

# Bulbomembranöz Üretra Darlıklarında Anastomoz Üretroplastisi

**Dr. Vural SAÇAK (1), Dr. İsmail IŞIK (1), Dr. Cumali ERGÜN (2),  
Dr. Gökhan TOKTAŞ (1), Doç. Dr. Erdinç ÜNLÜER (3)**

## ÖZET

1987-1994 yılları arasında SSK İstanbul Hastanesi Üroloji Kliniğinde izlenen bulbo - membranöz üretra darlıklı perineal üretroplastisi operasyonu uyguladığımız 24 hastanın izlem sonuçları yazıldı. Hastaların yaş ortalaması 29 (15-64 yaş) olup, darlık uzunlukları 0.5-2 cm arasındadır. İzlem süremiz ortalama 2.5 yıldır (9 ay - 5 yıl).

**Anahtar Kelimeler:** Üretral darlık, Anastomoz üretroplastisi

## SUMMARY

### **Anastomosis Urethroplasty in Bulbomembraneous Urethral Strictures**

The follow-up results of the 24 patients who have had perineal urethroplasty operation because of bulbous or membraneous urethral strictures at the SSK İstanbul Hospital Urology Clinic from 1987 to 1994 were analysed. Their ages ranged between 15 and 64, with a average of 29 years. The length of the strictures were 0.5 to 2 cm. The mean follow-up was 2.5 years (ranging between 9 months- to 5 years).

**Key Words:** Urethral strictures, Anastomosis urethroplasty.

## GİRİŞ

Üretra darlığı etyolojisinde trafik kazaları başta olmak üzere tüm kazalar birinci sırayı alır. Üretral kateter uygulanması ve kronik üretritler diğer faktörlerdir. Üretral striktür; travma, pelvis kırığı veya enflamasyon sonucu doku yaralanması veya hasarına bağlı oluşan skardır. Skar dokusu iyileşirken kontrakte olarak üretra lümenini daraltır. (1).

Üretral striktürlerde dilatasyon, internal optik üretromi ve operatif üretroplastisi gibi yöntemler uygulanmaktadır. (2).

Travmayı izleyen ilk anlarda suprapubik sistostomi uygulanması seçkin tedavi yöntemidir. 3-6 ay sonra yapılan üretrogramlar operasyon gerektiren bir üretra darlığı gösteriyorsa internal üretrotomi uygulanabilir. Perineal yoldan cerrahi girişim düşünülüyorsa darlık olan kısmın rezeksiyonundan sonra uçların anastomozu Warwick'in tarif ettiği tekniğe göre yapılır. (3).

## MATERYAL ve METOD

Kliniğimizde 1987-1994 yılları arasında üretrografi çekilerek bulbo-membranöz üretra darlığı tanısı konmuş, perineal anastomoz üretroplastisi operasyonu uygulanmış 24 hasta izlenmiştir. Ortalama yaş 29 (15-64 arası)'dur. Bu hastalardan yedisine internal üretrotomi yapılmış veya üretral dilatasyon tedavisi uygulanmış, bir olguya internal üretrotomi esnasında başka bir merkezde idrar ekstravazyonu nedeniyle sistofiks takılmış, on üç hastaya ise primer sistofiks uygulanmış ve 3-6 ay sonra çekilen üretrografilere darlık tespit edilmiş, sistofiksleri klampe edilince idrar yapamamışlar ve internal üretrotomiyle ürete pasajı açılmamış, bazılarında ise üretra devamlılığı hiç olmayan vakalardır. Bu hastaların şikayetleri genelde idrar yapamama, idrar kalibresinde inceleme, çatallı işeme, inisiyal bekleme ve idrar sonunda damlamadır.

Etyolojide iki olgu idyopatik, üç olgu instrumentasyon, ondokuz olgu travma (dördü ata biner tarzda düşme, onbeş olgu trafik kazası)dır.

Preoperatuvar tüm olgularda İVP, idrar analizi, idrar kültürü, üretroskopi, ascendan ve miksiyoner üretrografi yapılarak darlık uzunluğu belirlenmiştir.

