

BİR EĞİTİM KLİNİĞİNDE BİLE TUR-P ALTIN STANDART MI? IS TUR-P GOLD STANDART EVEN IN A TRAINING HOSPITAL?

ÇAŞKURLU T., AKBULUT O.N., ARISAN S., SONER G., DALKILIÇ A., ERGENEKON E.
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, İSTANBUL

ABSTRACT

Objective: TUR-P is universally accepted as the 'gold standard' among surgical options for BPH. In this study, conducted as part of a residency training program under the guidance of consultant urologists, we questioned whether the TUR-P could still be accepted as an effective and reliable technique.

Patients and methods: In the period from 1992 to 1995, a total of 48 patients suffering from BPH were treated with TURP in our clinic and these patients were invited for reevaluation after a mean period of 8.8 years. In this reevaluation, the patients were subjected to detailed history, international prostate symptom score (I-PSS), digital rectal examination, PSA and uroflowmetry. The size of the prostate was measured using transrectal ultrasonography (TRUS) and abdominal USG was used for the detection of postvoiding residual volume.

Results: During approximate follow-up period of 9 years, 14,6% of the patients underwent re-TURP and, furthermore, 25% of them suffered from urethral stricture. One patient developed prostate cancer at the fifth year following TURP and evaluated accordingly.

Conclusion: Taking into consideration the long-term results of TURP, it is concluded that TURP is the best surgical treatment method for BPH, despite the fact that it was carried out by various surgeons and residents who are in urology training program in a teaching hospital. It is furthermore concluded that TUR-P must be included in standard residency training program.

Key Words: BPH, TUR-P, re-TURP

ÖZET

TUR-P evrensel olarak prostat operasyonları arasında altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada birkaç uzman tarafından ve asistan eğitiminin bir parçası olarak yapıldığında TUR-P'nin, etkinliğinin ve güvenilirliğinin devam edip etmediğini araştırmayı amaçladık.

Kliniğimizde 1992-1995 yılları arasında BPH nedeniyle TUR-P yapılan 48 hasta ortalama 8,8 yıllık takip sonucunda tekrar değerlendirilmiştir. Ayrıntılı anamnez, uluslararası prostat semptom skoru (I-PSS) ile skora, parmakla rektal muayene, PSA, üroflowmetri ile bütün hastalar araştırılmış, prostat boyutu ölçümü Transrektal Ultrasonografi (TRUS) ile yapılmış, postmiksyonel rezidü değerlendirilmesinde abdominal USG kullanılmıştır.

Yaklaşık 9 yıllık uzun takip döneminde, hastaların %14,6'sında re-TUR-P gerektiği saptanmıştır. Ayrıca hastalardan 12'sinde (%25) üretra darlığı bulunmuştur. Bir hasta 5 yıl sonra gelişen prostat kanseri nedeniyle bu yönden değerlendirilmiştir.

TUR-P'nin uzun dönem sonuçları göz önüne alındığında, bir eğitim kliniğinde değişik cerrahlar ve uzmanlık eğitimi alan asistanlar tarafından uygulanmasına rağmen BPH'nin cerrahi tedavisinde düşük reoperasyon oranları ile halen en iyi tedavi seçeneği olduğu ve standart asistan eğitimi içinde mutlaka bulunması gerektiği görüşüne varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: BPH, TUR-P, re-TURP

GİRİŞ

Günümüzde BPH için yapılan cerrahi tedaviler arasında TUR-P halen altın standart olma özelliğini devam ettirmektedir¹. Buna rağmen komplikasyonları daha az ve TUR-P kadar etkin yeni yöntem arayışları ise halen devam etmektedir. BPH nedeniyle TUR-P yapılan hastaların kısa dönem takiplerinde işeme semptomlarının % 84-96 arasında düzeldiği saptanmıştır². Bunun yanında uzun dönem sonuçları da memnunkül

vericidir. Ülkemizde ise, uzun dönem takip sonuçlarını ortaya koyan çalışmalar yoktur. BPH'lı bazı hastaların TUR-P sonuçlarından endişe ederek açık prostatektomiye tercih etmeleri, ülkemizdeki geç dönem sonuçları ile ilgili düşük başarı oranlarını akla getirmektedir. Biz bu çalışmamızda, çok operatörlü ve rutin asistan eğitiminin bir parçası olan TUR-P operasyonlarımızın uzun dönem takip sonuçlarını araştırarak, bu soruya cevap bulmayı amaçladık.

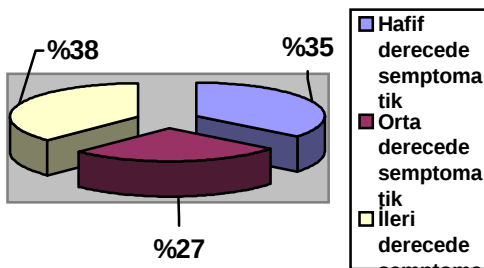
GEREÇ ve YÖNTEM

1992-1995 yılları arasında kliniğimizde BPH tanısı ile TUR-P operasyonu yapılan, yaşları 58 ile 79 (ortalama: 67,4) arasında değişen 230 hastaya mektup ve telefon ile ulaşıldı. Hastalardan sadece 48'i davete cevap vererek tekrar değerlendirmeye katılmayı kabul etti.

