

HIPOSPADİYASTA ÖRTÜCÜ FLEP KULLANMADAN YAPILAN TIPU SONUÇLARI

TIPU RESULTS IN HYPOSPADIAS WITHOUT USING COVER FLAP

Hüseyin TARHAN, Faruk KAZANCI, Ayşe UÇAN
Uşak Devlet Hastanesi, UŞAK

ABSTRACT

Introduction: Despite the various methods described for hypospadias which is one of the common genitourinary anomalies, TIPU has been the most preferred technique due to its easy practice and favorable results. In our study, we evaluated the TIPU (tubularized incised plate urethroplasty) results without using cover flap since 2002.

Materials and Methods: The 54 patients operated by using TIPU without cover flap during March 2002 - July 2006 have been evaluated retrospectively. The same technique has been applied to all patients by the same team. Whether there has been a correlation between meatal localization and fistula has been evaluated by using the Fisher exact test.

Results: In our study 54 patients have been evaluated. The mean age of the patients was 6.3, follow-up period 26.4 months and hospitalization period 6.1 days. Post-operative complications were: Fistula formation in 3 patients (5.5%) and meatal stenosis in 4 patients (7.4%). When the correlation between meatal localization and fistula formation was evaluated by means of Fisher's exact test, a statistically meaningful difference was not observed ($p=0.799$). Similarly, no statistically meaningful difference was found between meatal stenosis and meatal localization.

Conclusion: Although the success ratio in Snodgrass procedure, especially in distal hypospadiac patients is shown to be very high, great effort is being shown to reach excellent cosmetic and technical results. The most common complication in this technique is urethrocutaneous fistula which has a rate of 3-16%, and meatal stenosis and fistula accompany each other in most cases. The high rate of success in this technique is the usage of a method copying the natural formation of urethra in the reconstruction of neourethra. In this study we aimed to show that there was no need for cover flap when neourethra was properly constructed with TIPU.

Key words: Hypospadias, TIPU Technique

ÖZET

Sık görülen ürogenital bozukluklardan biri olan hipospadiyas için tarif edilen birçok yönteme karşın, TIPU kolay uygulanması ve iyi sonuçlarıyla en çok tercih edilen teknik olmuştur. Çalışmamızda 2002 yılından bu yana uyguladığımız örtücü flep kullanmadan yapılan TIPU sonuçlarını değerlendirdik.

Mart 2002 - Temmuz 2006 tarihleri arasında örtücü flep kullanmadan TIPU yöntemiyle ameliyat edilen 54 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm hastalara aynı teknik aynı ekip tarafından uygulandı. Mea lokalizasyonu ve fistül arasında korelasyon olup olmadığı Fisher exact testi ile değerlendirildi.

Çalışmamızda 54 hasta değerlendirilmeye alındı. Hastaların ortalama yaşı 6,3 yaş, ortalama izlem süresi 26,4 ay idi. Ortalama yatış süresi 6,1 gün olarak saptandı. Ameliyat sonrası 3 (%5,5) hastada fistül gelişirken, 4 (%7,4) hastada mea darlığı saptandı. Mea yerleşimi ve fistül gelişimi arasında korelasyon Fisher exact testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.799$). Aynı şekilde mea darlığı ve mea yerleşimleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Snodgrass tekniğinde başarı oranları özellikle distal hipospadiyaslarda çok yüksek oranlarda gösterilmesine karşın halen mükemmel kozmetik ve teknik sonuçlara ulaşmak için çaba harcanmaktadır. Bu teknikte en çok karşılaşılan istenmeyen yan etki olan üretrokutanöz fistül oranı %3-16 arasında değişmekte olup, çoğunlukla mea darlığı ve fistül birbirine eşlik etmektedir. Bu teknikteki başarı oranının yüksekliği neoüretre oluşturulurken, üretranın doğal oluşum mekanizmasını taklit eden bir yöntemin kullanılmasıdır. Biz bu çalışmamızda TIPU tekniğinde neoüretre uygun şekilde oluşturulduğunda örtücü flebin gerekli olmadığını göstermek istedik.

