

175 ÜRETRA DARLIĞINDA UYGULANAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

APPLIED THERAPY METHODS OF 175 URETHRA STRICTURES
AND COMPARISON OF THEIR RESULTS

MÜFTÜOĞLU, Y.Z., GÖĞÜŞ, O., KÜPELİ, S., YAMAN, L.S., ERBİL, T., ŞAFAK, M., METO, Ş.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Üretra darlıkları erkeklerde kötü prognozu ve sık nüksü nedeniyle sürekli hekime bağımlılığı gerektiren kronik bir hastalıktır. Uzun yıllardan beri süre gelen çeşitli tedavi arayışları ve uygulamalarına karşın sonuçları halen pek yüz güldürücü olmamaktadır. Kliniğimizde üretra darıklı hastalara önceleri dilatasyon veya retrograd sonda konulması gibi palyatif ağırlıklı yöntemler uygulanmakta iken son yıllarda internal üretrotominin devreye girmeyle söz konusu yöntem; ve daha radikal gibi görünen üretroplasti operasyonları ağırlık kazanmıştır. Bu çalışmamızda son sekiz yılda kliniğimizde yatan 175 üretra darıklı hastada cerrahi tedavi yöntemleri, özellikle üretroplastilerle internal üretrotomiler karşılaştırılacak biçimde sunulmuştur. Yapılan uygulamalarda üretra darlıkları için hernekadar değişik girişimler başlangıçta çok yararlı gibi görünmekte ise de darlığın yeniden nüksetmesi veya değişik problemlerin yeniden ortaya çıkması nedeniyle bunlar içersinde üretroplastinin (henüz 14 vakalık bir seri ise de) daha ümit verici olduğu kanısındayız.

SUMMARY

Urethral stricture is a chronic disease, which often requires dependency on the physician, due to its poor prognosis and frequent recurrence in males. Despite various therapeutical investigations and applications of the disease, the results seem to have been hardly satisfactory yet. In the past some palliative methods, such as dilatation or retrograde sound insertion were applied for the patients in our clinic, but today internal urethrotomy and urethroplasty, apparently more radical. In this study, some surgical therapy methods which were applied to 175 cases with urethral strictures admitted to our clinic during the last eight years have been presented in a manner to compare urethroplasties with internal urethrotomies. We believe that, although various attempts for urethral strictures seem beneficial to the patients in the onset urethroplasty (which we performed for only a series of 14 cases) indeed is still more promising, owing to stricture recurrence of appearance of distinct problems in the other methods.

GİRİŞ

Tarihin ilk çağlarından beri bilinen ve o zamanlardan bu yana çeşitli tedaviler uygulanan üretra darlıkları, özellikle erkeklerde sık nüksü ve kötü prognozu nedeniyle hastayı ve hekimi uzun süre uğraştıran kronik bir hastalıktır. Alınan sonuçlar bütünüyle yüz güldürücü olmadığından tedavi arayışları halen devam etmektedir.

Üretra darlıklarında uygulanacak tedavi; darlığın yeri, sebebi, uzun veya kısa olması, bazı patolojilerle komplike olup olmamasına göre değişir (3, 4, 7, 15, 18). Önceleri dilatasyon, retrograt sonda konulması ve çeşitli diversiyon ameliyatları yapılırken son yıllarda üretroplastiler ve internal üretrotomi uygulamaları ön plana geçmiştir (1, 2, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17). Anabilim dalımızda da üretra darlıklarının tedavisinde çeşitli uygulamalar yapılmış ve 1977'den sonra internal üretrotomi ve üretroplastiler ağırlık kazanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEMLER

1980-1987 yılı Nisan ayları arasında A.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına yatırılarak tedavi edilen 175 üretra darlıklı hastanın retrospektif bir değerlendirilmesi yapıldı. Hastalar yaş, darlık sebebi, darlığın yeri, uygulanan tedavi yöntemleri ve alınan sonuçlar bakımından değerlendirildi. Darlığın sebebi hastaların verdiği anamnez ve çeşitli muayene bulgularına göre tayin edildi. Darlığın yerini tespititte de üretranın sonda veya bujilerle kontrolü, miksiyonel ve özellikle retrograt üretrografi ve gerektiğinde üretroskopi gibi tanı yöntemleri kullanıldı. Üst üriner sistemin fonksiyonel ve anatomik durumunu kontrol etmek amacıyla hastaların büyük çoğunluğunda İ.V.P. yapıldı.