*SSK İstanbul Hastanesi Üroloji Kliniği (1) Uzmanı,  
(2) Asistanı, (3) Şefi*

**Ameliyat Tekniği:** Kısmen egzajere litotomi pozisyonunda perineal ters Y insizyonla girilerek üretra spongiyöz tabakayla birlikte ayrılıp dar segment çıkarılarak sağlam uçlar spatüle edilerek 5/0 vicryl ile anastomoz edinilmiştir. Daha sonra üretral yoldan pür silikonize 14-18 F sonda yerleştirilmiş, mesane açılan olgularda aynı anda sistostomi kateteri yerleştirilmiştir. 14. gün üretral sonda alınarak miksiyon kontrol edildikten sonra 21. gün sistostomi kateteri çekilmiştir.

## SONUÇLAR

Opere olan hastalardan ondördünde subjektif yakınma olmadı. 12. ayda çekilen uretrograflerinde üretral kalibrasyon iyi bulundu, bir olgu hariç fistül gözlenmedi, İVP'lerinde üst üriner sistemde dilatasyon görülmedi.

Üretrokutaneöz fistül gelişen vaka tekrar opere edildi. Bir hastada darlık nüksettiği için patch graft yapıldı. Sekiz hastada ise anastomoz hattında internal ürotromi gerektiren darlık gelişti. Empotans ve enkontinans saptanmadı.

## TARTIŞMA

Üretra darlıklarında internal ürotromi kolay uygulanabilirliği, tekrarlanabilirliği ve kısa sürmesi nedeniyle seçkin bir tedavi yöntemidir. Dilatasyon tedavisi üretrada skar oluşumunu arttırdığı gibi, yanlış yol ve tam tıkanıklık halinde uygulanamaz. Periüretral fibrozis, uretral fistüller ve flegmonlar gibi lokal faktörler de darlığı olumsuz yönde etkiler. Böyle durumlarda cerrahi yöntemlerle kesin tedavi yoluna gidilmelidir. Üretra darlıklarında ve komplet kopmalarda en ideal metod perineal yaklaşımla patolojik segmentin eksizyonu ve uçuca anastomozdur. Kopan üretra uçları aradaki açıklık genellikle iki üç santimetreyi geçmediği için tek seansta perineal girişimle spatüle edilerek uçuca anastomoz edilerek kolayca tamir edilebilmektedir. (5). Darlığın %90-100 oranında giderildiği, çok düşük oranlarda enkontinans ve impotans geliştiği ve nadiren uretrotomi intern gerektirdiği bilinmektedir (2). Posttravmatik, komplike olmayan, kısa segment bulber ve membranöz üretra darlıklarında uretrotomi intern ile yeterli sonuç elde edilemiyorsa cerrahi tedavi endikasyonu doğar. İki santimetreden uzun segment darlıklarında preneal anastomoz cerrahi yerine, patch graft üretroplasti veya full thickness skin graft üretroplasti uygulanabilir (3,4).

## KAYNAKLAR

- 1- **Devine C. J. Jordton, G.H.** Stictures of anterior urethra In Bal. T. P. Jr. (ed): AUA Update Series Houston: Amerikan Urological Association, Vol 9, Lesson 25, 1990.
- 2- **Mohaty N.K. Kachroo S.L.** Optical Internal urethrotomy as the treatment of choice for primer stricture of the urethra. Br J Urol 1988; 62:261.
- 3- **Turner-Warwick R.** Compex Traumatic Posterior Urethral Stricture. J Uro 1977; 118:5644.
- 4- **Cohen E.L.** Operative internal urethrotomy. In Bal T.P. Jr. (ed). AUA Update Series Houston, American Urologic Association, Vol. 1, Lesson 24, 1982.
- 5- **Devine, C. J. Jj:** Surgery of urethra. In Walsh P.C. Gittes R.F. Perlmutter A.D. Stamey T.A. (eds): Campbell's Urology, ed. 5. Philadelphia, Saunders Pp 2853, 1986.