Anahtar kelimeler: Hipospadiyas, TIPU

GİRİŞ

Hipospadiyas en sık görülen ürogenital sistem bozukluklarından biridir. Bu sık görülen bozukluk

için yaklaşık olarak 300 civarında cerrahi yöntem tarif edilmiştir. Ancak henüz ideal ve universal bir cerrahi tekniğe ulaşılamamıştır¹. Bununla birlikte,

Dergiye Geliş Tarihi: 03.02.2008

Yayına Kabul Tarihi: 08.08.2008 (Düzeltilmiş hali ile)

HİPOSPADİYASTA ÖRTÜCÜ FLEP KULLANMADAN YAPILAN TIPU SONUÇLARI (TIPU Results in Hypospadias Without Using Cover Flap)

üretal plate'nin anatomik olarak tanımlanmasından sonra hipospadiyas cerrahisinde temelden değişiklikler olmuştur. Bunu sonucu ilk kez Snodgras tarafından 1994 yılında uygulanan TIPU (Tubularized Incised Plate Urethroplasty) tekniği distal ve orta hipospadiyasta en çok tercih edilen teknik olmuştur. Bu teknikte mevcut üretal oluk kullanılarak ve ek cilt flebine gerek kalmadan mükemmel kozmetik ve işlevsel sonuçlar elde edilmiştir². TIPU kolay uygulanabilen ve düşük istenmeyen yan etki oranlarına sahip bir tekniktir. Özellikle distal ve orta penil hipospadiyas olgularında tercih edilen bir teknik olmasına karşın, son zamanlarda bildirilen yayınlarda giderek artan oranlarda proksimal hipospadiyasta kullanılmaya başlanmıştır³⁻⁵.

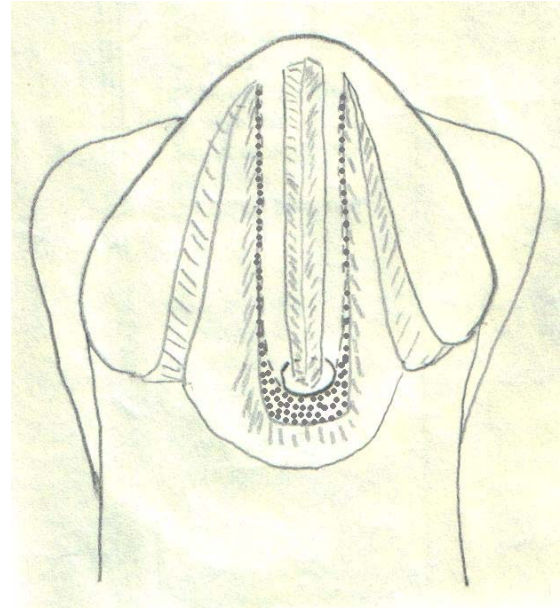
Biz bu yazımızda 2002 yılından bu yana hipospadiyaslı hastalara uyguladığımız örtücü flep kullanılmadan yapılan TIPU tekniği sonuçlarını değerlendirdik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Mart 2002 ve Temmuz 2006 tarihleri arasında örtücü flep uygulanmadan TIPU yöntemiyle ameliyat edilen 54 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşları 6,3'dür (1 yaş-13 yaş). Hastaların mea yerleşimi koronal, subkoronal, distal penil yerleşimliydi. Ayrıca bütün hastalar anestezi sonrası ameliyat öncesi artifisyonel ereksiyonla kontrol edildi ve kordi saptanmayanlara bu yöntem uygulandı. Bütün ameliyatlarda aynı ekip tarafından gerçekleştirildi.

