

İnfravezikal obstrüksiyon nedeni olan akkiz üretra darlıklarında tedavi yaklaşımlarımız

Ali ACAR, Mehmet KILINÇ, Mustafa Okan İSTANBULLUOĞLU, Mehmet Yasin ÇELEBİ

S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

İnfravezikal obstrüksiyon nedeni olan akkiz üretral darlıklar erkeklerde sıklıkla, kadınlarda nadiren gelişen patolojiler olmaktadır. İnfeksiyona ve travmaya sekonder gelişmektedir. Darlıklar idrar akımını engelleyerek yukarı üriner yollarda progresif hasara sebep olması nedeni ile önem kazanmaktadır. Kliniğimizde son 10 yılda yaş ortalaması 58 olan tamamı erkek 243 hastada üretra darlığı belirlenmiştir. Tanıda fizik muayene, retrograt üretrografi, İntravenöz Pyelolografi(IVP) + Postvoiding sistogram, üretroskopi ve üretrografiden yararlanıldı. Yüzelli(150) hastaya internal üretrotomi, 38 hastaya üretral dilatasyon, 10 hastaya otis üretrotomi, 36 hastanın mesane boynuna TUR, 6 hastaya üretroplasti ve 3 hastaya rail-road üretroplasti uygulanmıştır. Ortalama dört(4) yıl takiple internal üretrotomi uygulananların %60'ında darlık tekrarlamaları, dilatasyon uygulananların %75'inde 6 ayda bir dilatasyon gereksinimi, mesane boynuna TUR uygulananların %10'unda darlık tekrarlamaları, açık rail-road üretroplasti vakalarının %60'ına internal üretrotomi uygulamaları gereksinimi ortaya çıkmıştır. Teknik gelişmelere rağmen üretra darlıkları devamlı takip gerektiren bir patoloji olma özelliğini muhafaza etmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfravezikal obstrüksiyon, üretra darlığı, internal üretrotomi, üretroplasti

SUMMARY

Approachs in the management of acute urethral stricture infravezikal obstruction

Infravesical obstruction as a result of acute urethral stricture was a common pathology in males and a rare pathology in female. It developed secondary to infection and trauma. It gain importance because by preventing urine flow it produce upper urinary tract damage. In our clinic a total of 243 patients with a mean age of 58 years have shown to have urethral stricture during last 10 years. We benefit from their physical examination, retrograde uretherography, IVP+postvoiding cystogram, ultrasonography and uretherography. Internal urethrotomy was applied for 150 patients, bladder neck TUR for 36 patients, urethroplasty for 6 patients and rail-road urethroplasty for 3 patients. Four years of follow up showed recurrent urethral narrowing in 60% of patient internal urethrotomy, 6 montly dilatation in 75% of patients with urethral dilatation, recurrent narrowing in 10% of patients with bladder neck TUR and internal urethrotomi in 60% of patients with rail-road urethroplasty. In spite of a new developed techniques for urethral stricture it keep its recurrent, narrowing especialty which requires continous follow up.

Key Words: Infravezical obstruction, urethral stricture, internal urethrotomy, urethroplasty

İnfravezikal obstrüksiyon nedenlerinden biri olan akkiz üretra darlıkları erkeklerde sık olmasına karşın kadınlarda nadiren gelişen patolojilerdendir. Üretral darlıklar genellikle alt üriner sistem enfeksiyonlarına (prostatit, üretrit, meatit, katater enfeksiyonları v.b.) ve üretral travmaya (perine üzerine düşmeler,

TUR'lar, üretral enstrümantasyonlar v.b.) sekonder gelişmektedir(1). Darlıklar üretra boyunca herhangi bir yerde gelişebilirse de endoskopik uygulamalardan sonra en genel darlık bölgeleri mesane boynu derin bulber bölge, penoskrotal ve meatal bölge olmaktadır. Darlık 0.5-1cm gibi kısa bir

Haberleşme Adresi: Prof. Dr. Ali ACAR, S.Ü.T.F.Üroloji Anabilim Dalı, 42080-KONYA

Geliş Tarihi : 23.03.2001

Yayına Kabul Tarihi : 21.06.2001

bölümde olabileceği gibi daha uzun ve birkaç santimetreye varan boyutlarda da olabilir(1,2).

