

Seçilmiş BHP Olgularında Transüretal Prostat İnsizyonunun Tedavideki Yeri

Ufuk Öztürk*, Muzaffer Eroğlu**, Can Tuynun*, M. Abdurrahim İmamoğlu*,
Ahmet Kiper*

*SSK Eğitim Hastanesi, I.Üroloji Kliniği, Ankara

**SSK İhtisas Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç : Bu çalışmada alt üriner sistem semptomları nedeniyle çeşitli medikal tedavilere rağmen yeterli sonuç alınamayan BPH lı hastalarda transüretal prostat insizyonunun (TUIP) etkinliğini araştırdık.

Gereç ve Yöntem: 31 hastaya TUIP uygulandı, preoperatif ve postoperatif parametreler değerlendirildi.

Bulgular : Hastaların ortalama yaşı 56.5 ve ortalama prostat volümü 41 gr olarak bulundu. Preoperatif maksimum idrar akım hızı ortalama 10.3 ml/sn, rezidüel volümü ortalama 60 cc olan hastaların tedavi sonunda bu değerleri sırasıyla 13.9 ml/sn ve 22 cc olarak tespit edildi. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$). Semptomlarda ise yaklaşık %52 oranında bir düzelme kaydedildi. Postoperatif dönemde üç hastada epididimit, beş hastada retrograd ejakülasyon olduğu gözlemlendi. Beş hastaya ise tedavideki başarısızlık nedeniyle TURP uygulandı.

Sonuç : Sonuç olarak özellikle prostat hacmi küçük olan ve seksüel fonksiyonun korunması gereken genç hastalarda, transüretal prostat insizyonu alternatif bir tedavi olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: BPH, Tedavi, TUIP.

Transurethral Prostate Incision as a Treatment Model in Chosen Patients with BPH

Purpose : In this study we tried to determine the efficacy of transurethral prostate incision (TUIP) in patients with BPH who had unsatisfying results after various medical treatment models for lower urinary tract symptoms.

Materials and Methods : TUIP was applied to 31 patients.

Results : The mean age of patients was 56.5 and the mean prostatic volume was 41 gr . The preoperative mean maximum urine flow rate was 10.3 ml/sec and the mean residual volume was 60 cc. The maximum urine flow rate increased up to 13.9 ml/sec and 22 cc. residual volume decreased to after the operation. The results were statistically significant ($p<0.001$). The cure rate for symptoms was %52. At the postoperative period epididymitis developed in 3 patients and retrograde ejaculation in 5. We applied TURP in 5 patients in whom the treatment model failed.

Conclusions : As a conclusion, we agree that transurethral prostate incision may be an alternative treatment model in symptomatic small benign prostate hiperplasia and in young patients to care the sexual functions.

Key Words: BPH, Treatment, TUIP

Alt üriner sistem semptomlarının en sık rastlanan nedeni benign prostat hiperplazisidir. Elli yaşın üstündeki erkeklerin %25'nin bu hastalık nedeniyle medikal veya cerrahi tedavi görme ihtimalinin bulunduğu bilinmektedir. Son yıllarda BPH'nın cerrahi tedavisinde altın standart kabul edilen TURP'un %7-18 oranında morbidite^{1,2} ve %1 civarında mortalite gibi riskleri olması nedeniyle³ alternatif tedaviler aranması yoluna gidildiği görülmektedir. Medikal tedavilerin ve özellikle selektif alfa-1 reseptör blokerlerinin ürologlar arasında yaygın kabul görmesinin yanı sıra alternatif cerrahi tekniklerin de gün geçtikçe popüler hale geldiğini gözlemlemekteyiz.