Teknik: Tüm ameliyatlarda genel anestezi altında yapıldı. İşlemin başlangıcında glans ucuna 4/0 ipekle tespit sütürü konularak penis askıya alındı. Daha sonra artifisyonel ereksiyonla kordi olup olmadığı kontrol edildi. Ameliyat esnasında kanamayı azaltmak amacıyla penis köküne aralıklı turnike uygulandı. Kordi saptanan hiçbir olguya modifiye teknik uygulanmadı. Kordi kontrolünden sonra üretal oluğun ortasına, glans ucundan orijinal meanın 4 mm proksimaline kadar uzanan korpus kavernozum seviyesine kadar derinliği olan vertikal bir insizyon yapıldı. 8-10 Fr feeding tüp yerleştirildi ve glans ucundan mevcut meanın 4 mm proksimaline kadar uzanan, oluk ve üretal tabanı içine alan U şeklinde insizyon yapıldı. İnsizyon derinliği üretal kenarlar 8-10 Fr feeding tüp üzerinden gerilimsiz karşılıklı gelecek şekilde uygulandı. Gerilimsiz üretal kenarlarındaki cilt dokusu, neoüretal-

nın kolay invert edilebilmesi için ince bir tabaka halinde makas yardımıyla kesildi (Şekil 1). Aynı işlem doğal meanın 3-4 mm proksimaline kadar uzanan hattaki penis cildi dokusuna uygulandı. (Şekil 2). Feeding tüp yerine mesaneye 8-10 Fr foley kateter konuldu. Ardından 6/0 poliglikolik asit ile 8-10 Fr foley kateter üzerinden tek tek sütürler konularak yeni üretra oluşturuldu. Dorsal prepsiyuma ve penis ventralindeki subkutan dokuya hiç dokunulmadı. Glans kenarları, iki veya tek tabaka halinde 6/0 poliglikolik asit ile tek tek sütüre edildi. Penis cildi de aynı sütürle kapatıldı. Ödem ve hematoma oluşumunu önlemek için silikon sargı kullanıldı.



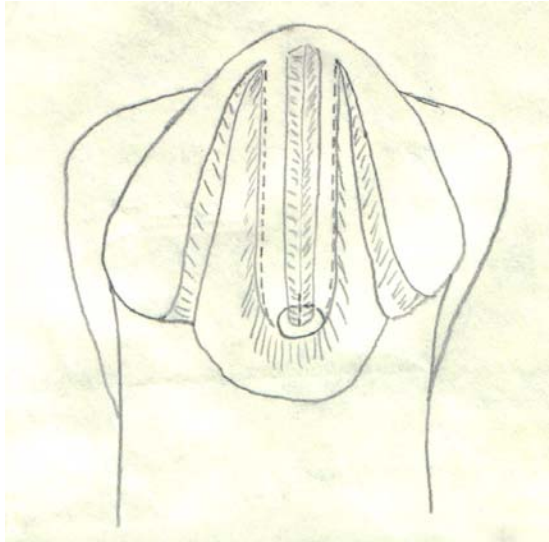
Şekil 1. Gerilimsiz üretal kenarlarından ve doğal meanın 3-4 mm proksimalinde çıkarılan cilt dokusu noktalarla gösterilmiştir.

Tüm hastaların üretal kateteri 14. gün alındı. Kateter alındıktan sonra hastalara miksiyon yaptırılarak işlem kontrol edildi. Daha sonra 15. gün ve 3. ayda kontrolleri yapıldı. Mea yerleşimi ve fistül arasındaki korelasyon olup olmadığı Fisher exact testi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamızda 54 hasta değerlendirilmeye alınmıştır. Hastaların ortalama yaşı 6,3 (1-13 yaş), ortalama izlem süresi 26,4 (3-52) ay idi. Ortalama yatış süresi ise 6,1 (7-15) gün olarak saptandı. Bu