Çalışmaya katılan bütün hastaların ayrıntılı anamnezi alındıktan sonra I-PSS, hayat kalitesi (QL) formları doldurularak, alt üriner sistem semptom skorları standardize edildi. Daha sonra hastalara PRM yapıldı. Serum PSA değerleri saptandı. Tam idrar tahlili ve TRUS ile prostat boyutları ölçüldü. Postmiksyonel rezidüel idrar miktarı abdominal USG ile değerlendirildi. Tüm hastalara üroflowmetri yapıp, maksimal idrar akım hızı 10ml/sn'nin altında olan hastalara üreteroskopi uygulandı.

BULGULAR

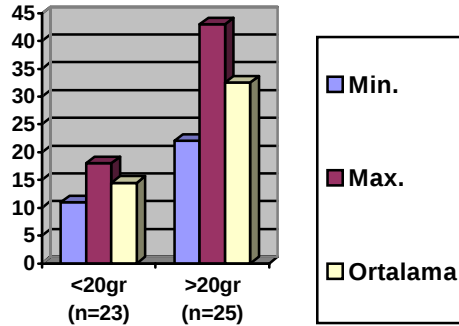
En az takip süremiz 7 yıl, en fazla 10 yıl (ortalama 8,8 yıl) idi. Hastaların %35,5'unda (17 hasta) semptom skoru hafif şiddetli, %27,5'unda (13 hasta) orta şiddetli ve %37,5'inde (18 hasta) kötü idi. Kötü semptom skoru hastaların %66,6'sı (12/18) üretra darlığı gelişen hastalardı. Üretra darlığı 11 hastada pandüler veya bulber üretrada, bir hastada mea seviyesinde idi. Bu hastaların bir kısmında üretra darlığı daha önce tespit edilerek cerrahi tedavi görmüş, bir kısmında çalışmamızda tespit edilerek üretrotomi intern yapılmıştır (Grafik 1).



Grafik 1. Hastaların semptom skorları

PRM değerlendirmesinde 19 hastada (%39,2) prostat silik, 29 hastada ise palpabl durumdaydı. TRUS ile hacim ölçümlerinde prostat hacmi 23 hastada 20 gr'dan azdı. Bu grupta hacim en az 11 gr, en fazla 18 gr idi (ortalama 14,5gr). Yirmibeş hastada ise (%52) prostat hacmi 20 gramın üstünde bulundu. Bu grupta en az hacim

22 gr, en fazla 43 gr idi (ortalama 32,5 gr) (Grafik 2).



Grafik 2. TRUS ile saptanan hacim ölçümleri

Transabdominal USG ve PMR değerlendirmesinde 9 hastada (%18,7) 50cc üzerinde rezidüel volüm mevcuttu. Otuzdokuz hastada (%81,3) rezidüel volüm 50cc altında idi (ortalama 10cc).

Ortalama PSA değeri 4,19 ng/ml olarak bulunan hasta grubunun 38'inde PSA 4ng/ml altında iken, on hastada PSA 4ng/ml den fazla tespit edildi. PSA yüksekliği olan hastalar prostat Ca yönünden değerlendirmeye alındı ve biyopsileri yapıldı. PRM'leri normal olan bu hastalardan hiçbirinde prostat kanseri tespit edilmedi.

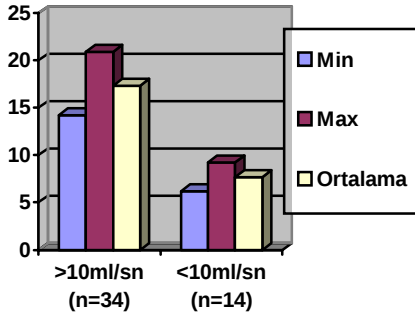
Hastaların işeme hızı üroflowmetri ile değerlendirildiğinde 34 hastada maksimal akım hızı (Qmax) 10 ml/sn üzerinde bulundu. Bu grupta en az 14,2 en fazla 20,9 ml/sn akım hızı (ortalama 17,3) tespit edildi. Ondört hastada ise Qmax 10 ml/sn altında idi. Bu grupta minimal hız 6,2 ml/sn maksimal hız 9,2 ml/sn (ortalama 7,7 ml/sn) idi. Bu grup özellikle orta ve kötü semptom skoru ve üretra darlığı tespit edilen hastalardı. 48 hastada ortalama Qmax 12,2ml/sn olarak saptandı (grafik 3).

Hastaların 7'sinde (%14,6) rest adenom nedeniyle reoperasyon yapılmış, bir hasta ise post-operatif 5. yılda saptanan prostat kanseri nedeni ile yakın izlem protokolüne alınmıştır.