Alt üriner sistem semptomlarının BPH haricinde özellikle genç erkeklerde mesane boynu diskinezisi ve TURP sonrası mesane boynu darlığı gibi nedenlerle de olduğu bilinmektedir. Bu gibi seçilmiş bazı hastalıklarda ve özellikle seksüel yönden aktif, genç ve prostat büyümesi nedeniyle semptomatik hale gelen ve medikal tedaviden başarılı sonuç alınamayan hastalarda prostatın transüretal insizyonu en çok taraftar ve uygulanma şansı bulan tekniklerden birisidir.

Yöntem ilk kez Keitzer⁴ tarafından tanımlanmıştır. Orandi⁵ tarafından yaygınlaştırılmasının ardından bir çok merkezde ameliyatın başarısı ve TURP ile karşılaştırılmasına dair sonuçlar bildirilmiştir.

Bu çalışmada aynı ekip tarafından iki ayrı merkezde yapılan 31 TUIP uygulamasının sonuçlarını vermek istiyoruz.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya yaş ortalaması 56.5 olan ve rektal tuşede prostatı grade 1-2 olarak palpe edilen 31 hasta alındı. Hastalardan dördüne daha önceden değişik nedenlerle sonda takılmıştı. Bunlardan ikisi operasyon tarihine kadar daimi sondalı kaldı. Bu iki devamlı sondalı olgu haricindeki diğer tüm hastalarda medikal olarak değişik alfa reseptör blokerleri uygulanmış fakat tatminkar cevap alınamamıştı. Tüm hastalara ayrıntılı bir nörolojik sorgulama ve muayene uygulandı.

Hastalar 49-68 yaşları arasındaydı (ortalama 56.5). Tüm hastalara rutin kan, biyokimya ve idrar tetkiklerini takiben IVP ve postvoiding sistogram, ultrasonografik prostat volüm ölçümü, ürodinamik testler ve sistoskopi uygulandı. Semptomlar IPSS skoruna göre kaydedildi. Tüm hastalar seksüel yönden aktifler. TUIP işlemine genel anestezi altında başlandı. Her iki orifisin hemen altından (saat 5 ve 7 hizalarında) başlanarak verumontanuma kadar özel TUIP loopu ile koagüle edici koter yardımıyla insizyon uygulandı. İnsizyonun derinliği mesanede detrüssör lifleri, prostatta kapsül görülünceye kadar derinleştirildi. İşleme, uygun çapta sonda konularak son verildi. Sonuçlar postoperatif 3. ayda objektif ve subjektif kriterlerle yeniden değerlendirildi. İstatiksel analiz için "paired t" testi kullanıldı.

SONUÇLAR

Hastaların ortalama ultrasonografik prostat volüm değeri 41 gr. olarak bulundu. Bir hastada IVP'de üreterohidronefroz vardı ve bu hastaya bir ay daimi sonda uygulanmıştı. Postoperatif üçüncü ayda yapılan kontrollerde ortalama idrar akım hızı , maksimum idrar akım hızı, residüel volüm parametrelerinde ve IPSS değerlerinde anlamlı düzelmeler olduğu görüldü (Tablo 1). 31 hastanın 20'sinde tatminkar bir cevap elde edildi. altı hasta işleminden fayda görmediğini beş hasta da şikayetlerinin kısmen azaldığını fakat işleminden yeterince memnun olmadıklarını belirtti. Şikayetleri düzelmeyen hastalardan beş kişiye daha sonra TURP uygulandı.

Tablo-1: Ürodinamik parametrelerde ve semptomlardaki değişimler.

| Parametre | Pre operatif | Post operatif | t |
|----------------------------------|--------------|---------------|---------|
| Ortalama idrar akım hızı (ml/sn) | 6.1 | 8.5 | p<0.001 |
| Maksimum idrar akım hızı (ml/sn) | 10.3 | 13.9 | p<0.001 |
| Residüel volüm (cc) | 65 | 25 | p<0.001 |
| IPSS skoru | 19 | 9 | p<0.001 |

Ortalama hastanede yatış süresi (ameliyatın yapıldığı günle sondanın çekilerek taburcu edildiği süre) ortalama 2.5 gün olarak belirlendi.

altı hastada idrar yapamama (% 19.35), beş hastada Retrograd ejakulasyon (%16.12), 3 hastada ağırlı ejakulasyon (% 9.67), üç hastada epididimit (% 9.67) ve bir hastada (% 3.22) mea darlığı gibi komplikasyonlar görülmüştür (Tablo 2).

