

Topikal üretral anestezi ile yapılan beş yıllık tanısal endoskopi sonuçlarımız

Osman GÜL (*), Özkan POLAT (*), İsa ÖZBEY (**), Hikmet ELMAS (***),
Yılmaz BAYRAKTAR (****)

ÖZET

Mesane ve üretraya ait patolojilerin tanısında üretero-sistoskopi en önemli yöntemdir. Lokal anestezi ile mi, yoksa genel anestezi altında mı yapılmasının daha doğru olduğu tartışmalıdır.

Bu çalışmada, 1990-1995 yılları arasında topikal üretral anestezi ile üreterosistoskopi yapılan 1104 hastanın retrospektif analizi sunulmuştur. Yaş ortalaması 43.9 (25-90) olan hastaların 850'si erkek, 254'ü bayandı. Uygulama genital temizliği takiben üretral meadan % 2'lik lidokainli jel enjekte edip, penisi 5 dakika klempledikten sonra 17 F, 21 F veya 23.5 F rijit sistoskoplardan biri ile yapılmıştır. Benign prostat hiperplazisi (BPH), mesane tümörü tanısı ya da tedavi sonrası kontrol, vezikovaginal fistül, mesaneye dıştan bası, mesane boynu kontraktürü, üriner inkontinans, üretra darlığı, üretra tümörü ve kronik prostatit tanılarıyla 625 hastaya üreterosistoskopi girişiminde bulunulmuştur.

Ayrıca 41 hastada hemoraji, sistoskopun mesaneye geçmemesi ya da hastanın tolere edememesi nedeniyle işlem başarılı olmamıştır. Hastaların 371'ine tanısal amaçlı üretral kateterizasyon uygulanmış ve retrograt pyelografi (RGP) çekilmiş ve geri kalan 67 hastada ise double J (DJ) stent yerleştirilmesi, alınması ya da değiştirilmesi işlemi uygulanmıştır. Mesane tümörü olan 32 hastadan aynı anda biyopsi alınmıştır. Kontrol sistoskopisi yapılan 71 hastanın 26'sında tümör nüksü gözlenmiştir. 42 hastada işlem esnasında insidental patolojiler tesbit edilmiştir.

Operasyon hazırlığı ve hospitalizasyon gerektirmemesi, genel anestezi riski taşımaması gibi avantajları olmasına rağmen lokal anestezi ile üreterosistoskopi, hastalar tarafından zor tolere edilen bir işlemdir.

Anahtar kelimeler: Sistoskopi, lokal anestezi

SUMMARY

Our five-year diagnostic endoscopic studies performed with topical urethral anesthesia

Urethro-cystoscopy is one of most important diagnostic method for diagnosis of pathologies of urethra or bladder. In this study, retrospective evaluation of 1104 patients undergone urethro-cystoscopy with topical urethral anesthesia between 1990-1995. The mean age of the 850 male and 254 female patients were 43.9 (25-90). The application was performed with the administration of with 2 % lidocaine gell following genitalsterilisation and 17, 21 or 23.5 F cystoscop was inserted after waiting for 5 minutes. Urethro-cystoscopy was performed on 625 patients with the diagnosis of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), bladder tumor diagnosis or control after treatment, vesicovaginal fistula, outer pressure to the bladder, bladder stone, contracture of the bladder neck, urinary incontinance, chronic prostatitis, urethra tumor and urethral stricture.

In 41 patients the procedure failed due to hemorrhages, cystoscopy's not passing to bladder or intolerance of the patients. In the remaining 371 patients, ureteral catheterisation was applied with the purpose of diagnosis, and 67 patients Double j (DJ) stent was placed, changed or removed. Biopsy was instatenously taken from the 32 patients with bladder tumor. In 71 patients to whom cystoscopy was applied with the purpose of controlling after treatment of bladder tumor recurrence was observed in 26 patients. Though it has advantages such as operation preperation and unnecessary hospitalisation and bearing no risk of general anesthesia, local anesthesia with urethro-cystoscopy is a procedure accepted with difficulty by the patients.

Key words: Cystoscopy, local anesthesia

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

(**) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

(***) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Asist. Dr.

(****) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Prof. Dr.

GİRİŞ

Alt üriner traktusa (mesane ve üretra) ait patolojilerin değerlendirilmesinde en önemli tanı yöntemi üretero-sistoskopidir. Mesane ve üretra

tümörleri, taş, ülser, üreter orifislerine ait konjenital anomaliler bu işlemle tanımlanabilir. Aynı anda tümör biyopsisi alınabilir ve koaterizasyon uygulanabilir. Ayrıca üretral kateterizasyon uygulanarak üretral obstrüksiyonların tanı ve tedavisi yapılabilir, bu kateterden o böbreğe ait separe idrar toplanabilir. Metilen mavisi verilerek sistoskopi esnasında üreter orifisleri gözlenerek veziko-üreteral reflü (VUR) araştırmasında yapılabilir ⁽¹⁾.

