

REKÜRRENT ANTERİÖR ÜRETRA DARLIKLARINDA KILSIZ PENİL CİLT İLE TURN-OVER ÜRETROPLASTİ SONUÇLARI

THE RESULTS OF TURN-OVER URETHROPLASTY WITH HAIRLESS PENILE SKIN FOR RECURRENT ANTERIOR URETHRAL STRICTURES

ŞAHİN C., ERDEM S., ÖZDEMİR A., ÖNOL Y.,*

ÖZET

Üretral darlıkların tedavisinde basit ve kolay uygulanımının yanısıra çeşitli sonuçları ile internal üretrotomi tedavide ilk seçenek olmaktadır. Bu olgularda uç uca anastomoz, serbest greftler, penil cilt flepi gibi yöntemlerle başarılı sonuçlar alındığı bilinmektedir.

Eylül 1996-Temmuz 1998 yılları arasında anterior üretral darlıklı 7 olguya kılız penil cilt ile turn-over flap üretroplastik tekniği uygulandı. Tüm olgularda darlık ön üretrada idi. Olgularda darlık uzunluğu iki ile dört cm (ortalama 2.7cm) arasında değişmekte idi. 7 olgunun tamamı 3 ile 7 defa (ortalama 4) internal üretrotomiye maruz kalmıştı. 2 olguda geçirilmiş üretritler, 4 olguda ise üretral travma darlıktan sorumlu tutuldu. Bir olguda etyolojik neden bulunamadı. Hastalar üretral darlık, fistül, divertikül gelişimi ve kıl oluşumu yönünden takip edildiler. Beş olguda hiçbir komplikasyon gelişmedi. Bir olguda proksimal anastomoz yerinde fistül, bir olguda ise minimal divertikül ve kıllı üretra gelişti. Hiçbir olguda striktür oluşmadı.

Kılız penil cilt ile turn-over flap üretroplastik tekniğinin, kolay uygulanımı, mükemmel sonuçları ile, üretrotomi sonrası nüks etmiş aşırı fibrozis içeren uzun segmentli ön üretra darlıklarında tercih edilebilir olduğu kanısındayız.

ABSTRACT

Internal urethrotomy is the first choice of the treatment of urethral strictures because it is easy, cheap and effective. But in cases with long segment and excessive fibrosis, the recurrence rates are higher than the simple cases. In these cases, successful results were known with end to end anastomosis, free graft, patch graft and penile skin flap.

Between September 1996 and July 1998 turn-over urethroplasty technique with hairless penile skin was applied on 7 cases with anterior urethral stricture. In these cases the lengths of stricture were changing between 2 and 4 centimeters (average length was 2.7 cm) All of the cases had been undergone internal urethrotomy operation about 3 to 7 times (average was 4). In 2 cases the etiology of stricture was previous recurrent urethritis, urethral trauma in 4 cases. In one case we couldn't find the etiology. Patients were followed about urethral stricture, fistula, diverticula or hair forming. There were no complications in 5 cases. In one case a fistula formation were occurred at the site of proximal anastomosis. And in one case we found a small diverticula and hairy urethra. There was no stricture formation in all cases.

We think that the turn-over urethroplasty technique with hairless penile skin can be the preferred method in anterior urethral stricture with long segment and excessive fibrosis because it can be easily applied and it has successful results.

ANAHTAR KELİMELEER: Üretral striktür,
Üretroplastik

KEY WORDS: Urethral stricture, Urethrop-
lasty.