Tablo-2: TUIP Komplikasyonları

| Komplikasyon | Sayı | Yüzde |
|----------------------------------|------|-------|
| İdrar yapamama(geçici ve kalıcı) | 6 | 19.35 |
| Epididimit | 3 | 9.67 |
| Mea darlığı | 1 | 3.22 |
| Retrograd ejakulasyon | 5 | 16.12 |
| Ağırlı ejakulasyon | 3 | 9.67 |
| Diğer üriner semptomlar | 4 | 12.9 |

Not: Bazı hastalarda birden çok semptom bir aradadır.

TARTIŞMA

Prostatın transüretral insizyonu temel olarak prostatik üretradaki basıncı azaltmaya yönelik bir işlemdir. Şu ana kadar TUIP üzerinde yapılan çalışmalarda hem semptom skoru hemde akım hızını düzelttiğine dair sonuçlar bildirilmiştir. Drago, 30 gramın altında adenomu olan 100 hasta üzerinde uyguladığı TUIP işleminin uzun dönem sonuçlarını yayınladığı bir makalesinde semptomlarda ve idrar akım hızında anlamlı düzelmeler olduğunu göstermiştir.⁶ Yine Sirls ve arkadaşlarının dört yıldan daha uzun bir süre takip ettikleri hastalarda idrar akım hızının arttığını, irritatif semptomların düzeldiğini ve hasta memnuniyeti oranının %67'ler düzeyinde olduğunu belirlemişlerdir.⁷ Orandi toplam 646 hastada, 15 yıl süreyle izlediği hastaların %79 oranında semptomatik yönden iyileştiğini, maksimum idrar akım hızı artış oranının da ortalama %84'ler düzeyinde olduğunu göstermiştir.⁸

TUIP seçilmiş hasta gruplarında böylesine iyi sonuçlar vermesine rağmen, BPH'n standart tedavi olarak kabul edilen TURP ile karşılaştırıldığı bazı çalışmalar

Seçilmiş BHP Olgularında Transüretal Prostat İnsizyonunun Tedavideki Yeri

#

da mevcuttur. Bunlardan Dorflinger ve arkadaşları 60 hastayı TURP ve TUIP grubunda randomize olarak değerlendirmeye almış ve 12 aylık bir takip sonucunda TURP uygulanan hastalarda maksimum idrar akım hızı artış oranının TUIP'e göre daha yüksek olduğunu, semptomlarda ise benzer değişiklikler gözlemlendiğini bildirmişlerdir.⁹ TURP grubunda seksüel şikayetler, özellikle retrograd ejakulasyon hastalar için bir problem teşkil etmektedir. Yine benzer başka bir çalışmada ise kanama, perforasyon ve TURP sendromu gibi komplikasyonların TUIP grubunda TURP grubuna göre çok az görüldüğü, retrograd ejakulasyon oranının ise her iki grupta da eşit olduğu saptanmıştır.¹⁰ Yang ve arkadaşları da yaptıkları kapsamlı bir araştırmada TUIP in TURP a göre daha ziyade küçük prostatlarda tercih edilmesini gerektiğini tesbit etmişlerdir.¹¹

Bizim deneyimlerimiz kısıtlı hasta sayısı ve orta yaş grubu hastalarda uygulanmış olması nedeniyle TURP düşünülen yaş grubundan biraz farklılıklar göstermektedir. Buna karşın hastaların altı tanesi (% 20) işlemten hemen hemen hiç fayda görmediğini ve beş hastaya daha sonra TURP uyguladığımızı görmekteyiz. İşlemden memnun olan ve kısmen şikayetleri düzelen hastaları değerlendirdiğimizde vakaların %80'inde semptomların ameliyat öncesine göre daha iyi durumda olduğu söylenebilir. Üroflowmetrik parametrelerde de tedavi öncesi değerlere göre anlamlı düzelmeler göze çarpmaktadır.

