

URETRA DARLIKLARININ TEDAVİSİNDE YENİ BİR YÖNTEM

Soğuk kesi ile Optik Uretrotomia İnterna (*)

Şevket Tuncer (**)

Uretra darlıkları, tedavisindeki güçlükler ve komplikasyonları nedeniyle Ürolojide çok önemli bir yer işgal ederler.

Yakın zamanlara kadar hafif ve orta derecedeki uretra darlıklarında konservatif tedavi yani buji tedavisi seçilen yöntemdi. Gittikçe artan şariyerlerle yapılan buji uygulaması ile darlık ortadan kaldırılamaz, sadece darlığa ait skatris dokusu genişletilir ve böylece elâstik olmayan dar skatris dokusu az çok açılmış olur.

Buji tedavisinin kısa süreli aralıklarla tekrarlanması zorunluğu olan, süratli rezidiv gösteren darlıklarda ise son zamanlarda tedavi, buji ile dilatasyondan plastik operasyonlara kaymıştı. Bu plastik operasyonlar da büyük ölçüde iki veya daha fazla seanslarda yapılmakta ve ayrıca operasyon metodları da klinikten kliniğe esastan farklar göstermekte idi. Bunun nedeni de, hiç bir metodun tam memnun edici olmamasındandır. Diğer taraftan bu plastik cerrahi metodların pek çoğu perineden yapıldığından, çok defa kalıcı bir empotans tehlikesi de mevcutturki, özellikle genç erkek hastalar için bu fevkalade önemli bir sakınca teşkil etmektedir. Bu nedenerle daha iyi ve transuretral metodlar geliştirmek için devamlı araştırmalar yapılagelmiştir.

Skatris dokusunun ortadan tamamen kesilerek darlıkların tedavisi maksadıyla «Üretrotom»lar yapılmıştır. İlk yapılanlardan 1954 deki Maisonneuve ve 1872 deki Otis uretrotom'u belirtmeye değer olanlarındandır. Özellikle Otis uretrotomu henüz bugün de kullanılmaktadır. Ancak bunlarla yapılan uretratomia interna'nın en büyük sakıncası, kör olarak kullanıldığından uretrada sekonder yaralanmalara neden olabilmesi ve ayrıca 14 şariyer altındaki darlıklarda da uygulanamamasıdır. Bu nedenlerle daha sonraları optik uretrotom'lar geliştirilmiştir.

Fischer 1937 de ilk defa Almanya'da optik uretrotom ile kısa uretra darlıklarının transuretral elektro-insizyonla açılışını yayınlamıştır (5). İtalya'da da ilk defa 1957 de Ravasini bu metodu uygulamıştır (10). Daha sonra diğer ülkelerde bugüne dek uygulanagelmiştir. Ancak bu elektro-insizyonla yapılan uretrotomi'lerden sonra daha sık ve hızlı bir striktür meydana geldiği görülmüştür (3,4,12). Bu

* Bu araştırma Batı Berlin Urban Hastanesi Üroloji Departmanında yapılmıştır.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Doçenti

yeni ve hızlı striktür teşekkülünü yüksek frekanslı elektrik akımının yaptığı doku nekrozuna bağlayan Sachse, bu komplikasyonun e'lektriki olmayan bir insizyon sayesinde önlenebileceği inancından hareketle ve ilk defa 1971 de kesici bir bıçakla -elektriki olmayan- optik uretrotomia intrena'yı uygulamış ve bunu Mart 1972 de Amberg tıbbî gelişme'er toplantısında bildirmiştir (11). Bu primitif uygulamadan alınan iyi sonuçlara dayanarak Sachse'nin Storz firması ile yaptığı çalışmalar sonucu geliştirilen ve Mayıs 1972 den bu yana da batı ülkeleri üroloji kliniklerinde kullanılmaya başlanan bugünkü optik uretrotom'lar ortaya konmuştur.

Bu uretrotom'u tanıtmayı ve bununla yapmış olduğumuz çalışmayı, çok yeni bir enstrümental uygulama olması nedeniyle yayınlamayı uygun bulduk. Ayrıca kliniğimize de sağlanmış olan bu yeni uretrotom ile klinik çalışmalarımızın sürdürülmekte olduğunu da belirtmek isteriz.

