

Tekrarlayan Mesane Boynu Darlıklarında Tedavi Alternatifleri

Yiğit Akın, Halil Çiftçi, Ercan Yeni

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Özet

Tekrar eden mesane boynu darlıkları, hastalar ve doktorları için can sıkıcı olmaktadır. Özellikle radikal prostatektomi prosedüründen sonra rastlanılsa da, benign prostat hiperplazisinin tedavisinde altın standart endoskopik tedavi yöntemi olan transüretal prostat rezeksiyonundan sonra da rastlanabilir. Genel görülme insidansı %1,4 olarak literatürde rapor edilen bu durum için birçok tedavi alternatifi ortaya çıkmıştır. Tedavi yöntemlerinin birçoğu endoskopik yöntemlerse de, açık cerrahi prosedürler de kullanılabilir. Bu çalışmada, tekrarlayan mesane boynu darlıklarında tedavi alternatiflerini güncel literatür eşliğinde değerlendirdik.

Anahtar Kelimeler: Mesane boynu darlığı, mesane boynu rezeksiyonu, radikal prostatektomi, transüretal prostat rezeksiyonu

Giriş

Mesane boynu darlıklarına daha çok radikal prostatektomi sonrası rastlanmaktadır ve literatürdeki insidansı %0,4-32 arasında değişmektedir (1-3). Radikal prostatektomi sonrası ilk defa 1987'de mesane boynu ile üretra anastomozunda fibrozis olduğu ve bunun mesane boynu darlığına sebep olduğu bildirilmiştir (4). Açık perineal radikal prostatektomi sonrasında görülen mesane boynu darlığının, açık retropubik radikal prostatektomiye göre daha az olabildiği bildirilmiştir (5). Mesane boynu ve üretra arasındaki anastomoz yapılıma sırasındaki tansiyonun, geçirilmiş trans üretal prostat rezeksiyonunun, operasyon sonrası kanama ve amastomoz çevresindeki hematoma, operasyon sonrası erken dönemde anastomozdan idrar ekstravazasyonunun, tedavi sonunda üretral kateter alındıktan sonra akut retansiyon gibi sebeplerin mesane boynu darlığı nedenleri arasında olabileceği öne sürülmüş olsa da, kesin nedenler hâlâ bilinmemektedir (6). Ayrıca obez, diyabetik, sigara içen ve vasküler hastalıkları olan hastalarda bu durumun daha sık görüldüğü öne sürülmüştür (7,8). Anger ve ark. (9) zayıf sfinkter ile mesane boynu kontraktürünün ilgisine odaklanmışlar ve tekrar eden kontraktürler için üretral stent ve birlikte artifisyel sfinkter kullanımını önermişlerdir. Son zamanlarda prostat kanserinin minimal invaziv tedavi seçenekleri olan

laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) ve robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi (RALP) günceldir (10). Son 20 yılda radikal prostatektomi sonrası görülen mesane boynu darlığı giderek azalmıştır, ki bu süreçte gelişen cerrahi tekniklerin ve donanımların ayrıca laparoskopik ve robotun kullanıma girmesi buna etken olabilir (11). Her ne kadar bahsi geçen prosedürler anatomik yapıları daha net seçme, operasyon sırasında anatomik noktalara daha dikkat ederek diseke etme imkânı verse de ve radikal prostatektominin son üretra mesane boynu anastomoz aşamasının, özellikle robot yardımlı laparoskopide, üstesinden daha kolay gelinebilse de; mesane boynu darlıkları oluşabilmektedir, ki Mesane ve ark. (12) RALP sonrası bu oranı %1,1 olarak bildirmişlerdir. Hruza ve ark. (13) 2200 vakalılık LRP serilerinde mesane boynu kontraktür oranını %4,7 olarak vermişlerdir. 601 hastalık laparoskopik ürolojik operasyonu kapsayan vaka serisinde, 311 LRP vakamızda mesane boynu kontraktürü görülmemiştir (14).