Tablo 1: 175 Üretra Darlığında Yaş Dağılımı

YAŞ	SAYI	%
0-10	7	4
11-20	18	10.2
21-30	35	20
31-40	31	17.8
41-50	24	13.7
51-60	27	15.4
61-70	20	11.5
71-80	12	6.8
81-90	1	0.6
TOPLAM	175	100

Uygulanan tedaviler; hastanın meatotomi, dilatasyon, retrograt sonda konulması, internal üretrotomi ve üretroplastiler şeklinde olmuştur.

Meatotomi; Kircher meatotomisi şeklinde olup lokal anestezi altında yapıldı.

Dilatasyon; özellikle ön üretra darlıkları ile postprostektomik darlıklarda klasik yöntemlerle yapılmıştır.

İnternal üretrotomi; lumbal anestezi altında 21 F Storz ve üretroskopi ve 0 derece optik yardımıyla üretrotom bıçağı kullanılarak genellikle darlık bölgesinde saat 12 hizasından kesilerle gerçekleştirilmiştir. Darlık bölgesinde üretral lümeni tespit için gerektiğinde 3-4 F üretral kateter kullanılmıştır.

Üretroplastilerde; kısa darlıklar için Üretro-üretral anastomoz, bunun uygun olmadığı vakalarda iki seanslı Swinkey ya da Blandy yöntemleri uygulanmıştır.

Postoperatif değerlendirmeler üçer aylık aralarla kontrole çağrılan hastaların miksiyon durumları, şikayetlerinin olup olmaması ve gerektiğinde retrograt üretrografi ve üretroskopi bulgularına göre yapıldı. Tedavinin başlangıcından itibaren bir yıl içerisinde önemli bir miksiyon şikayeti bulunmayan ve incelemelerde belirli bir darlık bulunmayan vakaların sonuçları başarılı olarak değerlendirildi. Yeniden müdahale gerektiren ya da önemli miksiyon şikayeti ile birlikte darlık bulguları olanlar nüks olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların yaşları; 7-85 arasında değişiyordu ve en fazla hasta 21-30 yaş grubunda idi (Tablo I).

Darlık sebebi; 87 (% 49.7) vakada travmatik, 31 (% 17.8) vakada postprostatektomik, 15 (% 8.5) vakada enfeksiyöz, 14 (% 8) vakada iatrojenik idi. 28 (% 16) vakada belirli bir sebep bulunmadı (Tablo 2).

Darlığın yeri; 138 (% 78.9) hastada posterior üretrada, 33 (% 18.9) hastada anterior üretrada ve 4 (% 2.2) hastada da yaygın idi (Tablo:3).

Tablo 2: Darlık Sebepleri

DARLIK SEBEBİ	SAYI	%
Travma	87	49.7
Enfeksiyon	15	8.5
Iatrojenik	14	8
Post Prostatektomik	31	17.8
Diğerleri	5	2.9
Bilinmeyen	23	13.1
TOPLAM	175	100

Tablo 3: Darlıkların Yerleri

DARLIĞIN YERİ	SAYI	%
Ön Üretra		
- Meatus eksternus (5)	33	18.9
- Pendüler üretra (28)		
Arka Üretra		
- Bulbo-mambranöz (79)	138	78.9
- Prostatik üretra (59)		
Ön ve Arka Üretrada Yaygın	4	2.2
Toplam	175	100

112 (% 64) vakada preoperatif üriner enfeksiyon vardı.

Uygulanan tedaviler tablo 5 de gösterilmiştir. Buna göre en çok uygulanan tedavi internal üretrotomi idi.

175 hastanın 86'sına daha önce bir veya birden fazla olmak üzere çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmış, fakat darlık yeniden nüks etmişti. Primer vaka sayısı 89 idi (Tablo 4).

175 üretra darlıklı hastadan 130'u en az 1 yıl süreyle kontrole tabi tutulabilmektedir. Bu 130 va-

kanın son 1 yıl içinde tedavi edilen 24'ü ile definitif üretrostomi ve sistostomi yapılan 4'ü dışında kalan 102'si sonuçlar yönünden değerlendirmeye alınmıştır (Tablo 6). Buna göre basit dilatasyon yapılan 26 vakadan 12'sinde (% 46.1) bir yıl içinde nüks görülmemiş, 14 (% 53.9) vakada ise yeni bir müdahaleyi gerektirecek darlık gelişmiştir. Retrograt sonda konulan 8 vakada başarı oranı % 37.5 dir. İnternal üretrotomi yapılan 55 vakadan başarı 25 vaka ile % 45.5'dur. % 54.5 vakada ise bir veya birden fazla müdahaleyi gerektiren nüksler olmuştur (Şekil 1 ve 2).

