

HRYNTSCHAK METODUNU MODIFIYE EDEREK YAPTIĞIMIZ
24 TRANSVEZİKAL PROSTATEKTOMİNİN ANALİZİ

MODİFİKATION VON HRYTSCHAK TRANSVESİKAL
PROSTATEKTOMIE.

Dr. Ünal SERT¹

Bu çalışmamızda özellikle Hryntschak'ın ameliyat tekniğinde yaptığımız değişikliği vurgulamak istiyoruz. Literatür araştırması yaparak olgularımızla (Az sayıda da olsa) karşılaştırdık. Hiç bir hastaya transfüzyon yapılmadı, idrar inkontinensi ve exitus görülmedi.

Wir möchten mit dieser Arbeit hinweisen, daß wir für eine Modifikation von Hryntschak transvesikal Prostatektomie machten, Unsere Ergebnisse, die freilich wenig sind, vergleichen wir mit anderen Ergebnissen, die die andere Autoren früher machten. Wir gaben keine Transphysionen. Wir fanden keine Harninkontinenz, kein Ex.

Çağımızda hızla gelişmekte olan enstrümental cerrahiye ürolojide katılarak kendi içinde hızla gelişmektedir. Batı ülkelerinde T.U.R. (Transuretral Rezeksiyon) tekniğinin gelişmesine paralel olarak açık prostatektominin sayısı her geçen gün azalmakta, bu nedenle yeni yetişen asistanlar açık ameliyatı daha az yapmak durumunda kalmaktadırlar. Aynı durum memleketimizde de söz konusu olmaya başlamıştır. T.U.R. yapılan kliniklerde haliyle açık prostatektominin sayısı azalmaktadır. Ürolojik operasyon kitaplarına bakıldığında çok sayıda açık prostatektomi metodları dikkati çekmektedir. Önemli olan asistanın da süratle ameliyata hakim olabileceği, enaz kan kaybına neden olacak bir yöntemin bulunup öğrenilmesi yada öğretilmesidir.

Belli başlı açık prostatektomi yöntemlerini şu şekilde sıralamak mümkün (1, 2).

- Repropubik Prostatektomide (Millin)
- Transvezikal Prostatektomi (Harris, Hryntschak, Freyer)

(1) Dicle Üniversitesi Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğr. Üyesi.

- Perineal Prostatektomi (Wildbolz, Young)
- İşıorektal Prostatektomi (Voelecker).

Bunlar esas olmak üzere her klinik metodlardan birini tercih etmekte ve hatta kendine göre modifiye etmektedir, geliştirmektedir.

Olgularımızın az olmasının nedenlerinden biride: kliniğimizde T.U.R. lara ağırlık verilmesidir.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma D. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde 1984 - 85 yıllarında yapılan transvezikal prostatektomi vakalarının neticesidir.

Açık prostatektomi endikasyonu koyarken anamnezin yanı sıra Tablo 1'de gösterilen bulgulardan, rektal muayeneden (Tablo 4), Üretrosistoskopiden yararlandık.

TABLO : 1 - 24 Hastada şikayet ve Objektif bulgulara göre tespit edilen prostatektomi endikasyonu.

(Bu tablo bir hastada iki veya daha fazla bulgu göz önüne alınarak hazırlandı.)

Hasta şikayeti ve Objektif bulgular	Sayı
Prostatizm	20
50 cc'nin üzerinde idrar	10
Üriner enfeksiyon	6
Hematüri (Makro)	6
İşuria Paradoxa	1
Akut idrar retansiyonu	4
Mortalite	Ø

TABLO : 2 - Preoperatif dönemdeki idrar kültürü.

