

BENİGN PROSTAT HİPERLAZİSİNDE TRANSÜRETRAL İNSİZYON

TRANSURETHRAL INCISION IN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Ferruh ZORLU

SUMMARY

Transurethral resection is regarded as the treatment of choice for relief of outflow obstruction due to benign prostatic enlargement but transurethral incision of the prostate is an alternative new procedure if the gland is small. This procedure was performed to 9 patients and 8 of them improved. Indication and postoperative complications are given and in conclusion we suggest that transurethral incision of the prostate is an operation of choice in patients with a prostate 20 G. or less.

(Keywords: Prostate, Transurethral incision)

ÖZET

Benign prostat hiperplazisine bağlı obstrüksiyonu olanlarda transüretal rezeksiyon obstrüksiyonu çözmeye en iyi yöntem olarak kabul edilir. Glandın ufak olduğu durumlarda ise prostatın transüretal insizyonu alternatif yeni bir yöntem olarak ortaya atılmıştır. Transüretal insizyon uygulanan 9 hastanın 8'inde iyileşme görülmüştür. Endikasyon ve postoperatif komplikasyonları tartışılmış ve 20 gramdan düşük prostatı olan hastalarda, prostatın transüretal insizyonu önerilmiştir.

(Anahtar Sözcükler: Prostat, Transüretal insizyon)

Semptomatik benign prostat hiperplazisinde prostat çok büyük değilse transüretal rezeksiyon en iyi tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. Yapılan birçok çalışmada ise transüretal rezeksiyondan sonra mesane boynu kontraktürlerinin fazla olması ve bunun özellikle 20 gr. altındaki prostatlarda artan yüzde göstermesi prostatın transüretal insizyonunu gündeme getirmiştir (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9). Ameliyat süresinin kısalığı, tekniğin kolaylığı, hastanın hastanede kalış süresinin azlığı, postoperatif kontraktür gelişme ve retrograd ejakülasyonun azlığı nedeniyle, prostatın transüretal insizyonu iyi seçilmiş küçük prostatlarda, transüretal rezeksiyona alternatif yeni bir yöntemdir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Eylül 1989 ile Şubat 1991 arası benign prostat hiperplazisi nedeniyle obstrüktif yakınması olan 9 hastaya transüretal prostat insizyonu yapıldı. Bir hasta akut retansiyon nedeniyle sondalı idi, diğer hastalar, sık ve zor idrar yapma yakınmaları ile başvurdu. Preoperatif hastalar fizik muayene, idrar kültürü, intravenöz pyelografi ve kateter ile residue tayini ile değerlendirildiler. Rektal tuşede küçük prostat saptanan hastalarda uygulanacak yöntemin seçimine ameliyathanede hasta spinal veya genel anestezi aldıktan sonra endoskopik olarak bakılarak karar verildi. Üriner enfeksiyon saptanan hastalarda enfeksiyon tedavisi verildikten sonra ameliyat uygulandı. Bütün hastalara profilaktik antibiyotik uygulandı. Uygulamadan onbeş gün ve birbuçuk ay sonra hastalar kontrole çağırıldı ve işemelerinin kalitesi sorulup idrar kültürü alındı. Semptomlar irritatif (pollakiüri, noktüri, urgency) ve obstrüktif (projeksiyonda azalma, kalibrede incelleme, kesik kesik idrar yapma) olarak değerlendirildi.

Ameliyat Yöntemi

44 F Benique bujisi dahil dilatasyon yapıldıktan sonra 26 F rezektoskop kılıfı ile gi-

rildi. Mesaneye 60 - 100 cc su verilerek prostatik üretra gözlendi. Saat 7 hizasından sağ üreter orifisinin hemen altından veru montanuma kadar insizyon yapıldı. Rektal tuşe ile prostat kontrol edilerek kapsüle gelindi, kanayan yerlere nokta koterizasyon yapıldı. Kapsül iyice inceltildi ve birçok yerden perforate edildi, rezektoskop çıkarılıp kılavuz teli yardımı ile 22 F Foley sonda konulup balonu 22 cc şişirildi. Kanama nedeniyle renk koyulaşınca irrigasyon yapıldı, kateter 48 saat sonra çekildi.

