

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNDE CERRAHİ TEDAVİLER SURGICAL TREATMENTS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Günümüzde Benign Prostat Hiperplazisi'nin Cerrahi Tedavisinde Açık Cerrahinin Yeri Nedir?

What is the Role of Open Surgery in the Surgical Treatment of Benign Prostate Hyperplasia Today?

Fazlı Polat, Hasan Biri

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Özet | Abstract

Benign prostat hiperplazisi erkek nüfusun önemli bir kısmını etkileyen ilerleyici bir hastalıktır. Hastaların %10'ununda cerrahi tedavi ihtiyacı olmaktadır. Son yıllarda teknolojik ilerlemelere paralel olarak transüretal prostat rezeksiyonları için yeni birçok enerji çeşidi bulunmuştur. Açık prostatektomi uzun yıllardır uygulanan bir cerrahi tekniktir. Halen büyük hacimli prostatlarda, mesane taşı veya mesane divertikülü olan hastalarda, düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranları ile tercih edilmektedir.

Anahtar kelimeler: Açık cerrahi, benign prostat hiperplazisi, transüretal rezeksiyon

Benign prostate hyperplasia is a progressive disease affecting a substantial number of men. 10% of the patients need surgical treatment. In recent years, parallel to technological improvements, many types of energy sources have been found for transurethral prostate resection. Open prostatectomy is a surgical technique that has been applied for many years. Currently, in patients with large prostates, bladder stones and bladder diverticulum, open surgery is the preferred method with its low complication rate and excellent outcomes.

Key words: Benign prostatic hyperplasia, open surgery, transurethral resection

Giriş

Benign prostat hiperplazisi (BPH) çok sayıda erkek hastayı etkileyen ilerleyici bir hastalıktır. Tedavisinde medikal ve cerrahi tedavi olarak iki yöntem kullanılmaktadır. Medikal tedavi ilk basamak tedavi olmakla birlikte 5- α redüktaz inhibitörleri ve α -blokerleri içerir. Medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) veya açık prostatektomi uygulanır. BPH'ne bağlı alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile başvuran hastaların yaklaşık %10'u cerrahi tedaviye ihtiyaç duyar.(1) Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte green light lazer, plazma kinetik, bipolar TUR-P gibi birçok yeni yöntem artık BPH ameliyatlarında kullanılabilir. Bu yöntemlerin kullanılmalarındaki en önemli engelleyici faktörler hastanın büyük prostat hacmine sahip olması ve kullanılan malzemelerin yüksek maliyetli olmasıdır. TUR-P ve açık prostatektomi sonuçları literatürde benzer gibi görünse de; hastaların prostat hacimlerinde ciddi farklılıklar mevcuttur.(2) Avrupa Üroloji Birliği kılavuzuna göre, prostat hacmi büyük olan (>80-100 mL), büyük mesane taşları veya mesane divertikülü için rezeksiyon endikasyonu olan komplike olgularda, tercih edilen tedavi açık prostatektomidir.(3) Ülkelere göre değişkenlik göstermekle birlikte açık prostatektomi: TUR-P oranı yaklaşık olarak 1:20'dir.(4)

Cerrahi Teknikler

1) Suprapubik Prostatektomi: Teknik olarak, göbek altı mediyan ya da Pfannenstiel insizyon ve ekstraperitoneal diseksiyon ile hiperplastik adenomatöz dokunun enükleasyonu şeklinde uygulanır. Mesane boynu izlendikten sonra mukozaya dairesel olarak insize edilir. Dominant elin işaret parmağı kullanılarak kapsüle girilmeden adenomun çevresi dönülür. Özellikle apeks lokalizasyonunda eksternal sfinkterden uzak olacak şekilde üretradaki parmak arasında kırılarak adenom dışarı alınır. Kanama kontrolü genellikle mesane boynuna saat 5 ve 7 hizasında atılan hemostaz sütürleri ile sağlanır.(5)

2) Retropubik Prostatektomi: Anterior prostatik kapsülün insize edilerek hiperplastik prostat dokusunun rezeksiyonu şeklinde uygulanır. Özellikle prostat dokusunun tam olarak çıkarılması, üretranın daha güvenli kesilmesi, kanama kontrolünün daha iyi yapılabilmesi, mesane travmasının minimal olması önemli avantajlardır. Ancak büyük mesane taşı olanlarda ve semptomatik divertikülü olanlarda çok tercih edilmeyen bir yöntemdir.(5)