Bakteri Cinsi	Vaka Sayısı
Üreme Olmadı	15
Psödomones	4
E. Coli	2
Stafilokokusaureus	1
A. Aerogenes	1
Gram. (—) Basil	1

Spinal anestezide, sırt üstü pozisyonundaki hastada, mesane, kapasitesine göre steril su ile doldurulduktan sonra Pfannenstiel kesisi ile mesaneye varıldı. Bilindiği şekilde adenomektomi yapıldıktan sonra 22 Chrr. üç yollu balon kateter mesaneye kondu. Saat 12° hizasında prostat lojunu küçültücü transvers, birbirine paralel ve üst üste 2-3 sütür kondu. Ostium urethrae internum en az kateter ve bir parmak geçecek genişliğe kadar daraltıldı. Balon prostat lojunda 30 - 80 cc şişirildi. İnfüzyon hortumu ile sistostomi yapıldı. (İlk 24 saatte oluşması mümkün mesane tamponunu önlemek için).

İlk 24 saat mesane izotonik serum ile sürekli yıkandı. Prostat lojunda şişirilmiş balon günde 10 - 15 cc boşaltılarak beşinci yada yedinci günde çıkarıldı. Sistostomi dren 24 saat sonra klempe edilip ertesi gün çıkartıldı. Kateter normal postoperatif seyirde yedinci gün çıkartıldı. (Tablo 6).

BULGULAR

Her hastada tam idrar, tam kan, kreatinin, kültür antibiyogram (pre-postop.) genel dahili muayene yapıldı. Bulgular tablolar halinde çıkarıldı.

TABLO : 3 - Preoperatif dönemde tesbit edilen diğer hastalıklar.

Rektal Prostat büyüklüğü	Vava Sayısı
İnguinal skrotal herni	2
Hydrocel	1
Preoperatif epididimoorşitis	1
Eski miyokard infarktüsü	2
Kronik obstriktif akciğer hastalığı	1
Opak mesane taşı	2
Nonopak mesane taşı	2
İntramural üreter taşı	1

TABLO : 4 - Rektal tuşeye göre Prostat büyüklüğü.

Rektal Prostat büyüklüğü	Vaka Sayısı
2. Derecede	13
3. Derecede	11
Total	24

TABLO : 5 - Hastanede ve Postoperatif dönemde gün olarak kalış sürelerinin dağılımı.

Gün	Hastanede kalış süre sayısı	%	Postoperatif kalış süre sayısı	%
10 - 19	3	12.50	14	58.33
20 - 29	13	54.17	8	33.33
30 - 39	6	25.00	2	8.33
40 - 49	2	8.33	—	
Toplam	24		24	

TABLO : 6 - Postoperatif kateterin gün olarak kalış süresinin dağılımı.

Gün	Sayı	%
5 - 9	5	20.84
10 - 14	14	58.34
15 - 19	4	16.67
20 - 25	1	4.17
Toplam	24	

TABLO : 7 - Yaş Grubuna göre dağılımı.

Yaş Grubu	Sayı	%
45 - 50	1	4.17
60 - 69	8	33.33
70 - 79	8	25.00
80 - 89	6	4.17
Toplam	24	

TABLO : 8 - Post-op dönemdeki İdrar Kültürü.

Bakteri Cinsi	Vaka Sayısı
E. Coli	7
Proteus	4
Psödomones	3
Üreme Olmayan	10

TABLO : 9 - Postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar.

Komplikasyonlar	Vaka Sayısı
Kalıcı enkontinans	Ø
Geçici Stres enkontinans	3
Epididimitis	4
Sekonder dikiş	3
Post operatif makrohematuri	Ø
İnatçı üriner enfeksiyon	3

TARTIŞMA

Hastanın preoperatif çok yönlü incelemesi yapıldıktan sonra prostat hipertrofinin evresinin saptanması ile T.U.R. mu yoksa trans vezikal prostatektomi mi yapılması gerektiğine karar vermek gerekiyor (1, 3, 4, 5).

T.U.R. yada açık prostatektomi endikasyonu koyarken rektal tuşedeki (Tablo 4, Tablo 1) bulguların yanı sıra daha çok üretrosistoskopi bulgusunu göz önüne aldık. Colliculus-Ostium Urethrae Internum mesafesi 5 cm.'nin üzerinde olduğu zaman kesinlikle transvezikal prostatektomi yaptık (3).

Hiçbir hastamıza ne intra operatif nede postoperatif transfüzyon yapma gereğini duyduk.