SONUÇLAR

9 hastanın 2'sinde ameliyat öncesinde enfeksiyon vardı (% 22.2). Bu hastalardan birisi 2.5 aydır sondalı idi. Bu hastalar kültüre göre tedavi edilerek ameliyata alındılar. Hiçbir hastada peroperatuar transfüzyon gerektiren kanama ve komplikasyon olmadı. Sondalı olan hastanın haricindeki diğer 8 hastada 100 cc altında rezidüel idrar vardı. Kateter bir hastada 72. saatte, diğerlerinde 48. saatte çıkarıldı (ortalama 50.7 saat). Postoperatif bir hastada orşit gelişti (% 11). Bu hastanın preoperatif kültüründe üreme yoktu, orşit dördüncü gün açığa çıktı. Daha sonra alınan kültürlerde bu hastanın da idrarı sterilildi. Sonda çekildikten 15 gün sonra ve 1.5 ay sonra yapılan değerlendirmelerde irritatif ve obstrüktif semptomlarda belirgin iyileşme vardı. Sadece bir hastanın yakınmaları aynen devam etti. 2 ay sonra yakınmaları devam eden hastaya panendoskopi yapıldı ve mesane boynunun açık, ancak apikal lobların biriktiği görüldü ve bu hastaya transüretal rezeksiyon yapıldı. Ameliyat sonrası hastanın yakınmaları tamamen geçti. Bir hastada external meatal darlık gelişti, bu hasta orşit geçiren ve sondası 72 saat kalan hasta idi (% 11). Bu hasta periodik external me dilatasyonu ile düzeldi.

TARTIŞMA

Transüretal prostat insizyonu, irritatif veya obstrüktif yakınmaları olan küçük

TABLO 1 : Hastaların Genel Özelliklerinin Dökümü

	PREOPERATİF				POSTOPERATİF			
	SEMPTOMLAR		RES. (cc)	SKS st.	SEMPTOMLAR		ENF.	KOMP
	IRRİTATİF	OBSTRUKTİF			IRRİTATİF	OBSTRUKTİF		
H. E	SONDALI	SONDALI	---	48	P : 3 - 4 H : 1	YOK	YOK	YOK
O.G	P : 7 - 8 H : 3 - 4	VAR	10	72	P : 3 - 4 H : 1	YOK	YOK	1. ORŞİT 2. EKST. MEA DAR.
M. D.	P : 7 - 8 H : 8 - 10	VAR	5	48	P : 4 - 5 H : 3 - 4	YOK	YOK	YOK
H. A.	P : 10 - 15 H : 10 - 15	VAR	40	48	P : 5 - 6 H : 2 - 3	YOK	YOK	YOK
Y. B	P : 5 - 6 H : 3 - 4	VAR	40	48	P : 4 - 5 H : 1 - 2	YOK	YOK	YOK
M. H.	P : 9 - 10 H : 3 - 4	VAR	10	48	P : 4 - 5 H : 0 - 1	YOK	YOK	YOK
I. E.	P : 8 - 10 H : 3 - 4	VAR	70	48	P : 8 - 10 H : 4 - 5	YOK	YOK	TUR YAPILDI
I. K.	P : 8 - 10 H : 7 - 8	VAR	5	48	P : 5 - 6 H : 2 - 3	YOK	YOK	YOK
S. S.	P : 7 - 8 H : 3 - 4	VAR	5	48	P : 3 - 4 H : 0 - 1	YOK	YOK	YOK