Dergiye geliş tarihi: 19.12.1998

Yayına kabul tarihi: 16.3.1999

Mareşal Çakmak Asker Hastanesi *Önol Üroloji Merkezi

GİRİŞ

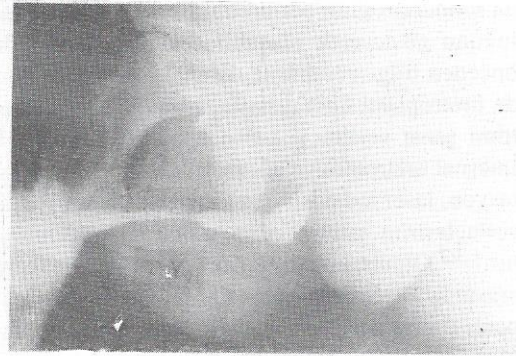
Üretra darlıklarının tedavisinde kolay uygulanımı, tekrarlanabilir olması ve düşük morbiditesi nedeniyle internal üretrotomi halen en sık kullanılan yöntemdir. Tedavide üretral dilatasyon, endospiraller, laser tedavisi gibi yöntemler uygulanmakta ise de internal üretrotominin yerini alamamıştır. Ancak internal üretrotomi uygulanan ve uzun segmentli, periüretral fibrozisin yoğun olduğu olgular, sıklıkla nüks ile sonuçlanmaktadır.^{1,2,3} Bu olgularda üretroplastik kaçınılmazdır. Olguların özelliklerine göre uç uca anastomoz, serbest greft (Cilt, ağız mukozası, mesane mukozası), pediküllü lokal penil veya skrotal cilt ile üretroplastik en sık uygulanan yöntemlerdir.^{4,5} Son iki yıl içerisinde, tekrarlayan internal üretrotomiler sonrası nüks etmiş ve iki cm' nin üzerinde ön üretra darlığı olan yedi olguya kılsız penil cilt ile turn-over flap ile üretroplastik uygulandı ve bu olguların sonuçları tartışıldı.

MATERYAL VE METOD

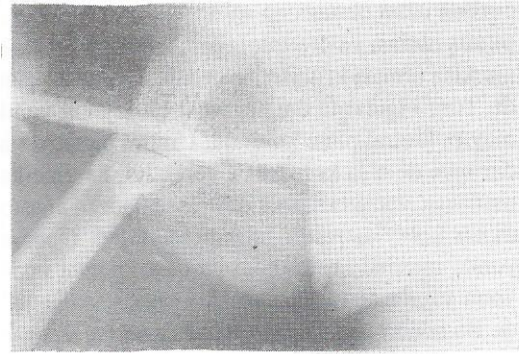
Eylül 1996-Temmuz 1998 yılları arasında yaşları 20-24 (ortalama 21) arasında olan üretral darlıklı 7 olguya penil cilt ile turn-over flap üretroplastik tekniği uygulandı. Tüm olgularda darlık ön üretrada idi. Olgularda darlık uzunluğu iki ile dört cm (Ortalama 2.7 cm) arasında değişmekte idi. İki olguda etyolojik neden belli değildi. Yedi olgunun tamamı daha önce 3 ile 7 defa (ortalama 4) internal üretrotomiye maruz kalmıştı. Tüm olgularda retrograt üretrografi, üretroskopi, idrar analizi, ürografi ve üroflowmetri yapıldı. Olgular regional anestezi altında litotomi pozisyonunda opere edildiler. Operasyonda önce internal üretrotomi ile üretral pasaj sağlanıp mesaneye 18 F iki yollu sonda yerleştirildi. Penoskrotal vertikal bir kesi ile girilerek darlık alanına ulaşıldı. Üretra, da segment boyuna longitudinal açıldı. Üretral plate tüm olgularda korundu. Pediküllü kılsız penil cilt, dar olan üretra üzerine transfer edilerek üretral plate üzerine 5/0 vikril ile yama edildi. Üretral kateter yedi ile onuncu günde çekildi. Hastalar üretral fistül, divertikül, darlık yönünden takip edildiler. Takip süresi 3-16 ay (ortalama 10 ay) oldu.