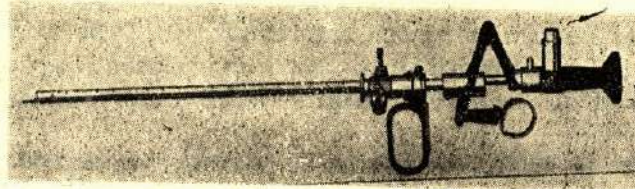
MATERYEL VE METOD

Materyelimizi 1975, 1976 ve 1977 yıllarında üroloji departmanına yatan 48 uretra darlıklı hasta oluşturmaktadır. Kullanılan alet Storz firması tarafından yapılmış olan Sachse modeli Uretrotom'dur. Çalışmamız, bu alet ile yapılan 73 uretrotomia interna'yı kapsamaktadır.

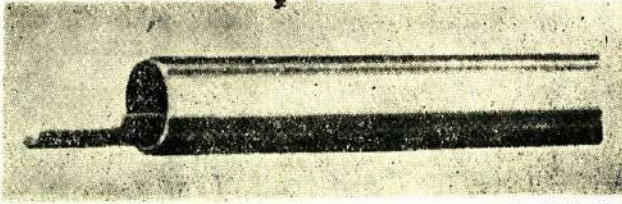
Adı geçen yeni uretrotom ile iyi bir uretroskopik görüş ve uretra çevresi dokuların diferansiasyonu mümkün olmakta, striktüre ait dokunun isabetli olarak kesilmesi sağlanabilmektedir. Bu optik uretrotom 20 Chr. kalınlıkta olup lupu, yukarı ve öne doğru kesen hareketli bir bıçak ile yer değiştirmiş olan bir elektrozeksasyon aletine benzer (Şekil 1). Bıçağın şekli, insizyonun uygulanması için oldukça önemlidir ve ağız yukarı bakar durumdadır (Şekil 2).

Operasyon tekniği :

Retrograd uretrografi ve miksiyon uretrografisi ile tesbit edilmiş olan darlıkta önce uretroskopi yapılarak striktürün yeri tam olarak lokalize edilir. Gerektiğinde bir ureter kateteri (5 Chr.) striktür yerinden mesaneye kadar sokulabilir. Bu kateter özellikle yeni başlayanlar veya metoda adaptasyonu az olanlar için yol gösterici olarak uygulamayı oldukça kolaylaştırır. Bu konuda tecrübe sahibi olanlar için gereksizdir ve ayrıca da uretrotom'un hareketini zorlaştırabileceği ve operasyon alanında iyi bozabileceği için de arzu edilmez.



Şekil 1 : Uretrotom'un genel görünüşü.



Şekil 2 : Ağız yukarı doğru olan bıçağın istirahat halindeki görünüşü.

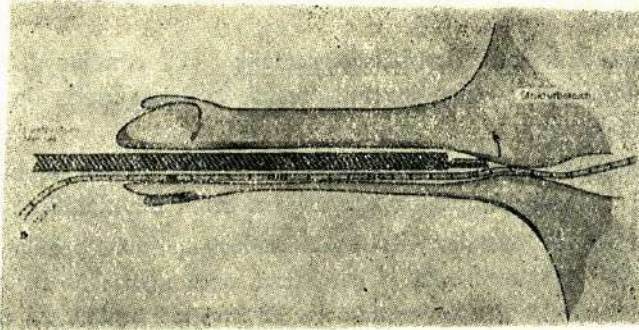
Uretrotom konduktan ve darlığın yeri ve şekli tekrar iyice tsebit edildikten sonra insizyona geçilir. Corpus cavernosum'ların yaralanmasını önlemek için, esas insizyon doğrultusu olarak saat 12 yönü seçilir. Önce bıçak uretrotom'un ucundan dışarı uzatılır ve aşağıdan yukarı doğru darlık yerinin insizyonuna başlanır. Öyleki, bütün uretrotom bu harekete iştirak eder (Şekil 3). Bu şekilde milimetre milimetre olmak üzere mesane doğrultusunda kesilerek ilerlenir. Küçük skatrisler doğrudan doğruya bıçağın testere şeklindeki hareketleriyle kesilir. Bu şekil'de saat 12 deki esas insizyon doğrultusunu koruyarak, striktür'ün proksimal ucuna kadar görülebilir durumdaki bütün skatris dokuları serbest bağ dokusuna kadar noksansız kesilmelidir. Öyleki, 20 chr. kalınlıktaki uretrotom şaftı mesaneye kadar rahatlıkla sevk edilebilsin ve aynı zamanda bir sistoskopi de yapılabilsin.