54 hipospadiyas olgusunun mea yerleşimi, 8 olguda distal penil, 28 olguda subkoronal, 18 olguda ise koronal şeklinde idi. Ameliyat sonrası 3 hastada fistül gelişirken, 4 hastada mea darlığı saptandı. Fistül saptanan olgularda mea yerleşimi 1 koronal, 1 subkoronal, 1 distal penil yerleşimliydi. Mea darlığı saptanan olgularda ise; mea yerleşimi 2 subkoronal, 1 koronal, 1 distal penil şeklinde idi (Tablo 1). Mea yerleşimi ve fistül gelişimi arasındaki korelasyon Fisher exact testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.799$). Aynı şekil de mea darlığı ve mea yerleşimleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.



Şekil 2. Gerilimsiz üretra kenarlarındaki ve doğal meadaki cilt dokusu çıkarıldıktan sonraki görünüm

Tablo 1. Olguların mea yerleşimlerinin ve istenmeyen yan etkilerinin dağılımı			
Mea Yerleşimi	Sayı (%)	Fistül (%)	Mea Darlığı (%)
Distal Penil	8 (%14,8)	1 (%12,5)	1 (%12,5)
Subkoronal	28 (%51,8)	1 (%3,5)	2 (%7,1)
Koronal	18 (%33,3)	1 (%5,5)	1 (%5,5)
Toplam	54	3 (%5,5)	4 (%7,4)

Hiçbir olguda girişim gerektirecek ameliyat sonrası kanama saptanmadı. Fistül gelişen 3 olguda da aynı zamanda mea darlığı mevcuttu. Sadece 1 hastada fistülsüz mea darlığı mevcut idi. Bu hastaya meatoplasti yapılırken, fistül saptanan olgular-

dan 2'sine fistül tamiri ve meatoplasti yapıldı. Fistül saptanan hastalardan birinin de ise ilk olarak fistül tamiri denenmiş, ancak başarısız olununca re-do Snodgrass işlemi uygulanmıştır.

Hastalardan istenmeyen yan etki gelişmeyenlerde normal pozisyonda, vertikal yarık şeklinde mea saptanırken, düz hatta idrar yaptıkları görüldü.

TARTIŞMA

Hipospadiyas prevalansı son 30 yıl içerisinde 2 katına çıkmıştır^{6,7}. Hipospadiyas cerrahisinde en başarılı yöntem, mükemmel kozmetik görünümü ve işlevselliği tek seansta sağlayan bir yöntem olmalıdır. Başarılı bir hipospadiyas tamiri, vertikal yerleşimli mea, ereksiyon sonucunda düz bir penis, iyi kapatılmış bir cildi, normal pozisyonda penis ile skrotumu içermelidir¹. Tübularizasyon tekniği bundan 130 yıl önce orijinal şekli ile Thiersch ve Duplay tarafından tarif edilmiştir. Daha sonra zaman içerisinde birçok değişikliği tanımlanmıştır. Ancak en son ve mükemmel şekli Snodgrass tarafından belirlenmiştir. Snodgrass tekniğinin üstünlüğü, üretral rekonstrüksiyonda doğal üretra mukozasının kullanılması ve tek sütür hattının oluşturulmasıdır. Aynı zamanda herhangi bir fistül riskini azaltmak amacıyla vaskülarize subkutanöz flep standart işlem de tanımlanmıştır².