İşlem önceden hastaya ayrıntılı olarak anlatılmalı ve onayı alınmalıdır. Hastanın endişesinin azaltılması için 35-40 dakika önceden İM. Diazem yapılmalıdır. Ateş, kanama diyatezi ve akut üriner enfeksiyon bulunmamalıdır ^(2,3). Sistoskopi hem lokal hem de genel anestezi altında uygulanabilir. Hangisinin daha avantajlı olduğu tartışılmaktadır. Bu çalışma kliniğimizce 1990-1995 yılları arasında hospitalize edilmeden, topikal üretral anestezi ile üretro-sistoskopi yapılan 1104 hastada değerlendirilmiştir.

MATERYAL ve METOD

Yaş ortalaması 43.9 (25-90) olan 1104 hastanın 850'si erkek 254'ü bayandı. İşlem öncesi sistoskopi seti (17 F, 21 F, 23.5 F rijit panendoskoplar, yönlendirici ve 0, 30, 70 derece optikler) steranos % 2 NG ile steril edilmiş mayide 30 dakika bekletildi. Aydınlatma Kaltlicht-Fontene 482 marka soğuk ışık kaynağı ve kablo ile yapılmıştır.

İşlem ürolojik endoskopi masasında uygulanmıştır. İşlemden 1 saat önce antibiyotik profilaksisi uygulanmış ve 30 dakika öncede hastalara 5 mg Diazem İM. yapılarak hafif sedasyon sağlanmıştır. Hastalar masaya alındıktan sonra genital bölge ve perine % 10 povidon-iodin ile boyanmıştır. Bundan sonra % 2 lidokainli jel üretral mediadan özel aplikatörü ile uygulanmış, penis 5 dakika klemlendikten sonra uygun kalibrasyonda rijit sistoskopa (17 F, 21 F veya 23.5 F) işlem uygulanmıştır. Görüntü niteliği için % 0.9 NaCl içeren 3 lt'lik mayiler kullanılmıştır. Üreteral kateterizasyon için 5 F üreter kateteri, double J stent olarak da 7 F stent kullanılmıştır.

SONUÇLAR

Benign prostat hiperplazisi (BPH), mesane tümörü tanısı veya tedavi sonrası kontrol, mesane taşı, mesane boynu kontraktürü, vezikovajinal fistül, üriner inkontinans, üretra darlığı, üretra tümörü ve kronik prostatit tanılarıyla 625 hastaya üretro-sistoskopi yapılmıştır (Tablo 1). Kırk bir hastada hemoraji nedeniyle görüş sağlanamaması, sistoskopun mesaneye geçmemesi veya hastanın tolere edememesi nedeniyle işlem başarısız olmuştur (Tablo 2). Diğer hastaların 371'ine tanısal amaçlı üreteral kateterizasyon

Tablo 1. Üretro-sistoskopi endikasyonları

Patoloji	n	%
BPH	217	34.72
Mesane tümörü	236	37.76
BPH+mesane tümörü	48	7.68
Vezikovajinal fistül	16	2.56
Mesaneye dıştan bası	12	1.92
Üriner inkontinans	8	1.28
Mesane taşı	18	2.88
Mesane boynu kontraktürü	12	1.92
Üretra tümörü	3	0.48
Üretra darlığı	12	1.92
Kronik prostatit	43	6.88
Toplam	625	100

Tablo 2. Başarısızlık nedenleri

Neden	n	%
Hemoraji	8	19.51
Sistoskopun mesaneye geçmemesi	12	29.26
Hastanın tolere edememesi	21	51.26
Toplam	41	100

Tablo 3. Üreteral kateterizasyon endikasyonları

Patoloji	n	%
Renal taş	67	18.05
Renal afonksiyon	60	16.17
Hidronefroz	62	16.71
Üreter taşı	65	17.52
Üreteropelvik darlık (UP)	42	11.32
Üreterovezikal darlık (UV)	7	1.88
Renal tümör	8	2.15
Üreter tümörü	2	0.53
Kronik renal yetersizlik	22	8.35
Komplet anüri	31	8.35
Hematüri (tetkik)	5	1.34
Toplam	371	100

Tablo 4. İnsidental patolojiler

Patoloji	n	%
Mesane tümörü	12	28.57
Mesane divertikülü	9	21.42
Mesane taşı	8	19.04
Üreter orifis anomalisi	6	14.28
Ciddi mesane ödemi	4	9.52
BPH	3	7.14
Toplam	42	100

yon uygulanmış ve retrograd pyelograf (RGP) çekilmiştir (Tablo 3).

