

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNİN TRANSÜRETRAL REZEKSİYON İLE TEDAVİSİ

A TREATMENT OF BPH WITH TRANSURETHRAL RESECTION

DORAN, Ş., BAYDİNÇ, C., HARBİYELİ, F., ERKEN, U., ÖZKEÇELİ, R., TÜRKYILMAZ, R.

Çukurova Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

1972-1989 yılları arasında T.U.R.-P ile tedavi edilen 2185 olgu, retrospektif olarak incelendi. 1972-1976 yılları arasındaki T.U.R.-P sayısı 434, mortalite oranı %0.9; 1976-1983 arasındakilerin sayısı 719, mortalite oranı %2,55; ve 1983-1989 yılları arasında uygulanan 1032 transüretal prostatektominin mortalite oranı %1.7 olarak bulundu. 1972-1989 yılları arasındaki tüm ameliyatlarımızın %21'i T.U.R.-P'dir. Aynı süredeki büyük ameliyatların %30.6'sı T.U.R.-P olup, B.P.H nedeniyle uygulanan prostatektomilerin %95'i T.U.R.-P ile yapılmıştır. Sonuç olarak, T.U.R.-P uygulama sayımızın giderek artmasına karşın, morbidite ve mortalite oranlarımızda artış görülmemiştir. B.P.H. tedavisinde T.U.R.-P'nin en seçkin metod olduğu kanısına varılmıştır.

SUMMARY

2185 TUR-P performed because of BPH between 1972-1989 were evaluated retrospectively. 434 prostatic resections were done between 1972 and 1976 and the mortality rate was 0.9 % from 1976 to 1983, 719 prostatic resections were performed and the mortality rate was 2.55 %. Finally between 1983 and 1989, 1032 resections were performed, mortality rate was 1.7 %. 21 % of all the surgical operations consisted of TUR-P; moreover TUR-P was 30.6% of all major surgical operations performed from 1972 to 1989. It was also 95 % of all prostatectomies done because of BPH. As a result, even though TUR-P is being more and more widely used, there is no rise in its morbidity and mortality. Therefore it is the method of choice in the treatment of BPH.

GİRİŞ

Geçen 50 yıl boyunca benign veya malign nedenlerle oluşan prostatik obstrüksiyonun tedavisinde transüretal prostatektomi (T.U.R.-P) primer metod haline gelmiştir. Kliniğimizde de kuruluşundan bu yana T.U.R.-P yoğun olarak uygulanmaktadır. Daha önceki bildirimlerimiz ve burada sunacağımız seri ile T.U.R.-P'lerimizi üç ayrı dönemde incelemiş oluyoruz. 1972-1976 yılları arası 434 prostat rezeksiyonu %0.9 mortalite (9,12) ile 1976-1983 yılları arası 719 olguda %2.55 mortalite (10) ve 1984-1989 yılları arasındaki 1032 olgudaki mortalite oranımız %1.7 olmak üzere toplam 2185 prostat rezeksiyonu gerçekleştirilmiştir (9,10,11). Bu çalışmada son dönemde yapılan 1032 T.U.R.-P'na ait sonuçlar bildirilmiştir.

İNCELEME METODU

BPH tanısı ile yatırılan olgulara rutin, gerekiyorsa özel tetkikleri yapıldı. Olguların poliklinik hasta izleme kartlarını ve arşivimizde saklı dosyalarını retrospektif olarak inceleyip morbidite, mortalite oranlarını ve nedenlerini; ameliyat sürelerini ve rezeke edilen dokunun ağırlığını kaydettik. Ayrıca klinik kayıtlarımızdaki toplam ameliyat sayısını, büyük ameliyat sayısını ve B.P.H nedeniyle yapılan ameliyatların (açık ve transüretal) sayılarını inceledik. İstatistiki analizlerde χ^2 önem testi uygulandı.