Radikal prostatektomi operasyonu her ne kadar cerrahi ve onkolojik olarak başarılı olsa da, fonksiyonel sonuçlar mutlak ki çok önemlidir. Hastanın erken dönemde sorunsuz eski hayatına dönebilmesi, operasyon öncesi hayat kalite skorunu tekrar elde edebilmesi, son zamanlarda sıkça söylenen penta fekta için esas teşkil etmektedir (15). Gelişen

cerrahi teknikler ile RALP sırasında mesane boynu koruyucu yöntemler bunu önleyebilir. Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışmada, RALP sırasında mesane boynu korunmuş ve takiplerde hiçbir hastada mesane boynu kontraktürü görülmemiştir (16). Bu çalışmada uzun dönemli takipleri görmek, net yorum yapmayı kolaylaştırabilir. İyi huylu prostat büyümesi nedeni ile yapılan trans üretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) operasyonlarından sonra da mesane boynu darlıkları oluşabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 917 hastalık TUR-P serisinde, operasyon sonrası %13,8 mesane boynu darlığı gelişmiş ve tedaviye direnç göstermedikleri belirtilmiştir (17).

Tanı koyma ve tarama testlerinin günümüzde daha efektif kullanılması ile prostat kanserine ülkemizde konulan tanı sayısı giderek artmaktadır. Robot yardımcı prosedürlerde hâlâ yüksek maliyet en büyük handikap olarak görülmektedir. Bu nedenler ile laparoskopi ve açık cerrahi, ülkemizde radikal prostatektomi operasyonlarında geçerliliğini halen devam ettirmektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, daha fazla radikal prostatektomi operasyonu yapılacağı ve mesane boynu darlıklarının sayıca artması ön görülebilir. Mesane boynu darlıkları tedaviye dirençli hâle geldiğinde, hem klinisyenler hem de hastalar için can sıkıcı hâle gelmektedir. Bu derlemede, tekrar eden mesane boynu darlıklarının tedavisi güncel literatür eşliğinde değerlendirilmektedir.

Klinikte mesane boynu darlığı tanısı

Radikal prostatektomi sonrası mesane boynu darlığı düşündürülen sebepler; radikal prostatektomi sonrası zayıf idrar akım hızı, idrar yaptıktan sonra damlama, inkontinans, rezidual idrar hissi, mesaneyi tam boşaltamama gibi hasta yakınmalarıdır. Yapılacak üroflowmetrede zayıf idrar akımı, miksiyon sonrası mesanede rezidual idrar tespit edilebilir. Sistoüretrografi'de hem mesane boynu darlığı tanısı konulabilir, hem de klinik ayırıcı tanı yapılabilir. Mesane boynu darlığı, en çok üretral darlıkla karışabilirse de, mesanedeki kontraksiyon bozukluklarında da benzer klinik semptomlar görülebilir. Mesane ile ilgili bozukluklarda videoürodinami daha yardımcıdır. Tam tanı sistoüretroskopi ile konulabilir (Resim 1a).

Mesane boynu darlığı tedavi seçenekleri

a- Buji dilatasyonu

Mesane boynu darlığı, tekrarlayıcı olabilmesi nedeni ile tedavide önem arz etmektedir. Tedaviye en az invaziv olandan başlamak mantıklıdır. Poliklinik şartlarında buji ile mesane boynu dilatasyonu yapılabilir. En küçük çaplıdan (8-10f)

başlanıp, yaklaşık olarak 26-28 fr'e kadar giderek artan çaplarda bujiler ile dilatasyon yapılmalıdır. Borboroglu ve ark. (7) mesane boynu darlıklarında tek sefer buji dilatasyonunun bile %25-73 tedavi edici olabileceğini göstermişlerdir. Kendi kendine kateterizasyon, ilk sefer buji dilatasyonu sonrası tekrar eden mesane boynu darlıklarında gündeme gelebilir.

b- Endoskopik mesane boynu insizyonu

Buji dilatasyonu istemeyen ve/veya buji dilatasyonu yapıldıktan sonra mesane boynu darlığı tekrar eden hastalarda, sistoüretroskopi ve endoskopik yolla mesane boynu insizyonu ve/veya rezeksiyonu yapılabilir (18-20). Kısaca, reyonel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda üretrotom ile mesane boynundaki dar-skleroza parça saat 12 hizasından soğuk bıçak ile insize edilebilir. İnsizyon, mesane boynundaki perivezikal alana dek yapılmalıdır. Bu işlemin genel olarak başarısızlığı %11,4 olarak verilmiştir (7). Tekrar eden seanslara ihtiyaç duyulabilir. Dikkat edilmesi gereken husus ise, işlem sırasında istemli kontrakte olan, üretral sfinktere zarar vermemektir. Dahası, rezektoskop ile mesane boynundaki skleroza alanlar rezeke edilebilir. Genel olarak bu rezeksiyonların saat kadranına göre 3 ve 9 hizasından derin şekilde yapılması önerilmektedir (21). Her iki prosedürden sonra, 22fr üretral kateter konulmalı ve 5 gün süre tutulmalıdır. Ramirez ve ark. (21) bu prosedürlerde genel olarak %8 başarısızlık bildirmişlerdir.

