

RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİDE BİLATERAL ÜRETERAL KATETERİZASYON İLE POSTOPERATİF 8. GÜNDE SONDA ALIMI

EARLY CATHETER REMOVAL AT 8TH POSTOPERATIVE DAY BY USING ÜRETERAL CATHETERS IN RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY

MİNARECİ S., GÜNLÜSOY B., NERGİZ N., TUNA A., ÇİÇEK S., AYDER A.R.
SSK İzmir Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İZMİR

ABSTRACT

Objectives: The aim of our study was to provide early catheter removal at 8th day after surgery by using intraoperative bilateral ureteral stents in each ureter.

Material and Methods: In between 1996-2001, radical retropubic prostatectomy was done to 74 patients for localized prostate cancer. Urethral catheters were removed at 8th day after the operation in 34 of 74 patients. Mean age value was 61 (range between 47 and 74). Mean follow-up time was 14 months (6-22 months). All patients were staged according to TNM system with digital rectal examination, PSA, TRUS guided biopsy and Gleason scoring. In the operation, after prostate, seminal vasiculos and lymph nodes were excised, ureteral orifices were pointed in bladder. 90 cm 6 Fr ureteral catheters were placed and taken out from urethra. After 20 F Foley urethral catheter was placed, anastomosis sutures were tied. At seventh day after surgery ureteral catheters were withdrawn and urethral catheter was removed at eight day. Cystography was done to observe urinary extravasation.

Results: There was no urinary leakage in 32 of 34 (%94.12) patients. Urethral catheter was replaced in 2 patients and removed at 14th day with extravasation. Complications such as urinary retention, urinoma or pelvic abscess were not seen due to early catheter removal. Wound infection in 2 patients treated with medical care. Patients were followed at 3 months intervals. 5 patients had transient stress incontinence lasting between 3 and 6 month. All patients were continent at 6th month. Maximum flow rate was 14 ml/sec in uroflowmetric examination. Anastomosis stricture was seen in 2 patients (%5.3). Soft dilation and transurethral resection were done to strictures.

Conclusion: Early catheter removal is both possible and confident after radical retropubic prostatectomy. Early removal of urethral catheter did not lead any added complications. Ureter catheters that were placed in operation prevent urinary leakage and pressure and provide confident anastomosis.

Key Words: Localized prostate cancer, radical retropubic prostatectomy, early catheter removal, complications

ÖZET

Bu çalışmanın amacı radikal retropubik prostatektomide, operasyon esnasında her iki üretere kateter yerleştirilerek operasyondan 8 gün sonra üretral kateter alımını sağlamaktır.

Kliniğimizde 1996-2001 yılları arasında lokalize prostat kanseri mevcut toplam 74 hastaya radikal retropubik prostatektomi yapıldı. 74 hastanın 34'ünde üretral kateter cerrahi sonrası 8. günde alındı. Hastaların ortalama yaşı 61 (47-74) idi. Hastalar ortalama 14 ay (6-22 ay) izlendi. Tüm hastalar operasyon öncesi parmakla rektal muayene, PSA, TRUS eşliğinde biyopsi, Gleason skoru sonuçları ile TNM sistemine göre evrelendirildi.

Operasyonda prostat, vesikula seminalis ve lenf nodları çıkarıldıktan sonra üreter orifisleri mesane içinde belirlendi. 90 cm uzunluğunda 6 Fr. üreteral kateter takılarak üretradan çıkarıldı. 20 F Foley üretral kateter yerleştirilerek anastomoz dikişleri kondu. Postoperatif 7.günde üreteral kateterler alındı ve 8.günde üretral kateter çekildi. İdrar kaçağını gözlemek için sistografi yapıldı.

34 hastanın 32'sinde (%94.12) sistografi'de anastomoz kaçağı gözlenmedi. İdrar kaçağı görülen 2 hastada üretral kateter tekrar yerleştirilerek 14.günde alındı. Kateterin erken alımına bağlı üreter retansiyon, ürinoma veya pelvik abse gibi herhangi bir komplikasyon görülmedi. 2 hastada yara enfeksiyonu mevcuttu ve yara bakımı ile tedavi edildi. Hastalar 3'er aylık periyodlarla kontrol edildi. 5 hastada 3-6 ay süren geçici inkontinans gözlemlendi. 6 ay sonunda tüm hastalar kontinandı. Uroflowmetrik incelemede maksimum akım hızı ortalama 14 ml/sn idi. 2 hastada (%5.3) anastomoz darlığı görüldü. Darlık gözlenen hastalara yumuşak dilatasyon ve transüretral rezeksiyon uygulandı.