Komplet uretra rüptürlerinde olduğu gibi, uretranın tam tıkanmış olduğu halde de, tabiatıyla zor olmakla beraber uretrotomia interna uygulanabilir. Şöyleki, bu olgular zaten sistostomi'li olduğu için, bu sistostomi'den mesaneye ve oradan da arka uretraya sokulacak bir eğri metal bujinin ucuna doğru uretrotom ile kör olarak kesilmek suretiyle yapılır (Şekil 4).

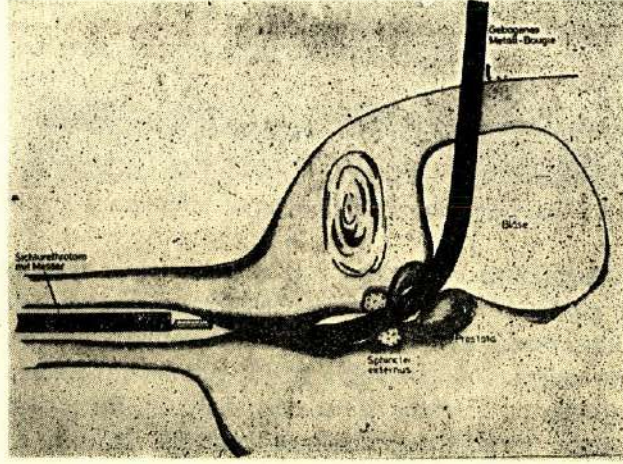
Operasyon son bulup uretrotom çıkartıldıktan sonra gerekiyorsa 18 veya 20 Chr. kalınlıkta ve tercihan bir balonlu SİLİKON kateter konur.

Uygulamalar :

Preoperatif her olguda retrograd uretrografi ve bir kısım olguda da miksiyon uretrografisi yapıldı.



Şekil 3 : Metodun uygulanışının genel görünüşü.



Şekil 4 : Bulbus uretra'daki komplet tikanıklıkta uygulananın şemantik görünüşü.

İdrar enfeksiyonu bulunanlarda preoperatif antibiyotik tedavisine başlandı.

Operasyonda hem kayganlığı ve hemde lokal anestezi sağlamak maksadiyle **İnstilajel** kullanıldı (16).

Komplike darlıklarda veya aynı zamanda bir rezeksiyon gerekli olan olgularda lomber veya peridural anestezi yapıldı.

Operasyon esnasında irigasyon solüsyonu olarak serum fizyolojik kullanıldı.

Basit ve ufak darlıklarda, şayet idrar enfekte değilse postoperatif kateter konmadı. Enfekte olan basit darlıklarda kısa süreli (3-4 gün) daimi kateter uygulandı. Komplike darlıklarda ve ileri derecede idrar enfeksiyonu bulunanlarda ise uzun süreli (asgari 3 hafta) daimi kateter kondu.

Postoperatif devrede en az 4 hafta süre ile hidrolik dilatasyon yapmaları ve her miksiyon sonunda da uretraya Terra-cortril-Gel instilasyonu hastalara önerildi.

Bulgular :

Olgularda travmatik darlıklar çoğunluğu teşkil etmekteydi. Hastaların takriben 3/4 ünde darlık arka uretrada, ancak 1/4 kadarında ön (pandüler) uretrada bulunmaktaydı.

Uretrotomi'nin uygulanmadığı hiç bir darlık olmadı ve hiç bir olguda da postoperatif herhangi bir plastik operasyona gerek duyu'lmadı.

Ogulardan 30 tanesinde uretrotomi sadece bir defa uygulandı. Rezidiv gösteren ve ikinci defa uretrotomi'yi gerektiren olgu sayısı 11 idi. Sadece 7 olguda 3. defa uretrotomi'ye gerek duyuldu ki, 48 hastada toplam 73 uretrotomi uygulanmış olmaktadır.

İntra ve postoperatif komplikasyonlar :

Hiç bir olguda Corpus cavernosum yaralanması olmadı. Uretral kanama genellikle minimal derecede olmakta ve 1-2 saat içerisinde de spontan olarak kesilmekteydi. Olgulardan hiç birinde kanama nedeniyle bir elektro-koagulasyona gerek duyulmadı.