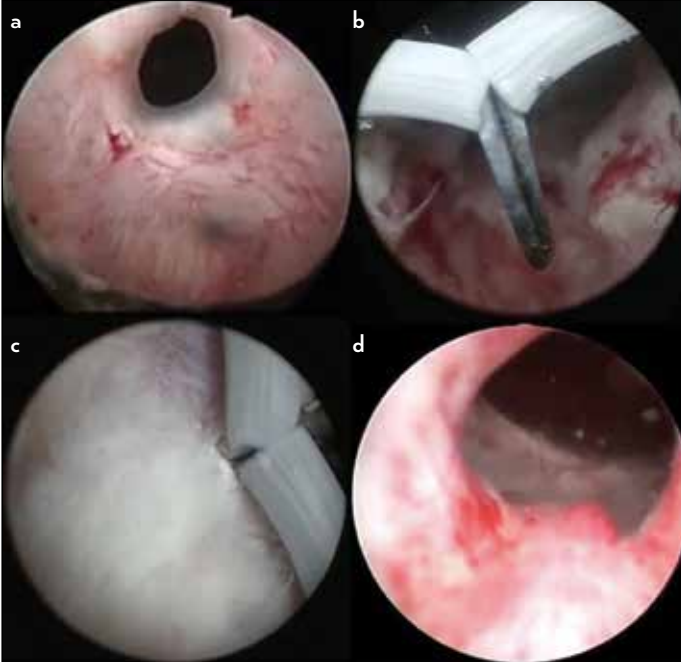
c- Endoskopik mesane boynu insizyonu ve anti-proliferatif madde enjeksiyonu

Diğer bir yöntem ise, mesane boynu insizyonu ve sonrasında triamnisolon enjeksiyonudur (22). Eltahawy ve ark. (22) 24 hastalık serilerinde bu yöntem ile %83 başarı bildirmişlerdir. Bu yöntem, kısaca holmium lazer ile mesane boynu saat 3 ve 9 hizasından derin insize edilmesi ve insizyon sahalarına triamnisolon enjeksiyonu yapılmasını içermektedir. Poliklinik şartlarında 6 hafta sonra yapılan sistoskopide, belirgin iyileşme ve darlığın tekrar etmediği bildirilmektedir (22).

Vanni ve ark. (23) ise, holmium lazer ile mesane boynu insizyonu ve mitomycin-C enjeksiyonu önermektedirler. Bu sayede, ortalama 24 aylık takipte %83'e varan başarı bildirilmektedir.

Yukarıda bahsi geçen madde enjeksiyonu içeren yöntemler, deneme aşamasında kalmışlardır.

Biz kliniğimizde mesane boynu insizyonunu 26f rezektoskopi collins bıçağı taktıktan sonra (Resim 1b); saat kadranına göre 3-9 hizasından yapmaktayız (Resim 1c). İnsizyon sonrası mesane boynunun net açıldığı görüldükten sonra,



Resim 1. a-d. Kliğinımızde laparoskopik radikal prostatektomi sonrası mesane boynu darlığı saptanan hastamıza uyguladığımız mesane boynu insizyonu. a. Sistoüretroskopide mesane boynu darlığı, b. Rezektoskopa Collins bıçağı takılır, c. Mesane boynu saat 3 ve 9 hizasından insize edilir, d. Mesane boynu açıklığı sağlanır (insizyon peri-vezikal yağ doku görülene kadar yapılmalıdır) ve sistoskopi ile işlem sonlandırılır.

sistoskopi yapıp işlem sonlandırılmaktadır (Resim 1d). Yirmi iki fr üretral foley sondayı 5 gün sonra poliklinik şartlarında alıp, hastalarımızı takibe almaktayız. Genel olarak, bu teknik uygulanan ve düzenli takiplerine gelen 12 hastamızın 11'inde tekrar eden darlık görülmedi.

d- Üretral stent ve artifisyonel üriner sfinkter

Bazı yazarlar tekrar eden mesane boynu darlıkları için Urolume® stent ve artifisyonel sfinkteri önermektedirler (24-26). Bu yöntem ile ne yazık ki uzun dönemli takip sonuçları yoktur, fakat neticede şu mutlaklıdır ki stent takılması major bir cerrahi girişimi önleyebilir ve/veya erteleyebilir. Elliott ve Boone (26), 17,5 ay takip ettikleri 9 hastanın verisini yayınlamışlar ve bir hastada başarısızlık bildirmişlerdir. Borawski ve Webster (27) ise, hastaların %50'sinde stent tıkanması ve/veya sfinkter fonksiyon bozukluğu nedeni ile ortalama en az 2,2 kez ek girişime ihtiyaç duyduğunu bildirmişlerdir.