Açık Cerrahinin Avantajları

Açık prostatektomi serileri ile ilgili en önemli problem TUR ile karşılaştırmalı prospektif randomize çalışmaların az

sayıda olmasıdır.(6, 7) Açık prostatektomi ve TUR-P'yi karşılaştıran prospektif ve retrospektif çalışmalarda, açık prostatektominin en büyük avantajının işeme hızındaki düzelmenin çok daha belirgin olması şeklinde vurgulanmıştır.(1, 6, 7-9) Açık prostatektomi sonrasında maksimum idrar akım hızı (Q_{max})'ndaki artış ortalama %155 (%120-182) oranında iken TUR-P sonrasında bu oran ortalama %115 (%80-150) olarak bulunmuştur.(6, 8, 9) Chen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, özellikle semptom skoru ve Q_{max} 'taki düzelmenin açık prostatektomi ameliyatlarında belirgin olması çıkarılan doku miktarının daha fazla olmasına bağlanmıştır.(10) Bazı çalışmalarda semptom skorundaki düzelmenin subjektif bulgu olarak değerlendirilmesi sebebiyle ameliyat öncesi ve sonrasında ürodinamik çalışma yapılmıştır. Ameliyat sonrası ürodinamiklerde işeme basınçlarının tamamında anlamlı azalma saptanmıştır. Ayrıca rezidüel idrar miktarında anlamlı azalma görülmüştür.(6, 11) Rezidüel idrar miktarındaki bu azalmanın yanısıra mesane duvar yapısında hızlı bir düzelleme ve duvar kalınlığında anlamlı azalma olmaktadır.(12) Ameliyat sırasında hipertonic yıkama solüsyonu kullanılmadığı için TUR-P sonrası görülebilen TUR sendromu (sıvı intoksikasyonu, Serum $Na^+ < 130$ nmol/L) gelişme riski yoktur. BPH'nin ileri yaş hastalığı olması ve açık prostatektomilerde çıkarılan doku miktarının fazla olmasının hastalığın nüksü açısından avantaj sağlayabileceği belirtilmiştir.(10) Ayrıca, sütür materyali dışında yeni teknoloji ürünü malzeme kullanılmaması, maliyetinin diğer transüretral rezeksiyon yöntemlerine göre daha düşük olmasını sağlar.

Açık Cerrahinin Dezavantajları

Açık prostatektomi ameliyatlarından sonra karşılaşılan komplikasyonlardan en önemlisi stres inkontinans'tır. Orta düzeyde stres inkontinans hastaların ortalama %10'unda görülmeyle birlikte bu oran TUR-P yapılan hastalarda %2-3 düzeyindedir.(6, 8, 13, 14) Prostat ameliyatları sırasında ve sonrasında kanama gelişebilir. Açık prostatektomilerde TUR-P'ye göre kanama miktarı belirgin olarak artmıştır. Kan transfüzyonu ihtiyacı TUR-P'lerde %2-5 olmakla birlikte, açık prostatektomi serilerinde bu oran %6'dan fazladır.(6, 8, 9) Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ve kateterizasyon süresi açık prostatektomi ameliyatlarında daha fazladır. TUR-P'lerde uretral kateterizasyon süresi ortalama 3-4 gün iken bu süre açık prostatektomilerde ortalama 7 gündür.(15) Mortalite oranlarının açık cerrahilerde daha fazla olduğu söylenebilir; yapılan çalışmalarda komorbiditeler dışında tekniğin belirgin etkisinin olmadığı gösterilmiştir. (4, 7, 8, 12, 13) Prostatektomi sonrasında gelişebilen uretra darlığı ve mesane boynu kontraktürü, yeniden operasyonun en önemli sebepleridir. Yapılan çalışmalarda, uretra darlığı ve mesane boynu kontraktürü gelişimi açısından TURP ve açık prostatektomi arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.(4, 7, 8, 13) Açık prostatektomilerde beklenen uretra darlığı oranı ortalama %2,6, mesane boynu kontraktürü gelişme oranı ise %1,8'dir.(6, 8, 9, 13, 14) Retrograd ejakulasyon,

prostatektomiler sonrasında sık görülen bir komplikasyondur. Açık prostatektomiler sonrasında çıkan dokunun fazlalığına, mesane boynu ve prostatik lojun daha geniş olmasına bağlı olarak %80 oranında görülürken, TUR-P sonrasında bu oran %65-70 civarındadır.(6-9, 14, 16) Cinsel işlev bozukluğu genellikle ileri yaş grubu hastalarda BPH'ne eşlik eden bir bulgudur. Operasyon sonrasında belirgin bir artış saptanmamakla birlikte yapılan meta-analizde bu oranın %6,5 olduğu ifade edilmektedir.(8)