SONUÇLAR

Hastaların ortalama yaşları 67 ve rezeke edilen ortalama doku ağırlığı 29,8 gr'dır. 60 gr. ve daha fazla ağırlıkta doku rezeke edilen olgu sayısı 141 (%13.6) idi. T.U.R.-P için en sık rastlanan

endikasyon prostatizm yakınmaları (kalibre-projeksiyon azalması, dizüri, urgency, noktüri, pollakiüri v.b) olup, %93 olguda mevcuttu. Rezidüel idrar miktarı genellikle üretral kateter ile, bazen ultrasonografi veya postmiksyonel sistogramla belirlendi. Her olguda preoperatif idrar kültürü yapıldı. Hastalarımızın %75'inde ameliyat için birden fazla endikasyon vardı. %27 olguda başka sistem yakınma ve bulgularına rastlanmadı. En sık gördüğümüz problemler; akciğerler %16, gastrointestinal %11, myokard infarktüsü %14, böbrek yetmezliği %8 ve çoğunluğu hipertansiyon olmak üzere %40'da diğer sistem patolojileri idi.

OPERATİF YAKLAŞIM

Ameliyatlarda %69 spinal ve %31 genel anestezi uygulandı. İrrigasyon sıvısı olarak tüm ameliyatlarda yalnızca steril eau distillee kullanıldı. Ortalama rezeksiyon süremiz 42 dakika olup, ortalama rezeke edilen doku ağırlığı 29.8 gr. olarak ölçüldü. T.U.R.-P olgularının %91'i benign ve %9'u prostat Ca. idi. İnfeksiyonu olanlara antibiogramlarına göre ve diğerlerine de profilaktik antibiotik verildi.

Mortalite, postoperatif ilk 30 günde ölen hastalar ve prostat Ca. olan hastalar da dahil edilmesine karşın % 1.7 oranındadır. Yalnızca B.P.H. nedeniyle ameliyat edilmiş olan ve hastaneden taburcu edilmeden ölen 14 hasta ile hesaplanan mortalite ise %1.35'tir. %1.7 mortaliteye yükselten (18 ölümlük) 4 olgunun 2'si prostat Ca. olup diğer 2'si taburcu edildikten sonraki ilk 30 gün içinde bilinmeyen nedenlerle evlerinde ölmüşlerdir. Bu 4 olgu dışındaki 14 olgunun (%1.35) ölüm nedenleri şöyle sıralanabilir: 6 olgu kardiopulmoner yetmezlik (%0.29) ve 1 olgu da hemorajik şok (%0.09). Ameliyat esnasında ölüm görülmemiştir.

Tablo I:

Exitus nedenleri	Bütün vakalara göre		
Sepsis	4 hasta	%22,2	%0.32
ATN	3 hasta	%16,6	%0,29
Hemorajik şok	1 hasta	%5,5	%0,095
Kardiopulmoner yetmezlik	6 hasta	%33,3	%0,58
Prostat Ca	2 hasta	%11	%0,9
Bilinmeyen nedenler	2 hasta	%11	%0,9
Toplam	18 hasta	%100	%1,7

Morbidite 144 olguyu içermektedir. (%13.9). En sık görülen komplikasyonlar; enfeksiyon (32 hastada %3.1), üretral darlık (23 hastada %2,22), erken inkontinans (15 olguda %1.45), transfüzyon gerektiren kanama (14 olguda %1.35), işeyememe (13 hastada %1.25), pıhtı retansiyonu (10 hastada %0.96), sepsis (10 hastada %0.96), perforasyon (11 hastada %1), sürekli inkontinans (9 hasta %0.87), akut tübüler nekroz (7 hasta %0.67) şeklinde sayılabilir. Ameliyat sırasında perforasyon olan 10 olgunun 8'i yalnızca üretral kateter drenajı ile iyileşmişlerdir. T.U.R. sendromu belirtileri (taşikardi, hipotansiyon, bulantı, fenalık hissi, üşüme, titreme) ameliyat süresi 45 dakikayı aşmış olan hastaların 30'unda görülmüştür (%2.9). Diüretik tedavisi ile bu bulgular kısa sürede giderilmiştir. Postoperatif akut tübüler nekroz görülen 7 olguda etiyolojik etmen olarak T.U.R. sendromunu sorumlu tutmaktayız. İki seans T.U.R. uygulanan olgular ve atonik mesane nedeniyle idrar yapamayan ve diğer nedenlerle üretral kateterli olarak taburcu edilen 87 hasta (%8.4) dışında, tüm hastalar postoperatif 2. veya 3. günde üretral kateterleri çıkarılarak taburcu edilmişlerdir.