Yukarıda bahsi geçen mesane boynunda buji, endoskopik insizyon, endoskopik eksizyon ve klinik deneme aşamasında kalan insizyon alanlarına madde enjeksiyonu yapılan hastalarda üriner inkontinans gelişebilir. Bu durumda inkontinansa müdahale için en az 3 ay beklenmesi ve durumun stabil hâl kazanmasının gözlenmesi önerilmektedir (21).

e- Açık ameliyat ile mesane boynu onarımı

Tüm bahsi geçen endoskopik yöntemler, neticede mesane boynu darlığının tedavisinde %100 başarı oranına sahip değildirler; küçük bir kısmı deneme aşamasında kalmış ve uzun dönemli takipleri yoktur. Üretral stent ve artifisyonel sfinkter uygulaması gelecek vaat etmektedir fakat sfinkterdeki mekanik sorunlar can sıkıcı olabilir veya fibrozisin çok ilerlemesi stentin fonksiyonlarını bozabilir (27). Ek olarak sfinkterin kullanılması el becerisi gerektirir ve belli mental kapasitedeki hastalara uygulanması önerilmektedir (28). Bu noktada, mesane boynu darlıklarının tedavisinde açık cerrahi işlemler gündeme gelmektedir.

Theodoros ve ark. (29) mesane boynu ve fibrotik anastomozun abdomino-perineal eksizyonunu tarif etmişlerdir. Bu yöntem skar eksizyonunun optimal görülmesini sağlayabilir ve eksize edilecek dokular daha kolay diseksiyon edilebilir (29). Ayrıca, eş zamanlı artifisyonel sfinkter de takılabilir. Kısaca ekzajere litotomi pozisyonunda perineye yarım ay insizyonu yapılarak başlanır. Üretral skara ulaşılır ve sağlam doku görülene kadar üretra çıkartılır. Dokuları daha iyi mobilize edebilmek ve diseksiyon için 22fr üretral kateter konulur. Geniş doku diseksiyonu ile dokular tansiyonsuz bir araya getirilir. Tercihen 3/0 poliglaktin sütür kullanılması önerilir ve üretra mesane boynu anastomozunun su sızdırmazlık testi sonrasında 22fr kateter alınıp yerine 18fr kateter konulur. Kateterin 21 gün sonra alınması önerilir. Takiplerde 3. ayda işeme sistoüretrografi çekilir. Eğer ki belirgin stres üriner inkontinans var ise, artifisyonel üriner sfinkter gündeme gelir. Reiss ve ark. (30) bu yöntemin %93,3 başarılı olduğunu bildirmişlerdir.

Mundy ve ark. (6) mesane boynunu açık cerrahi yöntemler ile onarımını bildirmişlerdir. Bu yöntem ile 23 hastadan 21'inde başarılı olmuşlar fakat artifisyonel üriner sfinkter kullanımının gerekliliğine dikkat çekmişlerdir. Wessells ve ark. (31) ise mesane boynunun primer eksizyonunu ve primer anastomoz ve penil fasikülökutanöz flep veya rektus flabi ile üretroplastiye tarif etmişlerdir. Onların tarif ettikleri yöntemde operasyon sonrasında tekrar eden darlık gelişmesi açısından başarılı olursa da, inkontinans ihtimalinin yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Bu neden ile operasyon son aşamasında artifisyonel sfinkter gerekliliği hatırlatılmıştır (31).