Penis ödemi 8 hastada meydana geldi ve hepsi de 1-2 gün içerisinde kayboldu.

Hafif ve orta derecede bir ateş yükselmesi 12 hastada izlendi, sepsis görülmedi.

Dysuri, pollikiuri, karın alt kısmında hafif ağrılar gibi postoperatif subjektif şikâyet'er sıklıkla olmakta, ancak çabuk geçmekteydi. Bunlar dışında başka bir komplikasyona rastlanmadı.

TARTIŞMA

Optik uretrotom ile internal insizyon, uretra darlıklarının tedavisinde bugün en emin ve seçkin bir yoldur (8,15) ve darlıkların her şeklinde endikasyonu bulunduğ gibi, komplet uretra tıkanmalarında da uygundur (8,12,14).

Denemeler şunu göstermiştir ki, uretra darlıklarının görerek transuretral insizyonu metodu, uygulama zorlukları ve komplikasyon nisbetleri bilinen kanlı cerrahi metodlara sadece bir alternatif değil, ayrıca basitliği nedeniyle bizim için daha fazla değer taşımaktadır ve bu nedenle de uretra darlıklarının tedavisinde ilk yeri almaktadır (8).

Batı Almanya'da 1977'de yapılmış olan bir istatistik araştırmasında Uretratomia interna'nın açık plastik cerrahiye nazaran 14 defa daha fazla uygulanmakta olduğu anlaşılmıştır (2). Tabiiyle bugün bu oran daha da artmıştır ve uretratomia interna'nın ne denli büyük bir uygulama alanı bulduğunun açık delilidir. Denilebilir ki uretra darlıklarının tedavisinde uretrotomia interna bugün yeni bir çığır açmış bulunmaktadır.

Soğuk -elektriki olmayan- insizyon şeklinde yapılan optik uretratomia interna'nın faydaları; küçük ve süratle uygulanan bir girişim olması, elektriki insizyona nazaran dokuların daha iyi tanınabilmesi, ekseriya lokal anestezi ile uygulanabilmesi, nekroz teşekkülünün ve dolaysıyla de rezidiv'in daha az olması, rezidiv halinde operasyonun rahatlıkla tekrarlanabilmesi ve en önemlisi de potens bozulmasına sebep olmaması şeklinde özetlenebilir (9,12,14,15).

Önceden yapılan buji uygulamaları esas morfolojik münasebetleri bozacağından yapılmamalıdır (12,13). Keza postoperatif bir buji tedavisi tavsiyesi de tamamen manasız ve ayrıca da tehlikeli olarak görülmektedir (8). Esasen operatif olarak bertaraf edilmiş olan yani mevcut olmayan bir striktür tabiidir ki bir buji tedavisini gerektirmez.

Bu tedavi metodunun oldukça basit olmasına, lokal anestezi ile uygulanabilmesine rağmen, operatörün transuretral metoda yakınlığı şarttır ve ayrıca şahsi tecrübe de gerekmektedir. Başarısızlığa götüren sebepler arasında, yetersiz tecrübe nedeniyle striktür bölgesinde insizyonun yeter derinlikte yapılmaması gelmektedir (8).

Operasyonun hedefi, direkt görüş sayesinde en az lezyonla darlık yerindeki skatris dokusunun serbest bağ dokusuna kadar tamamen kesilmesidir.

Operasyon esnasında irigasyon solüsyonu olarak serum fizyolojik kullanılmalıdır. Çünkü uzun sürebilecek operasyonlarda bağ dokusu içerisine fazla irigasyon solüsyonu kaçması sonucu penis ve skrotal ödem teşekkülü her zaman görülebilir. İzotonik serum fizyolojik kullanılması halinde bu ödemler tehlikesizdir ve bir iki gün içerisinde süratle rezorbe olurlar (9,12).

Operasyonda Corpus cavernosum'ların yaralanmasını önlemek için, insizyonun saat 12 hizasında yapılmasında bütün otörler fikir birliği içerisindeyler (2,4,8,9,12,13,14,15).