Sonuç

Teknolojik ilerlemeye paralel olarak prostatektomi ameliyatlarında birçok yeni metod ve enerji şekli uygulanmaktadır. Açık prostatektomi uzun yıllardır yapılan, prostat hacmi 100 ml'den fazla olan hastalarda tercih edilen ameliyat tekniğidir. Genellikle prostat hacmi 80-100 ml arasında olan, hem açık prostatektomi hem de TUR-P yapılabilecek hastalarda operasyon tekniğine, büyük mesane taşı veya mesane divertikülü varlığı ile karar verilmektedir. Operasyon süresinin uzaması özellikle ileri yaşlı hastalarda, kardiyak rezervin yetersiz olduğu durumlarda TUR sendromu nedeniyle önemli risk teşkil eder. Genel olarak komplikasyon oranlarına bakıldığında açık prostatektomi halen ileri yaşlı hastalarda güvenle uygulanabilecek, maliyeti düşük, erken ve uzun dönem sonuçları başarılı, hastanın tekrar operasyon ihtiyacının az olduğu prostat ameliyatı tekniğidir.

Kaynaklar

1. Crowley AR, Horowitz M, Chan E, Macchia RJ. Transurethral resection of the prostate versus open prostatectomy: long-term mortality comparison. *J Urol* 1995;153:695-7. [CrossRef]
2. Soleimani M, Hoseini SY, Aliasgari M, Dadkhah F, Lashay A, Amini E. Long-term outcome of trans urethral prostatectomy in benign prostatic hyperplasia patients with and without diabetes mellitus. *J Pak Med Assoc* 2010;60:109-12.
3. de la Rosetta, Alvizatos G, Madersbacher S, Rioja Sans C, Nordling J, Emberton M, et al. Guidelines on benign prostatic hyperplasia. *EAU Guidelines* 2004.
4. Denis L, Griffiths K, Khoury S, et al. "Recommendations of the International Scientific Committee: the evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic obstruction." In: *Proceedings of the Fourth International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia*. United Kingdom: Health Publications, Ltd., pp 669-84, 1998.
5. Han M, Alfert HJ, Partin AW. Retropubic and suprapubicopen prostatectomy. *Campbell's Urology* 8th edition. Philadelphia. Saunders:2002, 1423-34.
6. Tubaro A, Carter S, Hind A, Vicentini C, Miano L. A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2001;166:172-6. [CrossRef]
7. Meyhoff HH, Nordling J, Hald T. Clinical evaluation of transurethral versus transvesical prostatectomy. A randomized study. *Scand J Urol Nephrol* 1984;18:201-9. [CrossRef]
8. Madersbacher S, Marberger M. Is transurethral resection of the prostate still justified? *BJU Int* 1999;83:227-37. [CrossRef]
9. Serretta V, Morgia G, Fondacaro L, et al. Open prostatectomy for benign prostatic enlargement in southern Europe in the late

- 1990s: a contemporary series of 1800 interventions. *Urology* 2002;60:623-7. [\[CrossRef\]](#)
10. Chen SS, Hong JG, Hsiao YJ, Chang LS. The correlation between clinical outcome and residual prostatic weight ratio after transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2000;85:79-82. [\[CrossRef\]](#)
 11. Bosch JL. Urodynamic effects of various treatment modalities for benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1997;158:2034-44. [\[CrossRef\]](#)
 12. Kojima M, Inui E, Ochiai A, Naya Y, Ukimura O, Watanabe H. Ultrasonic estimation of bladder weight as a measure of bladder hypertrophy in men with infravesical obstruction: a preliminary report. *Urology* 1996;47:942-7. [\[CrossRef\]](#)
 13. Kuntz RM, Lehrich K. Transurethral holmium laser enucleation versus transvesical open enucleation for prostate adenoma greater than 100grm: a randomised prospective trial of 120 patients. *J Urol* 2002;168:1465-9. [\[CrossRef\]](#)
 14. Wasson JH, Reda DJ, Bruskewitz RC, Elinson J, Keller AM, Henderson WG. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate. *New Engl J Med* 1995;332:75-9. [\[CrossRef\]](#)
 15. Persu C, Georgescu D, Arabagiu I, Cauni V, Moldoveanu C, Geavlete P. TURP for BPH. How large is too large? *J Med Life* 2010;3:376-80.
 16. Mearini E, Marzi M, Mearini L, Zucchi A, Porena M. Open prostatectomy in benign prostatic hyperplasia: 10-year experience in Italy. *Eur Urol* 1998;34:480-5. [\[CrossRef\]](#)