Bu teknikte özellikle longitudinal orta hat insizyonu, neoüretranın oluşturulmasında kullanılan ventral tübularizasyonu kolaylaştırmaktadır. Özellikle üretral plate yapılan derin insizyon hem tübularizasyonu kolaylaştırmakta, hem de orjinaline yakın neoüretra oluşmasını sağlamaktadır. Özellikle üretral tabana yapılan derin insizyonda yara iyileşmesinin, ameliyattan sonra 21 gün içerisinde tam olarak tamamlandığı, iki ayrı çalışma grubu tarafından hayvanlar üzerindeki deneysel çalışmalarda gösterilmiştir^{8,9}. Aynı şekilde Snodgrass da yaptığı histolojik çalışmada üretral tabandaki insizyonun fibrotik veya displastik doku yığılması olmadan bir epitelizasyonun geliştiğini göstermiştir¹⁰. Proksimal üretranın lümeni ile neoüretranın lümen çaplarının arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bizim uygulamamızda doğal üretral mea'nın 4 mm proksimaline kadar uzanan derin vertikal insizyonla, oluşturulan hat ile doğal olan proksimaldeki üretranın çapıyla oluşturulan neoüretranın çapının böylece aynı olmasının sağlandığı düşüncesindeyiz. Ne kadar proksimale gidilirse ve ne kadar

HİPOSPADİYASTA ÖRTÜCÜ FLEP KULLANMADAN YAPILAN TIPU SONUÇLARI (TIPU Results in Hypospadias Without Using Cover Flap)

derin oluk yapılırsa oluşan neoütretra o kadar doğal ya yakın olmaktadır.

Snodgrass tekniğindeki başarının oranları özellikle distal hipospadiyalara göre daha yüksek oranlarda gösterilmesine karşın halen mükemmel kozmetik ve teknik sonuçlara ulaşmak için çaba harcanmaktadır. Bu teknikte en çok karşılaşılan istenmeyen yan etki olan üretrokutanöz fistül oranı %3-16 arasında değişmekte olup, çoğunlukla mea darlığı ve fistül birbirine eşlik etmektedir. Üretroplastik alanın vaskülarizasyonunun iyi olmasının ve vasküler bir fleple örtülmesinin fistül oranını azalttığı birçok çalışmayla gösterilmiştir^{5,11}. Penis dorsalinden veya prepusyum derisinden dartos dokusunun kaldırılması standart teknik olsa da, penil torsiyon, kordi ve deri kaybı gibi potansiyel istenmeyen yan etkilere neden olabilmekte ve rekonstrüksiyon zamanını uzatabilmektedir. Bu düşünceyle Soygür ve arkadaşları ventral tabanlı mukozal yakaları kullanmışlar ve %8,3 gibi bir fistül oranı elde etmişlerdir¹¹. Biz tübularizasyon yapılırken sütürlerin, subepitelyal konmasının ve özellikle tübularizasyona başlama noktası olan doğal üretranın üzerindeki cilt dokusunun alınarak, sütür hattının doğal üretranın 1 mm proksimalden konulmaya başlanmasının fistül oranını azalttığı düşüncesindeyiz. Ayrıca neoüretranın oluşturulacağı gerilimsiz üretra kenarlarındaki cilt dokusunun ince bir tabaka halinde çıkarılmasının sütürasyonu ve inversiyon işlemini kolaylaştırmakta olduğunu düşünmekteyiz. Bu uyguladığımız yöntem sayesinde fistül oranının azaldığı düşüncesindeyiz. Biz bu şekilde uygulanan yöntem sayesinde ayrıca flep konulmasına gerek kalmadığı kanısındayız. Özkuvancı ve arkadaşları da yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada neoüretranın fleple örtülen ve örtülmeyen grupları arasın da fistül oranı açısından birbirine yakın sonuçlar bulmuşlardır. Neoüretra uygun şekilde yapıldığında, ek bir fleple örtülmesine gerek olmadığı düşüncesindedirler¹¹.