Sonuç

Bu derlemede, tekrarlayan mesane boynu darlıklarının tedavi yöntemlerinin güncel tedavi seçenekleri gözden geçirildi (Tablo 1). Bu bağlamda birçok endoskopik yöntemlerse

Tablo 1. Tekrar eden mesane boynu darlıklarında tedavi seçenekleri

Yazarlar	Tedavi Şekli	Başarı oranı
Borboroglu ve ark. (7)	Buji dilatasyonu	%25-73
Dalkin (18), Surya ve ark. (19), Breyer ve ark. (20)	Endoskopik mesane boynu insizyonu (Saat 12'den endoskopik soğuk bıçak ile)	%88,6
Ramiez ve ark. (21)	Endoskopik rezeksiyon	%92
Eltahawy ve ark. (22)	Endoskopik mesane boynu insizyonu ve triamnisolon enjeksiyonu enjeksiyonu	%83
Vanni ve ark. (23)	Endoskopik mesane boynu insizyonu ve mitomycin-C enjeksiyonu	%83
Elliott ve Bone (26)	Üretal stent ve artifisyel üriner sfinkter	%88
Reiss ve ark. (30)	Açık ameliyat ile mesane boynu onarımı	%93,5
Harran Üniversitesi Üroloji Kliniği	Endoskopik mesane boynu insizyonu (Collins bıçağı ile saat 3-9'dan)	%91

de, açık cerrahi prosedürlere gerek duyulabileceği akıldatılmalıdır. Her ne kadar tekrarlayan mesane boynu darlıkları giderek azalan sıklıkta görülse de, radikal prostatektomi operasyonu öncesi hasta bilgilendirme aşamasında, bu tür komplikasyonların nadir de olsa gelişebileceğini hasta ile tartışmak önemlidir. Tekrarlayan mesane boynu darlığı, radikal prostatektomi sonrası hayat kalitesini düşürür ve geç toparlanmaya neden olabilir. Tedavide daha başarı sonuçlar elde etmek için, çok hasta içeren yeni cerrahi yöntemlerin tarif edildiği, yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- Middleton AW Jr. Pelvic lymphadenectomy with modified radical retropubic prostatectomy as a single operation: technique used and results in 50 consecutive cases. *J Urol* 1981; 125: 353-6.
- Catalona WJ, Carvalhal GF, Mager DE, Smith DS. Potency, continence and complication rates in 1,870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol* 1999; 162: 433-8. [Crossref]
- Erickson BA, Meeks JJ, Roehl KA, Gonzalez CM, Catalona WJ. Bladder neck contracture after retropubic radical prostatectomy: incidence and risk factors from a large single-surgeon experience. *BJU Int* 2009; 104: 1615-9. [Crossref]
- Popken G, Sommèrkamp H, Schultze-Seeman W, Wetterauer U, Katzenwadel A. Anastomotic stricture after radical prostatectomy. *Eur Urol* 1998; 33: 382-6. [Crossref]
- Breyer BN, Davis CB, Cown JE, Kane CJ, Carroll PR. Incidence of bladder neck contracture after robotic-assisted laparoscopic and open radical prostatectomy. *BJU Int* 2010; 106: 1734-8. [Crossref]
- Mundy AR, Andrich DE. Posterior urethral complications of the treatment of prostate cancer. *BJU Int* 2012; 110: 304-25. [Crossref]
- Borboroglu GP, Sands JP, Roberts JL, Amling CL. Risk factors for vesicourethral anastomotic stricture after radical prostatectomy. *Urology* 2000; 56: 96-100. [Crossref]
- Moul JW, Mooneyhan RM, Kao TC, McLeod DG, Cruess DF. Pre-operative and operative factors to predict incontinence; impotence and stricture after radical prostatectomy. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 1998; 1: 242-9. [Crossref]
- Anger JT, Raj GV, Delvecchio FC, Webster GD. Anastomotic contracture and incontinence after radical prostatectomy: a graded approach to management. *J Urol* 2005; 173: 1143-6. [Crossref]
- Akin Y, Lunc L. Is it just enough to keep long membranous urethra for providing early continence after robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy? *J Endourol* in press.
- Carlsson S, Nilsson AE, Schumacher MC, Jonsson MN, Volz DS, Steineck G, et al. Surgery-related complications in 1253 robot-assisted and 485 open retropubic radical prostatectomies at the Karolinska University Hospital, Sweden. *Urology* 2010; 75: 1092-7. [Crossref]
- Msezane LP, Reynolds WS, Gofrit ON, Shalhav AL, Zagaja GP, Zorn KC. Bladder neck contracture after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: evaluation of incidence and risk factors and impact on urinary function. *J Endourol*. 2008; 22: 97-104. [Crossref]
- Hruza M, Weiss HO, Pini G, Goezen AS, Schulze M, Teber D, et al. Complications in 2200 consecutive laparoscopic radical prostatectomies: standardised evaluation and analysis of learning curves. *Eur Urol* 2010; 58: 733-41. [Crossref]
- Akin Y, Celik O, Ates M, Nuhoglu B, Erdogru T. Evaluation of open and laparoscopic radical cystoprostatectomy combined with orthotopic neobladder: a single-surgeon experience. *Urol Int*. 2013; 90: 348-53. [Crossref]
- Good DW, Stewart GD, Stolzenburg JU, McNeill SA. Analysis of the penta-fecta learning curve for laparoscopic radical prostatectomy. *World J Urol* 2014; 32: 1225-33. [Crossref]
- Tunc L, Gumustas H, Akin Y, Atkin S, Peker T, Erdem O, et al. A novel surgical technique for preserving the bladder neck during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: preliminary results. *J Endourol*. 2015; 29: 186-91. [Crossref]
- Doluoglu OG, Gokkaya CS, Aktas BK, Oztekin CV, Bulut S, Memis A, et al. Impact of asymptomatic prostatitis on re-operations due to urethral stricture or bladder neck contracture developed after TUR-P. *Int Urol Nephrol* 2012; 44: 1085-90. [Crossref]
- Dalkin BL. Endoscopic evaluation and treatment of anastomotic strictures after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 1996; 155: 206-8 [Crossref]
- Surya BV, Provet J, Johanson KE, Brown J. Anastomotic strictures following radical prostatectomy. Risk factors and management. *J Urol* 1990; 143: 755-8.
- Breyer BN, McAninch JW. Opposing views. Management of recalcitrant bladder neck contracture after radical prostatectomy for prostate cancer. Endoscopic and open surgery. *J Urol* 2011; 185: 390-1. [Crossref]