BULGULAR

Yedi olgunun beşinde hiçbir komplikasyon gelişmedi (Resim 1). Bir olguda proksimal anastomoz yerinde fistül gelişti ve üç ay sonra onarıldı. Bir olguda endoskopide kılı üretra ve retrograt üretrografide minimal divertikül saptandı. (Resim 2) Preoperatif 5-12cc/sn (ortalama 8 cc/sn) olan idrar akımı, postoperatif altıncı ayda 16-22 cc/sn (ortalama 18 cc/sn) oldu. Hiçbir olguda takip süresinde üretral striktür gelişmedi.



Resim 1: Anterior üretral striktürlü bir olgu



Resim 2: Olgunun postoperatif üretrografisi

TARTIŞMA

Geçirilmiş üretritler, yüzyılımızın başında üretral darlıkların en sık nedeni idi. Günümüzde ise trafik kazaları ve endoürolojideki gelişmelere paralel olarak posttravmatik üretra darlıkları ile daha sık karşılaşılmaktadır. 1974 yılından sonra Sachse'nin optik üretrotomiyi bulması ile üretral

darlıkların tedavisinde yeni bir çığır açılmıştır.³ Basit, tekrarlanabilir ve düşük morbiditeli bir girişim olması nedeni ile üretral darlıkların çoğunda ilk uygulanan tedavi seçeneği olmaktadır. Ancak iyi seçilmemiş olgularda üretral darlık bir yıl içerisinde %50 oranında nüks etmekte ve üretral pasajın devamlılığı için tekrarlayan girişimleri gerekli kılmaktadır.^{1,3} Tekrarlayan üretrotomiler ve üretral dilatasyonlar uzun vadede maliyeti artırdığı gibi hastada bıkkınlığa neden olmaktadır. Uzun segmentli, aşırı periüretral fibrozisli olgular sıklıkla nüksle sonuçlanmaktadır. Bu olgularda sonoüretrografi periüretral fibröz doku yoğunluğunu göstererek oluşabilecek nüks hakkında önceden bilgi verebilme üstünlüğüne sahip olsa da üretroplasti öncesi hastaya birkaç kez üretrotomi şansı verilmesi gelenek haline gelmiştir.⁶ İnternal üretrotomiye alternatif olarak balon dilatasyon, laser tedavisi, ürospiraller denenmişse de sonuçlarının tatmin edici olmadığı görülmüştür.^{1,3,7} Olgularımızda darlık uzunluğu 2 ile 4 cm arasında idi. Sadece bulböz üretranın distalindeki penil üretra darlıkları çalışma kapsamına alındı. Olguların tamamı ortalama 4 kez internal üretrotomiye maruz kalmıştı ve üretrotomi sonrası normal miksiyonu sağlama süresi en kısa 20 gün, en uzun iki aydı. Üretroplasti kararı, darlığın iki cm'den uzun olması, en az iki kez üretrotomi yapılmış olması ve üretrotomiler arası sağlıklı sürenin kısa olması kriterleri göz önüne alınarak alındı. Tüm olgularda dar segment eksizyonu yapılmayıp, üretral plate korundu. Üretral plate ne kadar ince de olsa korunması gerektiği, üzerine kapatılacak flap'e mekanik destek sağladığı, anastomozu kolaylaştırdığı bilinmektedir.^{1,4} Operasyonda internal üretromoni ile dar segment insizyonu yapılarak mesaneye 18 F sonda yerleştirildi. Bu sonda, dar segmentli üretranın tam bir mobilizasyonu, dar segmentin proksimal ve distal uçlarının kesin olarak belirlenmesi ve longitudinal üretral insizyonun doğru yapılabilmesi için gerekli görüldü. Üretral plate üzerine yamanacak flap'in genişliğinin doğru tahmin edilmesi, sonradan oluşabilecek divertikül formasyonunu önleyebilir. Tam bir standardizasyon yapmak mümkün olmamakla birlikte 16-18 F bir nelaton sonda üzerinden gerilimsiz yapılacak yamananın yeni üretranın çapı için yeterli olacağı, bir olgumuzda meydana gelen minimal divertikülün flap'in geniş tutulması nedeni ile oluştuğu görü-