TARTIŞMA

BPH'nın cerrahi tedavisinde altın standart olan TURP'nin kısa dönemdeki sonuçlarına yönelik çok fazla miktarda çalışma olmasına rağmen uzun dönem takip sonuçlarını irdeleyen ça-

lışmalar daha azdır. Bazı retrospektif çalışmaların TURP'nin etkinliği ve güvenilirliği ile ilgili soruları ortadan kaldırmış olduğu savunulsa da çok yaygın olarak uygulanan TURP'nin prospektif olarak iyi tanımlanmış uzun dönem sonuçları hakkındaki çalışmalar azdır.



Grafik 3. Üroflowmetrik bulgular

Nielsen ve arkadaşları 84 hastada yaptıkları çalışmada postop 6. ayda Qmax'ı 17 ml/sn, 12. ayda artmış olarak 19,6 ml/s ve 7 yıl sonraki değerleri ise azalmış olarak 12,2 ml/s olarak buldular³. Ancak 7 yıl sonraki değerlendirmede hasta sayısı sadece 23 idi. Bizim yaptığımız çalışmada ise, ortalama 8,8 yıllık bir süre sonunda 48 hastada ortalama Qmax'ı 12,5 ml/s olarak saptadık.

TURP ile işeme semptomlarının büyük ölçüde düzeldiği ve daha çok obstrüktif semptomların operasyondan yarar gördüğü saptanmıştır⁴. Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi orta ve iyi olan, I-PSS'u hafif ve orta şiddet olanların sayısı 30 (%62.5) QL'i çok kötü ve I-PSS'u çok şiddetli olanların sayısı ise 18 (%37.5) olarak saptandı. Ancak daha ziyade üretra darlığı ve diğer patolojiler gelişen hastalarda I-PSS'u ve QL'sinin kötü olduğu dikkat çekti.

Yapılan birçok çalışmada yıllık re-TURP oranı %2.5 olarak saptanmıştır. J.Aagaard ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 10 yıllık sürede re-TURP oranını %25 olarak saptamışlar⁵, yine P.Coeurdacier ve arkadaşları kendi serilerinde 10 yıllık sürede re-TURP oranını %9-12 olarak bulmuşlardır⁶. Başka bir çalışma da, yine 10 yıllık bir sürede re-TURP oranını %10-25 olarak saptamıştır⁷. Biz ise çalışmamızda re-TURP oranını %14.6 olarak saptadık.

Bir eğitim kliniğinde, bir çoğu asistan olan farklı operatörler tarafından yapılmasına rağmen TURP serimizdeki reoperasyon oranının litareture benzer olduğu dikkati çekti. Olgularımızın önemli bir kısmının uzmanlık eğitimi alan asistanlar tarafından yapıldığı göz önüne alınarak, TURP'nin standart üroloji asistan eğitiminde yer almasının klinik başarıyı ve sonuçları kötü yönde etkilemediği sonucuna varıldı. Ülkemizde hastalar arasında yaygın olan, TUR-P'den kaçınma ve açık operasyonu tercih etme tutumunun objektif bir nedene dayanmadığı düşünüldü.

SONUÇ

Yaptığımız bu çalışma ile ortalama 8,8 yıllık uzun bir takip süresi sonrasında TURP sonuçlarını değerlendirdik ve re-TURP oranını %14.6 olarak saptadık. Özellikle ülkemizde bazı BPH'lı hastaların açık prostatektomiye tercih etmelerinin sebebi olarak, yanlış bilgilendirme yanında, TURP sonrası gelişen üretra darlığı ve diğer patolojileri suçlamanın daha doğru olacağı kanısına vardık.

KAYNAKLAR

- 1- **Gordon NS, Hadlow G, Knight E, Mohan P:** Transurethral resection of the prostate: Still the gold standart. J Urol. 67(7);354-7, 1999
- 2- **Zwergel U, Wullich B, Lindenmeir et al:** Long-term results following transurethral resection of the prostate. Eur Urol, 33(5);476-80. 2000
- 3- **Nielsen KT, Christensen MM, Madsen PO, Bruskewitz RC:** Symptom analysis and uroflowmetry 7 years after transurethral resection of the prostate. J Urol 142:1251-3. 1989
- 4- **Meyhoff HH, Nordling J:** Long term results of transurethral and transvesical prostatectomy. A randomised study. Scand J Urol. 1986;20: 27-9
- 5- **J. Aagaard M, Jonler S, Fuglsig L, et al:** Total transurethral resection versus minimal transurethral resection of the prostate. A 10 year follow up study of urinary symptoms, uroflowmetry and residual volume: British Journal of Urology. 74; 333-336. 1999
- 6- **Coeurdacier P, Staerman F, Corbel L et al:** Can we do better than surgery in the treatment of benign prostatic hypertrophy? Results after 10 years in endoscopic resection and adenomectomy in urination and sexual disorders. Prog Urol 3 (6) 1021-2. 1993
- 7- **Ball AJ, Smith PBJ:** The long term effects of prostatectomy. J Urol. 136:613-16. 1989