Radikal retropubik prostatektomi sonrası erken kateter alımı mümkün ve güvenilirdir. Erken kateter alımı ek bir komplikasyona neden olmamaktadır. Yerleştirilen üreter kateterleri idrar sızıntısını ve basıncı önlemekte ve güvenilir bir anastomoz sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lokalize prostat kanseri, radikal retropubik prostatektomi, erken kateter alımı, komplikasyon

Dergiye Geliş Tarihi: 08.01.2003

Yayına Kabul Tarihi: 06.08.2003

GİRİŞ

Radikal retropubik prostatektomi lokalize prostat kanserinin tedavisinde en etkili yöntemdir¹. Operasyondan sonra yerleştirilmesi zorunlu olan üriner kateterin en azından 2 hafta sonra alınması önerilmektedir². Anastamozun iyileşmesini sağlamak için rutin uygulamada üretral kateter 2-3 hafta süreyle kalabilmektedir³. Uzun süreli üretral kateterizasyon hastada huzursuzluk ve anksiyeteye neden olmaktadır. Kateter fazla durduğu sürece üriner enfeksiyon riski artmaktadır. Son zamanlarda rutin uygulamanın dışında üretral kateterin daha erken alınması için çalışmalar yapılmaktadır²⁻⁴. Yapılan çalışmalar özellikle üretral kateterin cerrahi sonrası 8. günde alınması üzerine odaklanmıştır. Erken sonda alımı operasyona bağlı komplikasyonların riskini artırmamaktadır. Yaptığımız bu çalışmada Radikal retropubik prostatektomi sonrası bilateral üreter kateteri yardımıyla post-operatif 8. günde üretral kateterleri çekilen 34 hastanın cerrahi sonuçları ve komplikasyonları incelenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde 1996 ile 2001 yılları arasında lokalize prostat kanseri tanısı alan 74 hastaya radikal retropubik prostatektomi operasyonu uygulandı. Son 34 hastada üretral kateter ameliyat sonrası 8. günde alındı. Hastaların yaş ortalaması 61 (47-74) idi. Hastalar ortalama 14 ay (6-22 ay) izlendi. Tüm hastalar ameliyat öncesi parmakla rektal muayene, PSA, TRUS eşliğinde biyopsi, Gleason skoru sonuçları ile TNM sistemine göre evrelendirildi. PSA değeri ortalama 13.9 ng/ml (7-35.3 ng/ml) idi. Patolojik evreleme sonucunda 12 hasta T2a, 13 hasta T2b, 7 hasta T3a, 2 hasta T3b olarak saptandı.

Ameliyatta prostat, vesikula seminalis ve lenf nodları çıkarıldıktan sonra üreter orifisleri mesane içinde belirlendi. 90 cm uzunluğunda 6 Fr üretral kateterler her iki üretere yerleştirilerek klavuz sonda eşliğinde üretradan çıkarıldı (Resim 1). 20 F foley üretral kateter üreter kateterinin yanından mesaneye yerleştirildi. Mesane boynu oluşturuldu. Mesane boynu ve üretra arasına saat 3, 9, 12 hizasına 3 adet anastomoz sütürü konuldu ve bağlanarak işlem tamamlandı.

Ameliyat sonrası 7. günde üreter kateterleri alındı. Takiben 8. günde üretral kateter alınarak

sistografi çekildi (resim 2). Anastamoz kaçağı gözlenmeyen hastalar taburcu edilirken idrar kaçağı mevcut hastalara tekrar üretral kateter yerleştirildi.



Resim 1. Bilateral üreter kateterinin DÜSG'deki görünümü

Hastalar 3'er aylık periyotlarla PSA kontrolünün yanında üroflovetri ile kontrol edildi. Sonuçlar anastamoz darlığı gelişimi ve üriner inkontinans içeren komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. İnkontinans değerlendirmede hasta tarafından kullanılan ped sayısı ve hastanın yakınlmaları esas alındı.