Transfüzyon yapan araştırmacıların çalışmaları gözden geçirildiğinde şu bulgulara rastlanılmaktadır. Cohen %4.1, Kelly %60, Nanninga %14.8, Perkash %84, kan transfüzyonu yapmışlardır. Yine literatürden anlaşılacağı üzere, transvezikal prostatektomi teknik bakımından birçok aşamalar göstermiş (2). Teknik geliştikçe komplikasyonlar ve transfüzyon gereği azalmıştır. HRYNTSCHAK ameliyat tekniğinde enüklüasyondan sonra prostat lojuna saat 5⁰⁰ ve 7⁰⁰ hizasına 'Z' sütürü koyup kateteri mesaneye bıraktıktan sonra saat 12⁰⁰ ye loju küçültücü transvers iki sütür daha koyar ve bu sütürlerden birine mesanedeki kateteri tesbit eder. Balonu prostat lojunda şişirmez (2).

Biz tekniğimizde farklı olarak, prostat lojunu küçülttükten sonra balonu lojda şişirip bırakıyoruz.

Az sayıda da olsa olgularımızda hiç 'EXITUS' vakasına rastlamadık. Kelly %8.3, Perkash %4, Nanninga %2.1, Cohen %1, Olgularında mortaliteden bahsederler. Çalışmaların tarihlerine bakıldığında mortalitenin ellili yıllardan yetmişli yıllara geldikçe azaldığı dikkati çekmektedir. Bunada neden; ameliyat tekniğindeki gelişmenin yanı sıra anestezi

tekniklerinin gelişmesi, preoperatif dönemde hastanın çok iyi hazırlanması (Tablo 3). Hastaların hospitalizasyonunu genellikle sekonder yara iyileşmesi ve mesanenin zamanında kapanmaması etkiliyor.

Olgularımızda iatrojenik idrar inkontinensine rastlamadık. Literatürde bu bulgular %2 - %2.9 arasında değişiyor (8, 10).

SONUÇ

Transvezikal prostatektomi tekniği geliştikçe, ameliyat süresi, transfüzyon yapma gereksinimi, mortalite ve enkontinans azalmaktadır.

KAYNAKLAR

1. MAYOR, G., ZİNGG, J. E. : *Urologische Operationen*. George Thieme Verlag. 1973, 332 - 350.
2. MEBEL, von M. Braun, E., Schönberger, B. Vogler, H. : *Operationen an der Prostata in Bier Braun. Kümmel. Chirurgische Operationslehre*. 8. Auf. Bnd. 5. Johan Ambrosius Barth. Leipzig. 1977, 282 - 314.
3. HARTUNG, R. : *Die İndikation zur transurethraler Resektion der Prostata*. Verhndl. der Dtsch. Gesel. für Urologie. 30. Tagung. 469 - 471. 1978.
4. WEYRAUCH, H. M. : *Surgery of the Prostate* W. B. Saunders Co, Philadelphia. 231, 1959.
5. MİLLER, A. : *When is prostatectomy indicated?* Brit. J, Surg 52. 744-745. 1965.
6. COHEN, S. P., Kopilnick, M. D. and Robbins, M. A. : *Removable Purse-string suture of the vesical nec during suprapubick prostatectomy*. J. Urol. 102: 720 - 721, 1969.
7. KELLY, G. G., Silbergleit, A., Berkas, E. M., Caputo, J. M. and Bromme, W. : *Suprapubic prostatectomy: a report of 337 cases*. J. Urol. 92. 215 - 216. 1964.
8. NANNINGA, J. B., and O'Connor, V. J. : *Suprapubic prostatectomy: A Review 1966 - 1970*, J. Urol, 108. 453 - 454. 1972.
9. PERKASH, I., Kataria, P. N., Takkar, K. L., Batra, R. S. and Khanna, O.P. : *Evaluation of suprapubic prostatectomy usingen absorbable pursestring suture at vesical nec*. J. Urol. 105.: 831 - 832. 1972.
10. CAINE, M. : *Late results and suquelae of prostatectomy*. Brit J. U. Urol. 26.: 205 - 206, 1954.