Tablo 4: Üretra Darlıklı Hastanın 82'sinde Daha Önce Uygulanan yöntemler

Son Uygulanan Yöntem	Hasta Sayısı	Toplam Müdahale Sayısı					
			Basit dil.	R.Sonda uy.	Üretrotomi	Üretroplasi	Sis. 7
Basit Dilatasyon	7	10	5	4	1	-	-
Retrograd Sonra Uygulama	7	7	-	2	2	-	-
Üretrotomi							
İnterna	57	68	33	12	20	1	2
Üretroplasti	10	10	2	4	3	-	1
Meatotomi	1	1	1	-	-	-	-
TOPLAM	82	96	41	22	26	1	6

Tablo 5: Uygulanan Tedavi Yöntemleri

Uygulanan Yöntem	Sayı	%
Basit Dilatasyon	32	18.2
Retrograd Sonda Uygulaması	17	9.8
Üretrotomi İnterna	104	59.5
Üretroplasti		
- Pubektomi + üretro-üretal anastomoz (2)		
- Üretro-üretal anastomoz (9)	14	8
- İki seanslı uretroplasti (3)		
Meatotomi	4	2.2
Definitif Perineal Üretrostomi	3	1.8
Definitif Sistostomi	1	0.5
TOPLAM	175	100

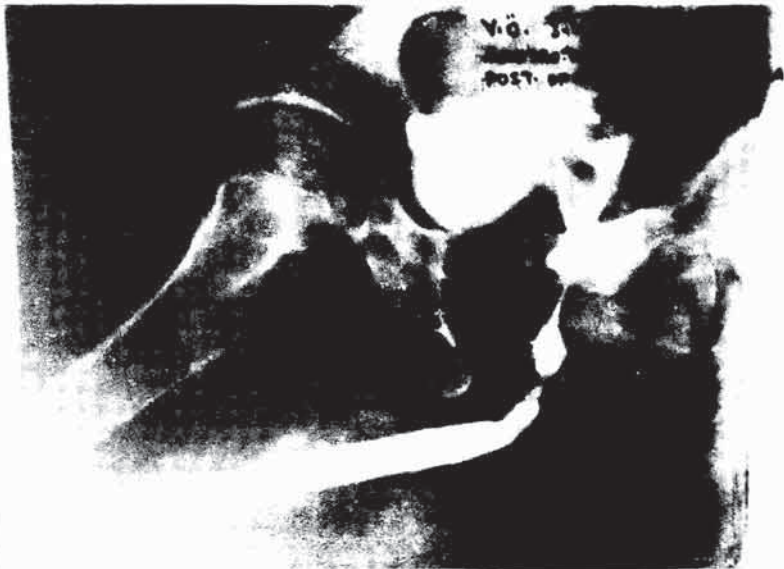
Uygulanan Yöntem	Sonuçlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%
Basit Dilatasyon	12	(% 46.1)	14	(% 53.9)
Retrograd Sonda	3	(% 37.5)	5	(% 62.5)
Üretrotomi İnterna	25	(% 45.5)	30	(% 54.5)
Üretroplasti	8	(% 80)	2	(% 20)
Meatotomi	3	(% 100)	-	
TOPLAM	51	(% 50)	51	(% 50)



İnternal üretrotomi yapılan bir üretra darlığı olgusunun preoperatif ve postoperatif görünümü.

a- Preoperatif grafide bulbö-membranöz üretradaki darlık izlenmektedir.

b- Postoperatif birinci haftada çekilen üretrografide darlık bölgesinin kontrast maddesi ile dolduğu izlenmektedir.



A



Şekil 2: Bir başka ürotrotomi interna olgusu

a- Preoperatif ürotrografide multipl ürotro-kütaneoz fistüller izlenmektedir.

b- Aynı hastanın postoperatif bir ay sonra çekilen grafilinde darlığın ve fistüllerin düzeldiği gözlenmektedir.

B





A

Şekil 3: Üretroplasti yapılan bir üretra darlığı olgusunun preoperatif ve postoperatif grafileri.
a- Preoperatif üretrografide bulböz üretradaki darlık gözlenmektedir.
b- Üretro-üretoral anastomozdan sonra darlığın düzelmiş hali.



B

Üretroplasti yapılan 14 vakadan bir yıl içinde kontrole gelen 10 vakadan 8'inde (% 80) başarı sağlanmıştır. 2 vakada da darlık nüks etmiştir. Bunlardan bir tanesinde kısa bir darlık gelişmiş ve internal üretrotomi ile tedavi edilmiştir (Şekil 3).