Yine 67 hastaya da double J stent (DJ) yerleştirilmesi, alınması ya da değiştirilmesi işlemi uygulanmıştır. Sistoskopi esnasında 32 hastadan mesane biyopsisi alınmıştır. Mesane tümörü tedavisi sonrası kontrol sistoskopisi yapılan 71 hastanın 26'sında tümör nüksü tesbit edilmiştir. 42 hastada insidental bulgu olarak BPH, mesane tümörü, mesane taşı, üreter orifis anomalisi, mesane divertikülü ve ciddi mesane ödemi tespit edilmiştir (Tablo 4). Vezikovaginal fistül nedeniyle sistoskopi yapılan 16 hastanın 11'inde fistül tesbit edilebilmiştir.

TARTIŞMA

Endoskopik tanı ve tedavi yöntemleri ürolojik cerrahide yeni bir çığır açmıştır. İlk defa 19. yüzyıl sonlarında klinik kullanıma giren sistoskopik muayene, ürologlar için bir sır niteliğinde olan birçok önemli patolojinin tanımlanması ve minimal invaziv yöntemlerle tedavi edilmesine önayak olmuştur ⁽³⁾. Bugün artık endoüroloji bir bilim dalı, aynı zamanda yeni bir ufuktur.

Sistoskopik muayene için henüz yaygın olarak rijit sistoskoplardan kullanılmaktadır ^(1,4). İdeal olan ise daha kolay uygulanan, iyi tolere edilebilen ve daha ayrıntılı görüntü ve tarama imkanı sağlayan fleksibl fiberoskoplarla sistoskopi yapılmasıdır ^(5,6,7). Yine şartlar uygunsa ideal

olan bu işlemin genel anestezi altında uygulanmasıdır. Ama bunun rutin imkanının olmaması, ekonomik olmaması ve genel anesteziye ait riskleri içermesi, operasyon hazırlığı gerektirmesi, işlem sonrası takip için hospitalizasyon zorunluluğu ve kardiyopulmoner kontrendikasyonu olanlarda uygulanamaması gibi önemli dezavantajları vardır.

Bundan dolayı bizim de hastalarımıza uyguladığımız gibi bugün yaygın olarak uygun dizayn edilmiş bir odada topikal anestezi ile işlem uygulanmaktadır. Lokal anestezi ile uygulamanın ise hastaların işlemi çok zor tolere etmesi, rahat ve net bir görüntünün sağlanamaması ve ne kadar özen gösterilse de yeterli bir sterilizasyon sağlanamaması dezavantajlarıdır ⁽⁴⁾. Tedavi amaçlı endoskopik girimler için bu yöntem uygun değildir.

Sonuç olarak, operasyon hazırlığı ve hospitalizasyon gerektirmemesi, genel anestezi riski taşımaması gibi avantajları olmasına rağmen lokal anestezi ile üretrosistoskopi, hastalar tarafından zor tolere edilen bir işlemdir.

KAYNAKLAR

1. Şafak M. Ürogenital sistemin enstrümental muayenesi. In: Anafarta K (eds). Üroloji. Güneş Kitabevi Yayınları, 1990; 87-104.
2. Stoller ML. Retrograd instrumentation of the urinary tract. In: Tanagho EA, Mc Anich JW (eds). General Urology. Lebanon, Saunders Co 1992; 1548-164.
3. Lange PH. Diagnostic and therapeutic urologic instrumentation. In: Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA (eds). Campbell's Urology. Philadelphia, WB Saunders Co 1986; 1:510-38.
4. Özkardeş H, Batislam E, Germiyanoglu C, Karabulut A, Altuğ U, Erol D. Sistoskopinin kazandırdıkları: Lokal anestezi altında yapılan 1533 sistoskopik girişimin analizi ve insidental bulgular. I. Ulusal Endoüroloji Kongresi, Özet Kitabı, 1994; 61.
5. Fowler CG, Badenoch DF, Thakar DR. Practical experience with flexible fiberoscope cystoscopy in out-patients. Br J Urol 1984; 56:518-21.
6. German K, Hasan ST, Derry C. Cystodiathermy under local anesthesia using flexible cystoscope. Br J Urol 1992; 69:518-20.
7. Reddy PK, Hulbert JC. Retrograde pyelogram using the flexible cystoscope. J Urol 1986; 136:1283-1284.

Alındığı tarih:

Yazışma adresi: Dr. Osman Gül, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı 25240, Erzurum