REZEKSİYON SÜRESİ VE PROSTATIN BÜYÜKLÜĞÜ

Rezeke edilen doku ağırlığı 60 gr. ve üstünde olan ve hemen hepsinde rezeksiyon süresi 45 dakikayı aşan, toplam 141 olgunun ameliyat sırasındaki perforasyon ve transfüzyon gerektiren kanama açısından incelenmesi yapıldığında, bu komplikasyonların oranında artış, dikkat çekicidir. Bu iki komplikasyon için morbidite oranı 141 olguda sırasıyla %3.54 (5 olgu) ve %4.96 (7 olgu) dir. Bütün olgulardaki morbidite ile istatistiksel olarak karşılaştırıldığında yine sırasıyla $P < 0.05$ ve $P < 0.01$ anlamlı olarak bulunmuştur. Akut tübüler nekroz görülen 7 olgunun 3'ü bu grupta idi. 18 hasta postop ex. olmuştur (%1.7).

Morbidite nedenleri

(% 13,9)

Bütün vakalara göre

Morbidite nedenleri	Hasta Sayısı	Oran (%)	Bütün vakalara göre (%)
İşeyememe	13 hasta	%9	%1,25
Transfüzyon gerektiren kanama	14 hasta	%9,7	%1,35
Pıhtı retansiyonu	10 hasta	%6,9	%0,96
Genitoüriner enfeksiyon	32 hasta	%22,2	%3,1
Sepsis	10 hasta	%6,9	%0,96
Erken inkontinans	15 hasta	%10,4	%1,45
Sürekli inkontinans	9 hasta	%6,25	%0,87
Üretral darlık	23 hasta	%15,29	%2,22
Perforasyon	11 hasta	%7,6	%1
Akut tübüler nekroz	7 hasta	%4,8	%0,67
Toplam	144	%100	%13,9

TARTIŞMA

Transüretral prostatektomi sonuçları bildirilen geniş olgu serilerine, 1960'lı yılların başından itibaren literatürde rastlamak mümkündür. Holtgrewe ve Volk 1962'de 2015 olguluk böyle bir seride mortaliteyi %2.5 ve morbiditeyi %18 olarak bildirmişlerdir (5). 1974'te Malchior ve ark. yine ikibinden fazla olguluk bir seride %1.3 mortalite ve %17 morbidite bildirmişlerdir (7). Bu serilerde en fazla ölüm nedeni, başta myokard infarktüsü olmak üzere kardiovasküler nedenler görülmektedir. Yine bu yazarların başta gelen morbidite sorunlarını epididimit, sepsis ve kanama oluşturmaktadır. Fakat yakın literatüre bakıldığında Mebust ve ark.'nın 3885 olguluk serilerinde yukarıda geçen morbidite ve mortalite nedenleri daha düşük düzeyde kalmıştır (6). Bizim şartlarımızda preoperatif sorunların (kardiovasküler hastalık, enfeksiyon, pulmoner ve gastrointestinal problemler) mortaliteyi yükseltmesi beklenir, myokard infarktüsü, orşiepididimit, sepsis, transfüzyon gerektiren kanama gibi nedenlerin morbidite ve mortaliteyi fazla etkilemediğini görüyoruz. Hastalarımızın arasında sepsis %0.96, transfüzyon gerektiren kanama %1.35 oranında görülmüş olup, toplam oranı %3.1 olan tüm genitoüriner enfeksiyonlar arasında orşiepididimit ihmal edilebilir bir düzeyde kalmıştır. Ölüm nedenleri arasında kardiyopulmoner sorunlar (38.8) ve sepsis (%27.7) başı çekmektedir. Fakat bu olguların dosyaları incelendiğinde çoğunda ameliyat öncesi ölüm nedenleriyle ilgili bulguya rastlanılmadı.