21. Ramirez D, Simhan J, Hudak SJ, Morey AF. Standardized approach for the treatment of refractory bladder neck contractures. *Urol Clin North Am* 2013; 40: 371-80. [\[Crossref\]](#)
22. Eltahawy E, Gur U, Virasoro R, Schlossberg SM, Jordan GH. Management of recurrent anastomotic stenosis following radical prostatectomy using holmium laser and steroid injection. *BJU Int* 2008; 102: 796-8. [\[Crossref\]](#)
23. Vanni AJ, Zinman LN, Buckley JC. Radical urethrotomy and intralesional Mitomycin C for the management of recurrent bladder neck contractures. *J Urol* 2010; 183 (Suppl.): e426, abstract 1095. [\[Crossref\]](#)
24. Carr LK, Webster GD. Endoscopic management of the obliterated anastomosis following radical prostatectomy. *J Urol* 1996; 156: 70-2. [\[Crossref\]](#)
25. Mark S, Perez LM, Webster GD. Synchronous management of anastomotic contracture and stress urinary incontinence following radical prostatectomy. *J Urol* 1994; 151: 1202-4.
26. Elliott DS, Bone TB. Combined stent and artificial urinary sphincter for management of severe recurrent bladder neck contracture and stress incontinence after prostatectomy: a long-term evaluation. *J Urol* 2001; 165: 413-5. [\[Crossref\]](#)
27. Borawski K, Webster G. Long term consequences in the management of the devastated, obstructed outlet using combined Urolume stent with subsequent artificial urinary sphincter placement [abstract]. *J Urol* 2010; 183: e427. [\[Crossref\]](#)
28. Aliseydi Bozkurt, Yiğit Akın, Barış Nuhoglu. Post Prostatectomy incontinence. *JAREM* 2012; 2: 96-100. [\[Crossref\]](#)
29. Theodoros C, Katsifotis C, Stournaras P, Moutzouris G, Katsoulis A, Floratos D. Abdomino-perineal repair of recurrent and complex bladder neck-prostatic urethra contractures. *Eur Urol* 2000; 38: 734-40. [\[Crossref\]](#)
30. Reiss CP, Pfalzgraf D, Kluth LA, Soave A, Fisch M, Dahlem R. Transperineal reanastomosis for the treatment for highly recurrent anastomotic strictures as a last option before urinary diversion. *World J Urol* 2014; 32: 1185-90. [\[Crossref\]](#)
31. Wessells H, Morey AF, McAninch JW. Obliterative vesicourethral strictures following radical prostatectomy for prostate cancer: reconstructive armamentarium. *J Urol* 1998; 160: 1373-5. [\[Crossref\]](#)