Darlıklar idrar akımını engelleyerek yukarı üriner sistemde progresif hasara neden olmaları sebebiyle son 10 yılda karşılaşılan üretral darlık vakalarının teknik gelişimlerin ışığı altında tekrar değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde son 10 yılda idrar akım hızında azalma, sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma v.b. şikayetlerle başvuran, yaş ortalaması 58 olan, tamamı erkek 243 hastada üretra darlığı belirlenmiştir. Tanıda fizik muayene, retrograt üretrografi, IVP+Postvoiding sistogram, üretroskopi, miksiyon esnasında alınan üretrografilerden yararlanıldı.

Darlık belirlenen hastaların tedavisinde dilatasyon amacıyla filiform buji ve folower'lerinden, Benique bujilerinden, dar segmenti keserek genişletme amacıyla otis üretrotomiden ve 20 french(F) internal üretrotomiden , internal üretrotomiye kılavuz amaçlı 3F üreter kateterlerinden, mesane boynu darlıklarını aşmak amacıyla 24 F storz rezektoskopdan ve üretroplasti operasyonlarından yararlanıldı.

Üretral darlık belirlenen vakaların 150'sine internal üretrotomi 38'ine üretral dilatasyon 10'una otis üretrotomi 36'sının mesane boyununa TUR 6'sına üretroplasti ve 3'üne rail-road üretroplasti uygulanmıştır.

Genellikle tedavi yöntemlerinin darlığın lokalizasyonuna, uzunluğuna, etyolojisine ve daha önce tedavi alıp almadığına göre belirlendiği gözlenmektedir. Darlık tekrarlamaları sık görülen vakalarda üretral dilatasyonu, meadaki darlıklarda otis üretrotomiyi, mesane boynu darlıklarında TUR'u, pandüloz üretrada ki olan ve darlık segmentinin uzunluğu az olan vakalarda internal üretrotomiyi ve travmaya sekonder gelişip uzun bir segmenti kapsayan darlıklarda üretroplasti yöntemlerinden (Rail-road üretroplasti v.b.) birinin tercih edildiği ortaya konmaktadır.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 58 ve sayısı da 243 olarak belirlenip, kliniğimizdeki son 10 yılda üretra darlığı tanısı alan hastalar incelenmiştir.

Lokalizasyon yönüyle; 28 hastanın anterior penil

üretrasında (meatus ve fossa navikularisin proksimaline kadar olan bölgede), 56 hastanın mesane boynunda, 111 hastanın pandüloz üretrasının muhtelif bölgelerinde ve 48 hastanın prostatik üretrasında darlık gözlenmiştir.

Ortalama 4 yıl takiple internal üretrotomi uygulananların %60'ında darlık tekrarlamaları gelişmiştir. Bunların yaklaşık %50'sine internal üretrotomi uygulanmış diğer yarısına periyodik dilatasyon gerekmiştir.

Genellikle prostatektomi sonrası gelişmiş mesane boynu darlıklarında tedavi TUR olmuş ancak %10 düzeylerinde darlık tekrarları gelişmiştir.

Üretroplasti uygulananların %50'sinde etkili sonuç alınırken %50'sine periyodik dilatasyon gerekmiştir. Rail-road üretroplasti uygulanan vakaların yaklaşık %60'ına internal üretrotomi uygulanması gerekmiştir.

TARTIŞMA

En iyi tedavi darlık gelişiminin önlenmesidir. Eğer bir darlık meydana gelmişse kısa, yumuşak ve açık cerrahiden ziyade endoskopik yöntemlerle tedavi olabilir olması tercih edilir (1). Tedaviden önce kesin durum değerlendirilmesi yapmak gerektirmektedir. Herhangi bir darlıkta eğer dilatasyon mümkünse ilk önce bu uygulanmalıdır. İnternal üretrotomi ikinci bir seçimdir (1-3).

Darlıklar mukoza kıvrımı veya üretra involüsyonu veya üretra ile birlikte spongioz doku veya periüretral doku involüsyonu ile karakterize olabilir. Bazı darlıklar fistül, divertikül veya inflamasyon gibi spesifik tedavi gerektiren komplikasyonlar ile birlikte olabilir (1,3,4). Üretral darlıkların tedavisinde önemli bir problem, literatürde çok sayıda üretral darlık tedavisi bulunması ve bu nedenle bir çok otürün kendilerine özgü darlık tedavisi uygulamalarıdır. Bunların özellikle ve gerçekten faydalı olanı direk görüş altında gerçekleştirilen internal üretrotomi tedavisidir. Üretranın uzun bir segmentini tutmamış darlıklarla yüzeysel mukoza involüsyonu ortaya koymuş darlıklarda veya spongioz dokunun yüzeysel tabakasını kapsamına almış darlıklarda ve üretranın normal görünüm arz ettiği izole darlıklarda tedavi için internal üretrotomi özellikle etkili olmaktadır (2,4).