Transfüzyon gerektiren kanama yukarıda geçen serilerde ameliyat sırasında veya hemen sonra %2.5-3.7 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca kanama ile büyük prostat (45 gr. dan fazla) ve uzun rezeksiyon süresi (90 dakikadan fazla) arasında bağlantı olduğunu belirtilmiştir (7). Ortalama rezeksiyon süremiz 42 dakika olup, 60 dakikayı genellikle geçmemekteyiz. 90 dakikayı aşan rezeksiyon süremiz hemen hemen yok gibidir. Symphysis pubis ile rezervuardaki su seviyesi arasında 30 cm.'lik yükseklik bulunmakta ve süratli rezeksiyon uygulamaktayız. 50-60 gr.'ı aşacak büyüklükte prostatı olan olgulara, iki seans TUR-P uygulamaktayız. İlk seansta ortalama 45 dakikada ve dokunun ya da yaklaşık olarak 2/3'si rezeke edildikten sonra kanama kontrolü yaparak ameliyatı sonlandırıyoruz. Foley üretral kateterle 4-7 gün dinlendirilen bu hastalarda ikinci seansta 20-30 dakikalık rezeksiyon kalan dokunun tamamının giderilmesine yeterli olmaktadır. Böylece iki seansta uyguladığımız T.U.R.-P ile T.U.R. sendromu riski olan olguları uzamış rezeksiyon süresinden, transfüzyon gerektirecek kanamalardan, sepsisten ve açık cerrahi girişimden korumaktayız. 60 gr.'ın üstünde rezeksiyon uygulanan 141 olgunun 51'ine ikinci seans T.U.R.-P uyguladık. Bu grup hastalarda mortalite görülmedi. %15 morbidite görüldü, nedenler daha öncekilerle aynı idi. Bu nedenlerden T.U.R. sendromu bu gruptaki olgulardan yalnızca 1'inde (%2) gözlenmiş olup mannitol ile tedavi edilmiştir. Benzeri uygulama literatürde tam olmayan rezeksiyon nedeniyle idrar retansiyonuna giren olgulara uygulanmak üzere çok az sayıda bildirilmişse de, bir yöntem olarak belirtilmemiştir.

Profilaktik antibiotik kullanılması konusunda literatürde farklı görüşler vardır. Bazı yazarlar gereksiz, bazıları gerekli olduğunu ileri sürerler (1,2,3,8). Biz idrar kültüründe üreme olmayan olgulara antibiotik verilmemesi şeklinde bir uygulama yapmadık. Hastane ve ülke koşulları göz önünde bulundurularak hastalarımıza genellikle tek antibiotik profilaktik olarak verildi. Daha önce belirtildiği gibi genito-üriner infeksiyon morbidite açısından başta gelen sorunlarımızdan biri olmasına karşın mortaliteyi önemli ölçüde etkilememiştir.

1970'li yıllarda hastaların tümüne olmamakla birlikte ameliyat öncesi, ateşle seyreden genitoüriner enfeksiyonlu hastalara vazektomi uyguladık. 70'li yılların sonlarına doğru vazektomiden vazgeçildi ve 1984-1989 yılları arasında uygulanan T.U.R.'ları içeren bu seride hiç vazektomi yapılmış olmasına karşın, orşiepididimit en az rastlanan morbidite nedenlerimizden biridir. Benzeri uygulama ve sonuçlar dış yayınlarda da görülmüştür (5,7).