İkinci en önemli istenmeyen yan etki olarak karşımıza çıkan mea darlığı, su geçirmez nitelikte yapıldığına inanılan neoütretrada fistül oluşmasına en çok sebep olan istenmeyen yan etki olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok çalışmada mea darlığının fistüle eşlik ettiği gösterilmiştir^{11,13}. Eğer üretral oluğu glansın ucuna kadar değil de orta glansa kadar uzatırken, neoüretra oluşumunu da aynı düzeyde bırakırsanız, mea darlığı oluşmasının önle-

nebileceği birçok çalışmada belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarda olduğu gibi mea darlığı ve fistül 3 olguda birbirine eşlik etmiştir. Fistül saptanan hastalardan birisinde ilk olarak fistül tamiri denenmiş, ancak başarısız olunca yeniden Snodgrass işlemi uygulanmıştır. Esasında fistülün eşlik ettiği mea darlıklarına yeniden Snodgrass yönteminin uygulanması gerektiği düşüncesindeyiz. Ancak fistül tamiri ve meatoplasti yaptığımız iki olguda elde ettiğimiz iyi sonuçlar bu düşüncemizi ertelememize sebep olmuştur.

Unutmamak gerekir ki istenmeyen yan etki oranını azaltan önemli etkenlerden birisi de kateterizasyon süresidir. Bu sürenin uzatılmasının istenmeyen yan etki ihtimalini azaltacağı birçok yazar tarafından kabul edilmektedir. Biz standart olarak bütün hastalarda kateteri 14 gün süreyle tuttuk, aynı zamanda kullandığımız silikon sargı maliyeti yükseltmesine karşın bize çok rahatlık sağlamıştır. Bu cerrahilerden sonra ne kadar az pansuman yaparsanız o kadar az enfeksiyon geliştiği düşüncesindeyiz. Hiçbir hastanın silikon sargısını 1 haftadan önce açmadık, bu bize göre enfeksiyonla hiç karşılaşmamamızdaki etkenlerden birisidir.

SONUÇ

Hipospadiyas cerrahisindeki amaca hizmet eden en önemli teknik olarak karşımıza çıkan TIPU, günümüzde en çok tercih edilen teknik olduğu kadar kolay uygulanabilen de bir tekniktir. Bu teknikteki başarı oranının yüksekliği neoüretra oluşturulurken, üretranın doğal oluşum mekanizmasını taklit eden bir yöntemin kullanılmasıdır. Bu teknik proksimal hipospadiyasta da zaman içerisinde tercih edilen bir yöntem olacaktır. Biz bu çalışmamız da TIPU tekniğinde neoüretra uygun şekilde oluşturulduğunda örtücü flepin gerekli olmadığını göstermek istedik.

Bu çalışma ile ilgili unutmamamız gereken en önemli nokta kontrol grubunun olmamasıdır. Onun için kontrol gruplu çalışmaların gerekli olduğunu ifade etmek istiyoruz. Burada amacımız daha kesin sonuçlara ulaşmak için basamak oluşturmaktır. Kateteri uzun süre tutmanın istenmeyen yan etki oranını azalttığını ifade etmemize karşın, bu durumun daha fazla hasta içeren prospektif çalışmalarla gösterilmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Aynı zamanda hipospadiyas cerrahisinde elinizdeki kumaşı ne kadar efektif kullanırsanız elde edeceğiniz sonuçlar o