Pelvis kemiği fraktürleri üretral yaralanmalarla birlikte nöral ve vasküler hasarlar veya bunların kombinasyonuna sonradan üretral darlıklara neden ola-

bilmektedir. Pelvik kırıklar arasında N.Erigentus'ların hasarına (S2-4) neden olarak impotansa neden olabilmektedir. İleumu sakrumdan ayıran ileum kırıklarında bu sinirin veya kollarının gerilmesi veya kopması muhtemeldir. Sinirin gerildiği fakat sağlam kaldığı durumlarda hasta zaman içerisinde potansi yeniden kazanabilmektedir. İnternal iliak arter ve onun pudental dallarının hasarı impotansa neden olabilmektedir (5,6).

Üretral yaralanmalardan sonra ilerde üretral darlıklara neden olabilen üretral skarlardan itinalı başlağıç tedavisi ile sakınmak ve bunları minimal düzeyde tutmak mümkündür retrograt ürethrograma parsiyel üretral yırtıklar belirlenmeli ve üretral kateterizasyonla komplet ayrışmalara dönüştürülmemelidir, idrar suprapubik sistostomi ile diverte edilmelidir. Eğer internal ve external sfinkterlerin her ikisinde travmadan hasar görürse total üriner inkontinans meydana gelebilir. Erkeklerde ürogenital diafragmanın yaralanmalarında, bayanlarda mesane boynu ve üretranın konum değiştirilmesi sonucu parsiyel veya stress üriner inkontinans meydana gelebilir (7).

Hemostaz için pelvik damarların aşırı di-seksiyonu; pelvisteki sempatik ganglionlara ve sinirlere hasar verebilmektedir. Yalnız başına nöral

hasar nadiren inkontinansa neden olabilmektedir çünkü internal sfinkter mekanizması kontinansdan primer olarak sorumlu olan sempatik sistemi ile kontrol edilmektedir (1,6-8).

SONUÇ

Hastalar ortalama 4 yıl takip edildi. Bu takipte internal üretrotomi uygulanan hastaların %60'ında darlık tekrarlamaları gelişmiştir. Bunların yaklaşık %50'sine internal üretrotomi uygulanmış diğer yarısına periyodik dilatasyon gerekmiştir.

Mesane boynu darlıklarında tedavi TUR olmuş ancak %10 düzeylerinde darlık tekrarları gelişmiştir.

Üretroplasti uygulananların %50'sinde etkili sonuç alınırken %50 sine periyodik dilatasyon gerekmiştir. Rail-road üretroplasti uygulanan vakaların yaklaşık %60'ına internal üretrotomi uygulamaları gerekmiştir.

Üretral dilatasyon uygulanan hastaların %75'inde altı ayda bir periyodik dilatasyon gereksinimi ortaya çıkmıştır.

Hasta ve hekim için can sıkıcı bir problem olan üretra darlıkları teknik gelişmelere rağmen devamlı takip gerektiren bir patoloji olma özelliğini muhafaza etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Devine CJ Jr, Jordan GH, Schlossberg SM. Surgery of the penis and urethra. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED Jr editors. Campbell's Urology, 6th ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 1992, pp 2982-98.
2. Houry JM. İnternal Urethrotomy. In: S.D. Graham J.R. editor. Glenn's Urologic Surgery 5th ed. Philadelphia, USA, Lipincot-Ravet Publishers 1988; 118; 971-7.
3. Jordan GH. Management of anterior urethral stricture disease. Prob Urol 1:199-225, 1987;1:199-225.
4. Jordan GH. Treatment of urethral stricture disease. In: Stein BS editor. Practise of Urology. New York, USA, Norton Medical Books , 1993;1-38.
5. Ennemoser O, Colleseli K, Reissigl A, Poisel S, Jarnetschek G, Bartsch G. Posttraumatic posterior urethral stricture repair: anatomy, surgical approach and long-term results. J Urol 1997;157(2):499-505.
6. Podesa ML, Medel R, Castera R, Ruarte A. Immediate management of posterior urethral disruptions due to pelvic fracture: therapeutic alternatives. J Urol 1997;157(4): 1444-8.
7. Morey AF, McAnnich JW. Reconstruction of posterior urethra distruption injury and early primary endoscopic realignment:evaluation of long_term follow-up. Urology, 1997;157(2):506-10.
8. McAnnich JW. Urethral injuries from external trauma. In: Kauiman JJ, editor. Current Urologic therapy. Philadelphia, USA. W.B. Saunders co. 1986;p.381-382.