Başta belirttiğimiz gibi bundan önceki serilerimiz eski yıllarda rapor edilmiştir. 1976-1983 dönemindeki %2.55'lik mortalitemiz ile bu serimizdeki %1.7'lik mortalite arasındaki fark, çok olumludur. Öte yandan 1972-1976 döneminde kliniğimiz mortalitesi %0.9'dur (9,11). Bunun nedeni kliniğimiz kuruluş safhasında iken T.U.R.'ların hemen hemen hepsinin Dr. Türkyılmaz tarafından gerçekleştirilmesidir. 1976-1983 yılları arasında ise ameliyatlara çoğu asistanlarca yapılmıştır (10). Bu seride sunduğumuz yerleşik düzen dönemimizde ise eğitilmiş personel ve malzeme sorunları büyük ölçüde çözümlenmişti.

Kliniğimizde yapılan ameliyatlarda içinde T.U.R. bütün ameliyatlara %21'ni, büyük ameliyatlara %30.6'sını oluşturmaktadır. Prostatektomiler içinde T.U.R.-P'nin oranı %95'tir. Sonuç olarak, ilerleyen yıllarda has-

ta sayımızda giderek artış olmasına karşın mortalite ve morbiditede düşüş olması kıvanç vericidir. Büyük prostatlarda iki seanslı T.U.R. uygulaması sonuçları olumlu olmuştur.

Transüretral prostatektomi, B.P.H. tedavisinde halen en çok tercih edilen metod olma özelliğini korumaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Gibbons R.P. Stark R.A. Correa R.J. Jr. Cummings K.B. and Mason J.T. The prophylactic use or misuse of antibiotics in transurethral prostatectomy J.Urol. 119: 381, 1978.
- 2- Godwasser B. Bogokomsky B. Notiu O. Sidi A.A. Jonas P. and Many M. Prophylactic antimicrobial treatment in transurethral prostatectomy. How long should it be instituted? Urology. 22: 136., 1983.
- 3- Graben Forsgren A and Hellsten S: The effect of a short antibiotic course in transurethral prostatic resection. Scand J. Urol. Nephrol. 18: 37, 1984.
- 4- Holtgrewe H.L. Mebust W.K., Dowd J.B., Cockets A.T.K., Peters P.C., and Proctor C.: Transurethral prostatectomy: practice aspects of the dominant operation in American Urology J.Urol. 141: 248-253, 1989.
- 5- Holtgrewe H.L. and Valk W.L.: Factors influencing the mortality and morbidity of transurethral prostatectomy a study of 2015 cases. J.Urol. 87: 450, 1962.
- 6- Mebust W.K., Holtgrewe H.L., Cockett A.T.K., Peters P.C. writing committee: Transurethral prostatectomy; Immediate and postoperative complications. A cooperative study of 13 participating institutions evaluation 3885 patients. J. Urol. 141: 243-247, 1989.
- 7- Melchior J. Volk W.L., Foret J.D. and Mebust W.K.: Transurethral prostatectomy computerized analysis of 2223 consecutive cases J.Urol. 112: 634, 1974.
- 8- Nielsen O.S. Maigaard S. Fridmod T., Moller N. and Madsen P.O.: Prophylactic antibiotics in transurethral prostatectomy J. Urol 126: 60, 1981.
- 9- Türkyılmaz R. Ç. Ü.T.F. Üroloji Kliniğinde uygulanan transüretral girişimler C. Ü.T.F. Dergisi Cilt 1 Sayı 4, 1976.
- 10- Türkyılmaz R. Ç. Ü.T.F. Üroloji Kliniğinde uygulanan transüretral girişimler T.Ürol. Derg. Cilt 10 Sayı 1 39-45, 1984.
- 11- Türkyılmaz R., Özkeçeli R., Zırh A.: Ç. Ü.T.F. Üroloji Kliniğinde uygulanan transüretral girişimler. T.Ürol. Derg. Cilt 2- Sayı 3 161-169, 1976.