Uretrotomia interna'nın başarısı şu şifa prensibine dayanmaktadır : striktürün insizyonu suretiyle meydana gelen yarık yüzeyi, takriben on gün içerisinde Denis-Brown prensibine göre yeni bir epitel şeridi ile örtülerek kanal tamamlanmaktadır (9). Yeni teşekkül eden bu epitel şeridinin rekrakte olması da miksiyon basıncı ile önlenmektedir.

İnsizyon esnasında skatris dokusunun bizzat kendisi kanamaz. Bağ dokusunun arteriel kanamaları gerekirse elektro-koagulasyonla durdurulabilirki, biz şahsen buna şimdiye kadar hiç gerek duymadık.

Transuretral elektroseksiyonda prostat kapsülünün tanınmasında olduğu gibi, uretrotomi esnasında da kavernöz doku tecrübesi olanlarca vaktinde tanınabilirse de, ileri derecedeki ön uretra darlıklarında Corpus cavernosum'ların yaralanmasından her zaman için kesinlikle kaçınmak mümkün olmayabilir. Bu durumlarda Corpus cavernosum'lardan olan fazla kanamalar, büyük çaplı uretral kateter konarak durdurulabilir (9,12,14).

Postoperatif daimi kateter uygulaması hakkındaki görüşler oldukça farklılıklar göstermektedir. Bir günlük bir daimi kateteri yeterli görenler (7) yanında geç rezidivlerin önlenmesi bakımından 4-6 haftalık uygulamaların kısa süreli uygulamalara üstünlüğünü savunanlar (1) olduğu gibi, katetersiz tedavinin oldukça daha süratli ve komplikasyonsuz şifaya götürdüğünü ve daha az rezidiv gösterdiğini bildirenler de vardır (9,14,15). Sachse idrarın steril olması halinde preoperatif daimi kateterden sakınılmasını önermekte, idrar enfeksiyonu bulunanlarda ise ilk bir hafta daimi kateter uyguladıklarını bildirmektedir (14). Daimi kateter olarak Silikon kateter kullanılması bütün otörler tarafından tercih edilmekte ve önerilmektedir.

Uretrotomia interna yapılmış olgularda postoperatif tedaviye özellikle önem verilmektedir. Miksiyonlar arasındaki istirahat halinde operasyon sahasındaki uret-

rada meydana gelebilecek yapışıklıkları ve dolayısıyla de sonraki rezidivleri minimize indirmek için, hemen ilk miksiyondan başlamak üzere hasta bizzat «Hidrolik dilatasyon» denilen dilatasyon şekline başlamaktadır. Bunun için miksiyon esnasında glans penis üzerinde distal uretrayı sıkamak suretiyle, kendi idrarının yapacağı hidrolik basınç sayesinde hasta uretrasında genişlemeyi sağlamaktadır. Bunun için miksiyon esnasında glans penis üzerinde distal uretrayı sıkamak suretiyle, kendi idrarının yapacağı hidrolik basınç sayesinde hasta uretrasında genişlemeyi sağlamaktadır. Bunun arkasından da postoperatif lokal tedavi olarak uretraya kortizon ve antibiotik içeren bir gel (Terra-Cotril-Gel) instilasyonu önerilmektedir (12,14,15). Bu hidrolik dilatasyon ilk defa 1961 de Marshall ve arkadaşları tarafından önerilmiştir (6). Ancak bu hidrolik dilatasyon hastaya bol mayı verilmesi ile birlikte uygulanmalıdır. Böylece hastanın hem yanma şikâyetleri azalmakta ve hem de sık miksiyon suretiyle daha fazla sayıda hidrolik dilatasyon sağlanmaktadır (14).

Enfekte idrar yara sahasına sokularak iltihabi bir reaksiyona sebep olmak suretiyle yeni bir rezidiv'in ortaya çıkmasına neden olabileceği düşüncesiyle, bu hidrolik dilatasyonu red edenler de vardır (8).

İdrar enfeksiyonunun postoperatif tedavisine de tabiatıyla büyük önem verilmektedir (8).

Postoperatif sonuçların kontrolleri mutlaka uretrografi ve uroflowmetri ile yapılmalıdır. Bu şekildeki kontrollere göre iyi sonuçları Matouschek (8) % 75, Potempa (9) % 80 - 90 olarak bildirmektedir. Sachse (14) ise postoperatif geç rezidiv sonuçlarını % 12 olarak vermektedir.