* P : PULLAKURI

* N : MÜKTURİ

* RES : RESİDÜEL İDRAR VOLÜMÜ

* SKS : SONDA KALIŞ SÜRESİ

prostatlarda transüretal rezeksiyona yeni bir alternatiftir (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Sonuç alabilmek için hastaların iyi seçilmesi gerekir. Önceden insizyon grubunu saptamak zordur, ama rektal tuşe bulgusu ile endoskopik değerlendirme prostatın büyüklüğü ve insizyona uygunluğu hakkında bilgi verir. Orandi endoskopik olarak verudan bakıldığında (0) şeklinde olanlara Tip 1 (10 gr kadar), (A) şeklinde olanlara Tip 2 (20 gr kadar), (^) şeklinde olanlara Tip 3 (30 gr kadar) ve (") paralel şekilde olanlara Tip 4 (30 gr fazla) demıştır ve Tip 1 ve 2'yi transüretal prostat insizyonu için uygun görmüştür (4, 5).

Edwards 35 gram'a kadar bu yöntemi önermekteyse de (2, 6, 7), Orandi 20 gram üzerinde yöntemin zor olduğunu belirtmektedir (4, 5). Mebust büyüdükçe prostatlarda doku rezeksiyonundan sonra insizyonu önerir (6). Bizim yakınmaları devam eden bir hastamızda panendoskopide apikal loblarda açılma olmaması hastanın yakınmalarını izah etmektedir. Bu hastadan daha sonra 12 gram doku rezeke edildi. Biriken apikal doku hastanın postoperatif ya-

kınmaları yönünden çok önemlidir. Transüretal rezeksiyonda da yetersiz apikal doku rezeksiyonu obstrüksiyonlara neden olmaktadır (10). İnsizyon sonrası boyun yeterli açılmamışsa veya apikal loblarda doku toplanması olursa rezeksiyona geçmek en uygunudur.

Biz Edwards tarafından önerilen saat 7'den tek insizyon tekniğini uyguladık (2, 7). Bu hat özellikle prostat dokusunu gereksiz olarak fazla bölmediği için ve mesane boynundaki lifler rahat görüldüğü için önerilmektedir. Bu insizyonu tamamladıktan sonra, sonda mesane boynunu geçip orifisin altında takılmaktadır, bu nedenle sonda ameliyat sonrası bütün hastalara kılavuz teli yardımı ile geçirilmiştir.

9 hastanın 2'sinde preoperatif dönemde enfeksiyon vardı. Bu hastalardan birisi 2.5 aylık sondalı idi. Enfeksiyonu olan hastalar kültüre göre tedavi edilerek ameliyata alındılar. Peroperatuvar hiçbir hastada komplikasyon çıkmadı, transfüzyon gerektiren kanama olmadı. Edwards 22 hastanın hiçbirinde kanama olmadığını bildirirken (7), Li 29 hastanın 2'sinde birer ünite kan verildiği-

ni belirtmiştir (9).

Profilaktik antibiyotiğe rağmen 1 olguda enfeksiyon gelişti. Orşit gelişen diğer hasta ise antibiyotik almakta olduğu için yeni kültür yapılmadı. 15 gün sonraki kültürü sterilirdi. Diğer çalışmalarda transüretral insizyon sonucu enfeksiyon gelişmesi % 20-21 arasındadır (2, 9). Objektif ve subjektif semptomlarda kısa süreli takiplerde % 80-90 arası iyileşme görülürken uzun süreli takiplerde bunun % 60-80 arasına düştüğü görülmüştür (4). Kısa süreli takipte bizim bir hastamız hariç diğer 8 hastada irritatif ve obstrüktif semptomlarda iyileşme görülmüştür (% 89). Orandi 30 gram altında uyguladığı insizyonda subjektif iyileşmeyi % 88, rezeksiyonda ise % 66 bulmuştur (4). Edwards 30 gram altındaki prostatlarda her iki yöntemin obstrüksiyonu eşit oranda giderdiğini bildirmektedir (7).