Postoperatif dönemde beş hastada (%15) retrograd ve üç hastada ağırlı ejakulasyon (%10) gelişmesi; işlemin seksüel hayatın kalitesine yönelik olan olumlu düşünceleri sorgular nitelikte görülmektedir. Ancak hiçbir hastada ereksiyon problemi yaşanmamıştır. Yine üç hastada epididimit gelişmesi bu işlemin diğer endoskopik ürolojik girişimlerde olduğu gibi enfeksiyon riski açısından takip edilmesi ve işlem

öncesi uygun profilaksinin yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Bütün bunlara rağmen ameliyat süresinin kısa olması, cerrahi komplikasyonların az görülmesi, deneyimli ellerde lokal anestezi altında da uygulanabiliyor olması ve hospitalizasyon süresinin kısalığı gibi avantajlarını da göz ardı etmemek gerekmektedir.

Küçük adenomlarda ve seksüel yan etkilerden sakınılması düşünülen orta yaş grubu BPH'lı hastalarda TUIP tercih edilebilecek bir yöntemdir. Median lop varlığı işlemin belli başlı en önemli kontrendikasyonlarından birisidir. Seçilmiş hasta gruplarında, medikal tedaviden fayda görmeyen olgularda seçenek olarak düşünülebileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

- 1- Mebust W.K., Holtgrewe HL, Cockett ATK et al: Transurethral prostatectomy : immediate and postoperative complications. A cooperative study at 15 participating institutions evaluating 3885 patients. J Urol. 1989; 141: 243
- 2- Zwergel T, Wullich B, Lindenmeir U, Rohde V, Zwergel T : Long-term results following transurethral resection of the prostate. Eur Urol.1998; 33 (5): 476-80
- 3- Holmon C.D, Wisniewski Z.S, semmens J.B, Rouse L.L, Bass A.J . Mortality and prostate cancer risk in 19.598 men after surgery for benign prostatic hyperplasia. BJU Int. Jul 1999; 84 (1) : 37-42
- 4- Keitzer WA, Cherventes L, Demaculang A: Transurethral incision of bladder neck for contracture. J Urol. 1961; 86: 242
- 5- Orandi A: Transurethral incision of the prostate, J.Urol, 1973; 110:229
- 6- Drago JR: Transurethral incision of the prostate, Urology. 1991; 36:305
- 7- Sirls LT, Ganabathi K, Zimmern PE: Transurethral incision of the prostate: an objective and subjective evaluation of long term efficacy. J Urol.1993; 150:1615
- 8- Orandi A: Transurethral incision of the prostate (TUIP): 646 cases in 15 years. Br J Urol.1985; 57:703
- 9- Dorflinger T, Jensen FS, Krarup T, et al: Transurethral prostatectomy compared with incision of the prostate in the treatment prostatism caused by small benign prostate glands. Scand. J Urol Nephrol. 1992; 26:333
- 10- Soonawalla P, Pardanani DS. Transurethral incision versus transurethral resection of the prostate: A subjective and objective analysis. Br J Urol. 1991; 70:174
- 11- Yang Q, Abrams P, Donovan J, Mulligan S, Williams G : Transurethral resection or incision of the prostate and other therapies. Bju Int. Oct. 1999; 84(6) : 640-5

Yazışma Adresi:

Dr. M.Abdurrahim İmamoglu
Bayındır 2 Sokak 58/5
06650 Kızılay-Ankara
Tel : 312 418 2878
E-Posta : mai2603@superonline.com

#