BULGULAR

34 hastanın 32'sinde (%94.12) sistografide anastamoz kaçağı gözlenmedi. İdrar kaçağı gözlenen 2 hastada üretral kateter tekrar yerleştirilerek 14. günde alındı. Kateterin erken alınmasının neden olabileceği üriner retansiyon, ürinoma veya pelvik abse gibi herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. 2 hastada meydana gelen yara yeri enfeksiyonu yara bakımı ve antibiyotiklerle tedavi edildi. 4 hastada postoperatif 15. günde idrar kültürü pozitif idi ve tedavileri ayaktan düzenlendi.

3. ayda üroflovetrik incelemede maksimum akım hızı ortalama 14 ml/sn olarak bulundu. 2 hastada (%5.3) anastamoz darlığı görüldü. Darlık gelişen hastalara yumuşak dilatasyon ve

transüretral insizyon uygulandı. 5 hastada 3-6 ay süren stres inkontinans mevcuttu. Hastalardan 2'si günde 2 ped, diğer 2'si >4 ped kullandıklarını ifade ettiler. 6 aylık süre sonunda tüm hastalar kontinandı.



Resim 2. Üretral kateter alımından sonraki retrograd uretrografi

TARTIŞMA

Radikal prostatektomi sonrası üretral kateterin daha erken alınması ve sondanın neden olduğu sorunları en aza indirmek için operasyon tekniğinde farklılıklar ve küçük değişiklikler yapılabilir. Lepar ve arkadaşları tek bir cerrah tarafından yapılan 184 olguluk radikal prostatektomi serisinde floroskopik sistografik incelemede idrar kaçağı tespit edilmeyen 130 olgunun kateterini 7. günde almışlardır². Hastaların %95.6'sının kateterin erken alınması için çok istekli olduklarını belirtmişlerdir. Yazarlar erken kateter alımının mümkün ve tercih edilebilir olduğunu, komplikasyonlar açısından ek bir risk getirmediğini bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada Santis ve arkadaşları 100 ardışık hastada operasyon sonrası 8-9 günde üretral kateteri almışlardır⁴. Yazarlar idrar kaçağı, pelvik hematoma, rektal yaralanma ve ciddi obezite problemi olmayan hastalarda radikal retropubik prostatektomiden sonra klinik şartlar-

da (sistografi yapılmaksızın) alınabileceğini bildirmişlerdir. Erken kateter alınan hastalarda anksiyetenin azaldığını ve yaşam kalitesinin yükseldiğini gözlemlemişlerdir. Little ve arkadaşları ise 33 olguluk serilerinde operasyon sonrası 3. veya 4. günlerde sistografi çekerek idrar kaçağı olmayan hastaların %82'sinde postop. 5. günde son-dalarını almışlar ve komplikasyon olarak 2 hastada hematüri gözlemişlerdir⁵. Yazarlar hastaların hiçbirinde üriner retansiyon veya anastomoz darlığı gözlememişlerdir. Benner bir çalışmada ekstravazasyon gözlenmeyen 42 hastanın 30'da (% 71.4) ameliyat sonrası 4. veya 5. günde üretral kateteri almışlardır⁶. Akut üriner retansiyon, anastomoz darlığı ve pelvik abse oranları sırasıyla %6.7, %8 ve %3.3 olarak bulunmuştur. Yazarlar erken sonda alınan grup ile 14. günde alınan grup arasında fark gözlememişlerdir.

Yaptığımız çalışmada güvenilir bir şekilde sonda alımını sağlamak amacıyla operasyon esnasında her iki üretere kateter yerleştirdik. Bu sayede böbrekten süzülen idrarın mesaneye gelmeden drene olması sağlanarak anastomoz hattı sıvı basıncında korundu. Ameliyat sonrası 7. günde sistografi çekildikten sonra anastomoz kaçağı gözlenmeyen olgularda üretral kateter 1 gün sonra alındı. 2 hastada hematüri ve 2 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Erken kateter alınan hastalarda üriner retansiyon, ürinom, pelvik hematoma veya abse gibi komplikasyonlar gözlenmedi. 5 hastada 3-6 ay süren stres inkontinans mevcut iken 6 ay sonra tüm hastalar kontinandı.