External meatal darlık bizim bir hastamızda gelişti (% 11). Endoskopik cerrahiden sonra bu oran ortalama % 5'dir (8). Mesane boyu kontraktürü ufak prostat rezeksiyonlarında rastlanan en önemli komplikasyondur. Kontraktür rezeksiyondan bir kaç hafta sonra çıkabileceği gibi yıllar sonra da çıkabilir. Diyafragmatik kontraktürler 23 günde baş-

layabilir. Bundan korunmak için mesane boynu koagülasyonunu minimal düzeyde tutmak gerekir (1). Özellikle 20 gram altındaki prostatlarda mesane boynu kontraktürü fazladır (1, 5, 6). Mesane boynu kontraktürü olan hastalarda ise en iyi sonucu mesane boynunun insizyonu verir (1, 11). Uzun süreli takiplerde küçük prostatlılarda rezeksiyon sonrası mesane boynu kontraktürü oranı % 20'ye kadar çıkmaktadır. Bu nedenle küçük prostatlarda rezeksiyon sonrası kontraktürü önlemek için mesane boynu insizyonu profilaktik olarak da önerilmektedir (6). Orandi 319 prostat irileşmeli hastanın 100'ünü (%31) 20 gram altında bulmuştur (5). Bu nedenle transüretral prostat insizyonu, uygulama alanı geniş bir yöntemdir. İnsizyonun yapılması kolaydır, kısa sürelidir ve cerrahi komplikasyonları minimaldir. Stage A1 veya A2 prostat kanserini gözden kaçırmamak için biyopsi önerenler de vardır.

Sonuç olarak transüretral prostat insizyonu, ufak, benign prostat hiperplazisi olanlarda, hastalar iyi seçildiğinde, transüretral rezeksiyona alternatiftir ve mesane boynu kontraktürlerinde uygulanabilecek en iyi yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Sikafi Z, Butler M R, Zane V, O'Flynn J D ve Fitzpatrick J M. Bladder neck contracture following prostatectomy. *Brit J Urol.* 1985; 57: 308.

2. Edwards L E, Bucknall T E, Pittam M R, Richardson D R, Stanek J. Transurethral resection of the prostate and bladder neck incision: a review of 700 cases. *Brit J Urol.* 1985; 57: 168.

3. Christiansen M M, Aagaard J, Madsen P. Transurethral resection versus transurethral incision of the prostate. *Urol Clin North Am.* 1990; 17 (3): 621 - 34.

4. Orandi A. Transurethral resection versus transurethral incision of the prostate. *Urol Clin North Am.* 1990; 17 (3): 601 - 12.

5. Orandi A. Transurethral incision of prostate compared with transurethral resection of prostate in 132 matching cases. *J Urol.* 1987; 138: 810.

6. Mebust W K. Transurethral incision or resec-

tion of prostate. *J Urol.* 1987; 138: 852.

7. Edwards I, Powell C. An objective comparison of transurethral resection and bladder neck incision in the treatment of prostatic hypertrophy. *J Urol.* 1982; 128: 325.

8. Bruskewitz R C, Larsen E H, Madsen P O, Dorflinger T. 3 year follow up of urinary symptoms after transurethral resection of the prostate. *J Urol.* 1986; 136: 613.

9. Li M K, Ng A S M. Bladder neck resection and transurethral resection of the prostate: A randomised prospective trial. *J Urol.* 1987; 138: 807.

10. Kahn Z, Nadelson E, Mieza M, S ingu V. Causes of postprostatectomy retention. *Urology.* 1991; 37 (3): 263.

11. Ayder A R. Kollum sklerozu olgularında mesane boynunun Turner Warwick yöntemiyle transüretral insizyonu. *SSK 13. Tıp Kongresi, Antalya.* SSK Gn. Md. Yayınları No 515. 1988: 471 - 73.