ÖZET

Yeni geliştirilmiş olan bir optik uretrötöm tanıtıldı. Uretra darlıklarının bu optik uretrötöm ile transuretral insizyonu, kör olarak ve elektriki uygulanan uretrötöm'lere nazaran daha üstündür ve her türlü uretra darlıklarında mümkündür.

Girişim hasta için pek bir yük teşkil etmez, çok defa lokal anestezi altında ambulantly uygulanabilir.

Bu metod ile yapılan bizim çalışmamız 1975-1977 yıllarında 48 uretra darlıklı hastada 73 cerrahi girişimi kapsamaktadır.

ZUSAMMENFASSUNG

Zur Behandlung Der Harnröhrenstriktür :

Die interne Sichturethrotomie mit scharfem Schnitt

Es wurde über die Entwicklung eines neuen Sichturethrotoms berichtet.

Die transurethrale scharfe Schlitzung der Harnröhrenstrikturen mit diesem Sichturethrotom ist gegenüber der blinden und elektrischen Urethrotomien überlegen und bei sämtlichen Harnröhrenstrikturen möglich.

Der Eingriff ist wenig belastend, kann vielfach in Lokalanästhesie ambulant durchgeführt werden.

Unsere Erfahrungen mit dieser Methode gründet sich auf 73 bei 48 Patienten mit Harnröhrenstriktur in der Zeit zwischen 1975-1977 durchgeführten Eingriffen.

KAYNAKLAR

- 1 - Chiari R, Funke PJ, Flüchter St, Planz : Interne Urethrotomie und Katheterverweilzeit : Langzeitergebnisse, Akt Urol 9 : 327, 1978
- 2 - Chiari R : Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Harnröhrenstriktur, Akt Urol 9 : 335, 1978
- 3 - Diener W : Transurethrale Elektroschlitzung von Harnröhrenstrikturen, Verh dtsch Ges Urol 26. Tg. München 1974, Berlin-Heidelberg-New York : Springer 1975
- 4 - Elsässer E, Butter R, Strobel A, Carl P : Ergebnisse der Behandlung von Harnröhrenstrikturen mit dem Urethrotom nach Sachse, Verh dtsch Ges Urol 26. Tg. München 1974, Berlin-Heidelberg-New York : Springer 1975
- 5 - Fischer KS : Vorführung und Mitteilung über die Erfahrungen mit dem neuen Operations-Urethroskop Heinemann, Zsch Urol Chir Gyn 43/1 : 547, 1937
- 6 - Marshall S, Richards P, Lyon, Olsen S : Internal. Urethrotomy with hydraulic urethral dilatations, J Urol 106 : 553, 1971
- 7 - Matouschek E, Michaelis WE : Über die transurethrale Schlitzung von Harnröhrenstrikturen unter endoskopischer Kontrolle, Urol inter 30 : 266, 1975
- 8 - Matouschek E : Über die transurethrale Schlitzung von Harnröhrenstrikturen unter Sicht, Therapiewoche 28 : 2272, 1978
- 9 - Potempa J : Die Sichturethrotomie bei Harnröhrenstrikturen, Urologe B 19 : 217, 1979
- 10 - Rave*ini G : Die kontrollierte urethroskopische Elektrotomie für die Behandlung der Harnröhrenstrikturen, Urologia (Treviso) 24 : 229, 1957
- 11 - Sachse H : Ärztliche Fortbildungstagung, Amberg, März 1972 (Praxis-Kurier Nr. 36 1972)
- 12 - Sachse H : Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen ,Fortschr Med 92 : 12, 1974
- 13 - Sachse H : Die transurethrale scharfe Schlitzung der Harnröhrenstriktur mit einem Sichturethrotom, Vern dtsch Ges Urol, 25. Tg. Achen 1973, 145, Berlin/ Heidelberg-New York : 1974
- 14 - Sachse H : Die Sichturethrotomie mit scharfem Schnitt. Indikation-Technik-Ergebnisse, Urologe A 17 : 177, 1978
- 15 - Stöber U : Die congenitale bulbäre Harnröhrenstenose und ihre Behandlung mittels interner Sichturethrotomie nach Sachse, Urologe A 15 : 227, 1976
- 16 - Tunçer Ş, Göğüş O : Urolojide lokal anesteziik madde ihtiva eden pürinlerin kullanimasi, Farmakoloji ve Tedavi 2 : 43, 1979