TABLO : VI

Postoperatif Komplikasyonlar :

Enkontinans : Geçici veya devamlı enkontinans görülmedi.

Enfeksiyon : 8 vakada epididimit ile müterafık 3-10 gün 38°C üzerinde ateşle seyreden şiddetli enfeksiyon görüldü.

Fistül : 1 vakada 3. gün teşekkül etti ve 13 gün sonda konuldu ve fistül kapandı. 2 vakada 1 hafta, 1 vakada 10 gün hafif ıslatma şeklinde fistül oldu. Sonda konmadan spontane kapandı.

Mortalite : 3 ölüm vakası oldu.

1. vaka : 7. gün akciğer embolisi.

2. vaka : 3. gün kalp enfarktüsü.

3. vaka : 24 saat sonra sol kolda, 48 saat sonra sağ bacakta tromboemboli teşekkül etti. Emboliektomi yapıldı fakat hasta 4. gün vefat etti.

Sondalı ve sondasız ameliyatlar arasında mukayeseli mortalite oranları (Tablo: VII) de gösterilmiştir.

Metod	Vaka	Ölüm	%
Hryntschak	572	17	3
Millin	337	10	2.96
T.U.R	11	1	9.1
Sondasız	100	1	3

TABLO : VII

Tabloda görüldüğü gibi kliniğimizde bütün vakalarda mortalite oranı ortalama % 3 dür. Yalnız T.U.R. da % 9.1 gibi yüksek bir oranda gözüküyor. Fakat vaka adedi çok düşük, sadece 11 olduğu için bu yüzde kati bir değer ifade etmez kanısındayız.

Bodman	50	4	8
Debenham-ward	104	4	3.8
Grace	731	50	6.8
Shepperd	720	51	7.2
Turner-Sarma	106	4	3.8
S. Glaser	182	14	7.7
Spencer	132	8	6.1
Magri	80	7	8.7
Akkılıç ve ark.	100	3	3

TABLO : VIII

(Tablo: VIII) de diğer yazarların sondasız prostatektomide mortalite yüzdeleri gösterilmiştir. Ve umumiyetle bizim yüzdelerimizden yüksektir. Yüksek olan bu mortalite oranlarının nedeni olarak belki de hipotansif anesteziyi ve ırkların mukavemet derecelerini düşünebiliriz.

Postoperatif Hospitalizasyon :

Bu müddet sondasız prostatektomide çok kısadır (Tablo: IX).

Hospitalizasyon	7	8	9	10	11	15	Gün
Vaka Sayısı	16	57	20	4	2	1	

TABLO : IX

Geç, yani 11. ve 15. gün çıkan 2 vakada epididimit ve 1 vakada fistül nedeni ile hospitalizasyon uzamıştır. 93 vaka 7-9 gün içinde, 4 vaka 10. gün hospitalize edilmişlerdir.

Özel olarak sondasız prostatektomi ile diğer metodları mukayese edersek :

1) Mortalite bakımından bir fark yoktur.

2) Enfeksiyon asgariye inmiştir (Preoperatif % 80 vakada enfeksiyon mevcut olmasına rağmen).

3) Hastaları korkutan postoperatif sonda şikâyetleri ve buna bağlı komplikasyonlar yoktur.

4) Hastalar 24 saat sonra yatağı terk edip özel ihtiyaçlarını kendileri yapabilecek durumdadır. Ve uzun yatmanın verdiği psikolojik sıkıntılar bertaraf edilmiştir.

ÖZET

Kliniğimizde 1973 yılından beri tatbik ettiğimiz sondasız prostatektomilerin sonuçları takdim edilmiştir. Tatbik edilen metod, modifiye MİLLİN dir. Sonuçlar diğer yazarlarınki ile karşılaştırılmış ve % 3 oranında bir mortalite tesbit edilmiştir. Bu mortalite oranı, diğer yazarların sonuçlarına göre en düşük oran olduğu saptanmıştır.

Sondasız prostatektomi, mortalite açısından diğer metodlarla karşılaştırıldığında bir fark göstermediği buna karşılık, enfeksiyonun asgariye indirilmesi, hastalarda korku yaratan postoperatif sonda şikâyetlerinin ve buna bağlı komplikasyonların olmaması, hastalarda 24 saat sonra yataktan kalkmaları ve kendi ihtiyaçlarını görebilmeleri ve uzun zaman yatakta kalmanın verdiği psikolojik sıkıntıların bertaraf edilmesi yönünden tercih edilebilir. Hastaların hospitalizasyon zamanı diğer metodlara oranla çok kısalmıştır.

SUMMARY

No cathater prostatectomy

In this paper, there are results, method of no cathater prostatectomy which we performed in our clinic since 1973. No cathater prostatectomy is a modified type of Millin method. We compaired the results with other author's and we found that percentage of mortality is 3 in our cases. The percentage of mortality is below the percentage of other authors.

In, no cathater prostatectomy percentage of mortality is minimal, compared to other methods. The other advantages are, minimal infectional risk and no cathateral complications which patients mostly suffer about postoperatively. 24 hours after postoperatively, patients will be active and they will be able to do their needs easily and psychologically they themselves feel better. In this methods postoperative period is shorter compared to other methods.

KAYNAKLAR

1 — **Akkılıç, M.** : 2. Türk Üroloji Kongresi İstanbul (1973)
2 — **Bergmann, M., Hubner, G.** : Urol. Int. 23:447 (1968).
3 — **Debenham, L. S., Ward, A. E.** : Brit. J. Urol. 32:178 (1960).
4 — **Couvelaire, R.** : J. d'Urol. 61, 6:398 (1955).
5 — **Glaser, S.** ; Proc. of the Roy. Soc. of the Med. 57:1186 (1964).
6 — **Grace, A. H.** ; Proc. of the Roy. Soc. of the Med. 54:1130 (1961).
7 — **Hickinbothom, P., Turner, W. D., Sarma, K. P.** : The J. of Urol. 97:899 (1967)
8 — **Alister, M. O.** : The J. of Urol. 87:930 (1962).
9 — **Magri, J.** : Brit. J. of Urol. 40:740 (1968).
10 — **Maluf, N. S. R.** : The J. of Urol. 82:531 (1959).
11 — **Shepperd, N. L.** : Proc. of the Roy. Soc. of Med. 54:1127 (1961)
12 — **Spencer, J.** : Brit. J. Surg. 54:340 (1967).
13 — **Veelken, D.** : Urol. Int. 22.312 (1967).