Meatotomi yapılan vakalarda nüks görülmemiştir.

Toplam olarak bir değerlendirme yapıldığında; kontrole gelen 102 vakanın 51'inde (% 50) sonuçlar başarılı kabul edilebilir. Buna karşın 51 (% 50) vakada da bir yıl içinde bir veya birden fazla nüksle karşılaşmış ve yeni müdahaleler yapılması gereği doğmuştur.

TARTIŞMA

Üretra darlıkları her yaşta görülebilir, J.J.F. Somerville ve arkadaşları (14) 42 hastalık bir seride yaş ortalamasını 55.4 olarak belirtmektedirler. Vakalarımızda darlıkların en sık rastlandığı yaş grubu 20-40 yaşları arasındadır. Bunda ülkemizde trafik kazaları, düşme, çarpma gibi kazaların daha fazla olmasının rolü olsa gerektir.

Eskiden daha çok enflamatuvar darlıklar görülürken antibiyotiklerin ortaya çıkmasıyla bugün bu tip darlıklara daha az oranda rastlanılmaktadır. Buna karşın travmatik ve iatrojenik darlıklar ön plana geçmiştir. Bizim vakalarımızda travmatik darlıklar yaklaşık % 50 oranındadır. Bunun nedeni de kanımızca ülkemizde çeşitli travmaların çok sık görülmesidir. Holm-Nielsen ve arkadaşları (6) 365 vakalık bir seride iatrojenik darlıkların 133 vaka ile % 59 oranında görüldüğünü belirtmektedirler.

Üretra darlıklarının tedavisinde uygulanacak yöntemin seçiminde hastanın yaşı, darlığın etyolojisi, yeri, uzunluğu, fistül ve divertikül gibi lokal olumsuz faktörlerin bulunup bulunmamasına göre karar verilir (3, 4, 8, 16, 17, 18). En eski tedavi şekli olan üretral dilatasyon bugün için de kabul edilen bir yöntemdir ve özellikle ön uretra darlıkları ile postprostatektomik darlıkların tedavisinde cerrahi girişim öncesi uygun bir seçimdir. Fakat dilatasyonların zorluğu, multipl ve uzun darlıklarda çoğu kez uygulama olanağının bulunmaması ve nüks oranının fazla olması uygulanmasını kısıtlamaktadır. Nitekim bizim vakalarımızda da nüks oranı % 55 civarındadır.

Retrograt sonda konulması sonuçları en başarısız olan yöntemdir ve mecbur kalmadıkça başvurulmamalıdır.

Üretra darlıklarının tedavisinde halen en sık olarak başvuru olan yöntem 1970'lerden sonra popülerize olan internal üretrotomidir. Sachse (13), Mathouschek (10), Johnston ve arkadaşları (8) bu yöntemle % 80'nin üzerinde başarılı sonuçlar aldıklarını bildirmektedirler. Fakat daha sonraları başarı oranlarının bu kadar yüksek olmadığı ve % 50-60 arasında bulunduğu belirtilmektedir (6, 2).

İnternal üretrotomi uyguladığımız 104 hastadan sadece 55'i kontrole gelmiş ve bu 55 vakadan 25'inde (% 45.5) bir yıl içinde herhangi nüks görülmemiştir. Böylece bizde kontrole gelen vakalarda başarı oranı daha düşük görülmekte ise de, kontrole gelmeyen vakalar da gözönüne alınırsa başarı oranının daha yüksek olabileceği düşünülebilir. İnternal üretrotomi kısa ve üretra lümeni tamamen kapanmamış darlıklarda kolay ve çabuk yapılabilmesi bakımından seçkin bir yöntem olarak kabul edilebilir. Fakat postprostatektomik darlıklarda dış sfinkterin tahribi ile inkontinans tehlikesi fazla olduğundan ilk tercih üretral dilatasyon olmalıdır. İnternal üretrotomiden sonra inkontinans 1 vakamızda görülmüştür.