şündeyiz. Hiçbir olguda üretral striktür gelişmeyen bir olguda fistül gelişti. Striktür gelişmemesi, anastomoz öncesi en az bir cm kadar sağlam üretra duvarının da dar segmentle birlikte insize edilip hazırlanan flap'in proksimal ve distal uçlarının sağlam üretraya anastomoz edilmiş olması ile açıklanabilir. Fistül komplikasyonu ile nadir karşılaşılmış olması ise; anastomozun yeterli submukozal desteği olan üretral plate yapılmış olması, mukozal kenarların içe inversiyonunu sağlayan submukozal geçişli sütür tekniğinin kullanılmış olması ve sütür hatlarının penil subkutan dokularla örtülmesi ile açıklandı. Üretral meatusa yakın üretral darlıklarda lokal penil cildi kullandık. Ancak bulböz üretranın hemen distalinde darlığı olan bir olguda penoskrotal cilt kullanıldı. Takiplerde bu olguda kılı üretra gelişti. Kılı üretranın henüz sorun teşkil etmediği bu olgu takip edilmektedir. Bu olgularda kılısız sirküler penil cilt ile iyi sonuçların alındığını literatürde görmekteyiz.⁸ Düşük komplikasyon oranı; olguların seçilmiş olması, çok uzun segmentli olmaması, birlikte üretral fistül, kordi gibi deformitelerin bulunmaması ile açıklanabilir.

Sonuç olarak; internal üretrotomiler sonrası sık aralıklarla nüks etmiş iki cm'nin üzerindeki anterior üretral darlıklı olgularda turn-over flap üretroplasti yönteminin, kolay uygulanımı, düşük komplikasyon oranı ile uygulanabilir olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

- 1- Erol, D., Uygur, M. C.: Üretra darlığı, Ürolojide Güncel Konular (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Özen, H., Tekgül, S.) S: 39-50, 1997
- 2- Çal, Ç., Bilgin, M., Keskin, D., Delibaş, M ve Ark: Üretra darlığının tedavisinde internal üretrotominin etkinliği, 15. Ulusal Kongresi, 25-29 Ekim 1998/Antalya, Türk Üroloji Dergisi Kongre Özet Kitabı, 1998
- 3- Göktaş, S., Özgök, İ. Y., Kilciler, M., Erduran, D.: Üretra darlıklarındaki balon dilatasyon sonuçlarımız Türk Ürol. Der., 23: 1, S: 47-52, 1997.
- 4- Wessells, H. Morey, A. F., Jack W. McAninch: Single stage reconstruction of complex anterior urethral strictures: Combined tissue transfer techniques. J. Urol., 157; 4, P: 1271-1274, 1997

ANTERİOR ÜRETRA DARLIKLARINDA ÜRETROPLASTİ

- 5- Carr, L.K., Macdiarmid, S.A. and G. D. Webster: Treatment of complex anterior urethral stricture disease with mesh urethroplasty. J. Urol., 157: 1, P: 104-108, 1997
- 6- Şengör, F., Beysel, M., Tuzluoğlu, D., Erdoğan, K.: Anterior üretra darlıklarının tanısında sono-üretrografi Türk Ürol. Der., 21: 4, S: 341-343, 1995
- 7- Sağnak, L., İmamoğlu, A., Yiğitbaş, O., Kiper, A., Ersoy, H.: Nüks bülber üretra darlıklarının tedavisinde kalıcı stent (Ürolum) uygulaması. Türk Ürol. Der. 21: 4, S: 348-354, 1995
- 8- McAninch J. U.: Uzun üretra darlıklarının rekonstrüksiyonu: Sirküler fasyokutanöz penil flap: Üroloji yillığı (Jay Y. Gillenwater, stuart S. Howards) S. 228-231, 1994