Anastomoz darlıkları belirgin işeme disfonksiyonuna neden olur ve bu darlıkların oluşumundaki risk faktörleri tam tanımlanmamıştır⁷. Değişik teknikler kullanarak yapılan operasyonlar sonrası darlık oranı %1.3-27 arasında değişmektedir⁸. Darlık nedenleri arasında ameliyat sırasında aşırı kan kayıpları, uzamış anastomoz kaçağı ve geçirilmiş prostat cerrahisi sayılabilir. Nicholas ve arkadaşları radikal cerrahi ile ilgili %9 oranında darlık insidansı bildirmişlerdir⁹. Bass ve Barrett geçirilmiş transüretral rezeksiyon sonrası radikal prostatektomi yapılan olgularda darlık insidansını %5 olarak bildirmişlerdir¹⁰.

Bizim olgularımızda tespit ettiğimiz tedavi gerektiren darlık oranı %5.9'dur. Bu darlıklarda yumuşak dilatasyon ve transüretral insizyon yeterli idi. Darlık oranının düşük yüzdesini erken

sonda alımı ile açıklamak zordur. Dalton ve arkadaşları darlık gelişiminde ekstravazasyon sonucu oluşan lokal doku reaksiyonunun etkili olduğunu rapor etmişlerdir¹.

Erken sonda alımının dışında mesane boynu rekonstrüksiyonu için 3 anastamoz sütürü kullanıyoruz. Radikal prostatektominin öncüsü Walsh 6 adet anastamoz dikişi ile mesane boynu rekonstrüksiyonu önermektedir⁸. Yerleştirdiğimiz üreteral kateterler idrar akımının mesane boynu ve anastamoz'a baskı yapmasını engellemektedir. Bundan dolayı daha fazla sütürün yaratacağı doku reaksiyonu ve ödemi önlemek için daha fazla sütür koymaya gerek duymuyoruz.

Radikal prostatektomi sonrası erken kateter alımı tercih edilebilir ve güvenilirdir. Erken kateter alımı komplikasyon oranını artırmamaktadır. Bizim tekniğimizde yardımcı olarak üreteral kateterler güvenilir bir anastamoz sağlamaktadır. Özellikle anastamoz darlığı açısından uzun dönem takip sonuçlarının değerlendirilmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Dalton PD, Schaffer JA, Garret EJ and Grayheck TJ:** Radiographic assessment of the vesico urethral anastomosis directing early decatheterization following nevresparing radical retropubic prostatectomy. J Urol 141: 79-81, 1989
- 2- **Lepor H, Nieder AM and Fraimen MC:** Early removal of urinary catheter after radical retropubic prostatectomy is feasible and desirable. Urology 58: 425-429, 2001
- 3- **Coogan CC, Little JJ, Bihle R et al:** Urethral catheter removal prior to hospital discharge following radical prostatectomy. Urology 49: 400-403, 1997
- 4- **Santis FW, Hoffman AM and Dewolf CW:** Early catheter removal in 100 consecutive patients undergoing radical retropubic prostatectomy. BJU International 85: 1067-1068, 2000
- 5- **Little S, Bihle R and Foster RS:** Early urethral catheter removal following radical prostatectomy. Urology 46: 429-431, 1995
- 6- **Sauto CA, Telohan C, Sauto JC et al:** Experience with early catheter removal after radical retropubic prostatectomy. J Urol. 163: 865-866, 2000
- 7- **Sunya VB, Pnovat J, Jhansen Karl-Eric and Brown J:** Anastomotic strictures following radical prostatectomy, Risk factors and management. J Urol. 143: 755-758, 1990
- 8- **Lang PH and Reddy PK:** Technical nuance and surgical results of radical retropubic prostatectomy in 150 patients. J Urol 348-352, 1987
- 9- **Nicholas RT, Barry JM and Hodges CV:** The morbidity of radical prostatectomy for multifocal stage 1 prostatic adenocarcinoma. J Urol 117: 83, 1977
- 10- **Bass RB and Barrett DM:** Radical retropubic prostatectomy after transurethral prostatic resection. J Urol 124: 495, 1980
- 11- **Walsh PC:** Anastomotic radical retropubic prostatectomy; in Walsh PC, Retz AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds): Campbell's Urology, 7th edition. Philadelphia: WB Saunders Co. Vol 3: 2565-2588, 1998