kadar iyi olacaktır. Kalan prepisyum derisini, fistül olduğu takdir ikinci seansta kullanmayı diğer tekniklere geçiş açısından bir üstünlük olarak görmekteyiz. Ancak şunu unutmamak gerekir ki başarılı bir hipospadiyas yöntemi sadece az istenmeyen yan etki oranı demek değildir. Aynı zamanda güzel bir kozmetik görünüm demektir bu da ancak prepisyum derisini kullanarak olmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Riccabona M, Oswald J, Koen M, Beckers G, Schrey A, Lusuadi L: Comprehensive Analysis of Six Years Experience in Tubularised Incised Plate Urethroplasty and its Extended Application in primary and Secondary Hypospadias Repair. Eur Urol, 44: 714-719, 2003.
- 2- Snodgrass W: Tubularised Incised Plate of Urethroplasty for Distal Hypospadias, J Urol, 151: 464-465, 1994.
- 3- Snodgrass W, Kolye M, Manzoni G, Hurwitz R, Caldamone A, Ehrlich R: Tubularised Incised Plate Hypospadias Repair: Results of a Multicenter Experience. J Urol, 156: 836-841, 1996.
- 4- Steckler RE, Zaontz MR: Stent Free Thiersh Duplay Hypospadias Repair with the Snodgrass Modification. J Urol, 158: 1178-80, 1997.
- 5- Eliçevik M, Tireli G, Sander S: Tubularised Incised Plate Urethroplasty: 5 Years Experience. Eur Urol 46: 655-659, 2004.
- 6- Dold H: Rise In Prevalence of Hypospadias. Lancet, 351: 770-5, 1998.
- 7- Borer JG, Retik AB: Current Trends in Hypospadias Repair. Urol. Clin North Am, 26: 15-37, 1999.
- 8- Ellsworth P, Schned A, Cendron M: Evaluation of the Healing Characteristics of the Dorsal Incision and Ventral Anastomosis in an Animal Model of Tubularized Incised Plate Uretroplasty. BJU Int, 89: 74-5, 2002.
- 9- Horasanlı K, Cem P, Yeşildere T, Gidemez G, Düzgün O, Haktanır D, Gümüş E, Miroğlu C: The Effect of Catheterization Time on Tissue Regeneration After Deep Urethral Plate Incision. AUA Annual Meeting, Annheim, 2001.
- 10- Snodgrass W, Patterson K, Plaire JC, Grady R, Mitchell M: Histology of the Urethral Plate: Implication for Hypospadias Repair. J Urol, 164: 988-90, 2000.
- 11- Soygur T, Arıkan N, Zümrübaşı AE, Gülpınar O: Snodgrass Hypopadias Repair with Ventral Based Dartos Flep in Combination with Mukozal Collars. Eur Urol, 47: 879-84, 2005.
- 12- Özkuvancı Ü, Karadağ M, Altunrende F, Tefekli A, Rodoplu H, Tok A, Müslümanoğlu A: Sünnetli Hipospadias Olgularında Neoüretra Flep İle Örtülmeli Mi? 18. Ulusal Üroloji Kongresi Özet Kitabı, Antalya, 2004.
- 13- Çaşkurlu T, Yıldız F, Karaman Mİ, Sönmez C, Güney S, Ergenekon E: Distal Hipospadiyas Olgularında TIPU tekniğinin Etkinliği. Türk Üroloji Dergisi, 28: 406-410, 2002.

YORUM:

Yazıda hipospadiyas cerrahisi ve özellikle TIP yöntemi ile ilgili genel uygulama ve görüşlerden ayrılan bazı noktalar dikkati çekmektedir. Yanlış anlaşılmaya yol açmaması için aşağıdaki notların gözden geçirilmesi okuyucu için açıklayıcı olacaktır.

1- Yazıda ameliyat sırasında ventral kurvatur varlığının araştırıldığı ve kurvaturun saptanmadığı olgularda yöntemin uygulandığı belirtilmiştir. Hipospadiyasla birlikte görülen ventral kurvaturların (chordee) büyük çoğunluğu dorsal plikasyon yöntemiyle düzeltilenmektedir. Üretral plağa etkisi olmayan bu uygulama sonrasında TIP yöntemi rahatlıkla kullanılabilir.

2- TIP yönteminin uygulandığı birçok merkezde tek tek konulan dikişler yerine devamlı dikiş kullanılmaktadır. Hangi dikiş tekniği ile su geçirmezliğin sağlanması daha güvenilir olarsa o teknik kullanılmalıdır.

3- Kateterin tutulma süresi olan 14 gün genel uygulamadan çok uzundur. Uzun kateter uygulamasının enfeksiyon riskini artırma, hasta yaşam kalitesini düşürme, bakım güçlüğü oluşturma gibi olumsuzlukları bulunmaktadır. Bununla birlikte yayınlardaki kayda değer çalışmalarda kateterin uzun tutulmasının istenmeyen yan etkileri azalttığı yolunda bilgi bulunmamaktadır. Genel uygulamada kateter 7 gün hatta daha kısa tutulmaktadır.