Dilatasyon veya internal üretrotominin yapılmadığı ya da sık nükslerin görüldüğü vakalarda üretroplasti seçkin bir yöntem olarak kabul edilmektedir. 1953'lerde Johanson, 1960'larda Turner Warwick, 1968 de Blandy ve arkadaşları ile daha birçok otorite tarafından geliştirilen çeşitli üretroplasti teknikleri vakaların özelliklerine göre başarı ile uygulanmaktadır. Uygulamalar perineal yoldan yapıldığı gibi arka uretra (özellikle prostatik uretra) darlıklarında transpubik yoldanda gerçekleştirilebilmektedir (1, 2, 5, 7, 12, 14, 15, 16, 17). Webster G.D. ve arkadaşları (18) 100 vakalık bir seride tek ve çift seanslı üretroplasti uygulamalarını ve başarı oranlarının % 91 olduğunu bildirmektedirler. Bizim üretroplasti uyguladığımız 14 vakadan 10'u kontrole gelmiş ve bunlarda tek ve çift seanslı uygulamalardan % 80 oranında başarı sağlanmıştır. Bu sayı bu konuda bir yargıya varmamız için yeterli olmamakla beraber, dilatasyon veya internal üretrotomiye cevap vermeyen vakalarda üretroplastinin önemli bir yeri olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak bir değerlendirme yapıldığında kontrole gelen 102 vakada tedavi sonuçları başarılı kabul edilebilecek vakaların % 50 dir. Bu da üretra darlıklarında yapılan tedavilerden alınan sonuçların bütünüyle yüz güldürücü olmadığını ortaya koymaktadır. Buna rağmen en başarılı sonuçlar üretroplastilerden alınmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- **Allen, T.D.:** The transpubic approach for strictures of the posterior urethra superior to the urogenital diaphragm. *Urologic Clin. North Amer.* 4:94-104, 1977.
- 2- **Allen, T.D.:** The transpubic approach for long urethral strictures. *Brit. J. Urol.* 40:261-267. 1968.
- 3- **Blandy, J.P.:** Urethral stricture and carcinoma. *Urology.* 39:1014-1048. 1976.
- 4- **Couvellaire, R., Cukier, J.:** Chirurgie de l'urethre masculin, Chap. 10:649-693, Nouveau Traite de Technique Chirurgicale, Tome 15 UROLOGIE, Masson Comp, Paris. 1974.
- 5- **Devine, P.C., Horton, C.E., Devine, C.J., Devine, C.J., Jr., Crawford, H.H. and Adomson, J.E.:** Use of full thickness skin grafts in repair of urethral stricture. *J. Urol.* 90:67-69. 1963.
- 6- **Holm, N.A., Schultz, A., Moller, Pedersen, V.:** Direct vision internal urethrotomy. A critical review of 365 operations. *Brit. J. Urol.* 56:308-312. 1984.
- 7- **Horton, C.E., Mc Graw, J.B., Devine, C.J., Devine, P.C.:** Secondary reconstruction of the genital area. *Urol. Clin. North Amer.* 4:133-141. 1977.
- 8- **Johnston, S.R., Bagshaw, H.A., Flynn, J.T., Kelleff, M.J. and Blandy, J.P.:** Visual internal urethrotomy. *Brit. J. Urol.* 52:542-545. 1980.
- 9- **Lipsky, H.:** The use of split skin mesh graft in the management of urethral strictures. *Brit. J. Urol.* 58:174-177. 1986.
- 10- **Mathouschak, E.:** Internal urethrotomy of urethral stricture under vision. A five years report. *Urological Research.* 6:147-150. 1978.
- 11- **Pain, J.A., Collier, D.G., St., J.:** Factor influencing recurrence of urethral strictures after endoscopic urethrotomy: The role of infection and perioperative antibiotics. *Brit. J. Urol.* 56:217-219. 1984.
- 12- **Patil, U.B.:** Long term results of transpubic prostatomembranous urethroplasty in children. *J. Urol.* 136:286-287. 1986.
- 13- **Sachse, H.:** Die Sicht urethrotomie mit scharfan schmitt. Indikation-Technik-Ergebnisse. *Urologe (a).* 17:177-181. 1978.
- 14- **Somerville, J.J.F., Adeyemi, O.A., Clark, P.B.:** Long term result of two stage urethroplasty. *Brit. J. Urol.* 57:742-745. 1985.
- 15- **Warwick, T.R.:** A personal view of the management of the traumatic posterior urethral strictures. *Urol. Clin. of North Amer.*, Vol 4, No: I, III-124, 1977.
- 16- **Warwick, T.R.:** The repair of the urethral strictures in the region of the membranous urethra. *J. Urol.* 100:303-314. 1968.
- 17- **Waterhouse, R.K.:** Transpubic repair of membranous urethral strictures. *Urol. Clin. of Nort Amer.* 4:105-110. 1977.
- 18- **Webster, G.D., Koefoot, R.B., Sihelnik, S.A.:** Urethroplasty management in 100 cases of urethral stricture: A rationale for procedure selection. *J. Urol.* 134:892-898. 1985.