4- Yine ortalama yatış süresi olan 6 gün genel uygulamaya göre uzundur. Hipospadiyas onarımı birçok merkezde günü birlik uygulanmakta, ya da bir gece hastane izlemi yeterli görülmektedir. Hastanede uzun kalmanın başarıyı artırdığını gösteren çalışma bulunmamakta, tersine bu durumun hastane enfeksiyonları açısından sakıncalı olduğu ve maliyeti artırdığı bilinmektedir.

5- Mea yerleşiminin istenmeyen yan etkiler açısından önem taşıdığı, buna uygun olarak proksimal hipospadiyasta başarının daha düşük olduğu bilinen bir olgudur. Az sayıda olgu ve birbirine çok yakın mea yerleşimi içeren serilerinde yazarların mea yerleşimin istenmeyen yan etki gelişmesinde etkili değildir yorumu dikkatle değerlendirilmelidir.

6- Her ne kadar yazarların belirttiği istenmeyen yan etkiler genel uygulamadan çok farklı değilse de örtücü kat kullanmadan yapılan TIP ameliyatının aynı başarıya sahip olduğunun ortaya konulması aynı özelliklere sahip olguların randomize edildiği kontrollü ve daha fazla olgu sayısı içeren çalışmalarla mümkün olabilir.

7- Yazarların sözünü ettiği silikon sargının tam olarak ne olduğu yazıda belirtilmemiştir. Pansuman sayısının artmasıyla enfeksiyon riskinin artacağı tamamen spekülatif bir ifadedir. Kaldı ki ameliyat sonrası erken dönemde sargının alındığı hastalarda pansumana gerek duyulmamaktadır. Dahası pansuman yapılma gereği varsa uzun süre kateter tutulan hastalarda daha fazla sayıda pansumana gereksinim duyulacaktır. Dolayısıyla uzun süre kateter tutulması yazarların öne sürdüğü pansuman sayısıyla enfeksiyon riski artmaktadır yorumuyla çelişmektedir.

HİPOSPADİYASTA ÖRTÜCÜ FLEP KULLANMADAN YAPILAN TIPU SONUÇLARI
(*TIPU Results in Hypospadias Without Using Cover Flap*)

8- Modern hipospadiyas cerrahisinde amaçlanan mükemmel işlevsel ve kozmetik sonuç eşit önemlidir. Bu nedenle daha sonra oluşabilecek istenmeyen yan etkiler düşünülerek prepisyum kalıntısının penis dorsalinde bırakılması kabul edilemez. Bu sünnet uygulamasının genel geçer olduğu ülkelerde %6 istenmeyen yan etki oranı göz önünden bulundurulduğunda hastaların %94'ünde ikinci bir ameliyat anlamına gelir. Üstelik hipospadiyas onarımı sonrası gelişen istenmeyen yan etkilerin büyük çoğunluğunun düzeltilmesinde prepisyum kalıntısı önemli bir üstünlük sağlamamaktadır. Bunun yerine sünnet olması öngörülen çocukta hipospadiyas onarımı sırasında sünnet yapılmalı, sünnet olması öngörülmeyen çocukta ise prepisyum derisi normal görünüm sağlanacak şekilde rekonstrükte edilmelidir.

Yukarıda sıraladığım noktalar ışığında yazıyı tekrar gözden geçirdiğimde TIP onarımı sırasında üretranın kapatılma şeklinin istenmeyen yan etkilerin ortaya çıkmasında örtücü kat kullanılmasından daha önemli olabileceği sonucunu çıkarıyorum. Diğer yorumların ise çok temkinli değerlendirilmesinin doğru olacağını düşünüyorum.

Saygılarımla,

Dr. Orhan ZİYLAN
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL