

Dev prostat hiperplazisi: Olgu sunumu

Giant prostatic hyperplasia: A case report

Ercan Kazan¹, Mehmet Yıldızhan², Abdullah Akkurt², Haluk Erol²

¹ Kozluk Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Batman

² Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Aydın

Geliş tarihi (Submitted): 11.10.2013

Kabul tarihi (Accepted): 03.04.2014

Yazışma / Correspondence

Uzm. Dr. Ercan Kazan
Kozluk Devlet Hastanesi Üroloji
Kliniği, Kozluk/Batman
Tel: 05062773684
E-mail: ercankazan20@hotmail.com

Özet

Benign prostat hiperplazisi sık gözlenen bir ürolojik patolojidir. 500 gramdan büyük prostat ağırlığına sahip dev prostat olguları nadir görülmektedir. Çalışmamızda suprapubik transvezikal prostatektomi yapılan 586 gramlık dev prostat olgusunu literatür eşliğinde sunmaya çalıştık.

Anahtar Kelimeler: Prostat hiperplazisi, Prostatektomi, Komplikasyon

Absract

Benign prostatic hyperplasia is a common urological pathology. Giant prostates which are larger than 500 grams cases are rare. In our study, we tried to present, an 586 grams prostate case's suprapubic transvesical prostatectomy with literature support.

Key Words: Prostatic Hyperplasia, Prostatectomy, Complications

Giriş

Benign prostat hiperplazisi (BPH) hayat kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve sık gözlenen benign bir patolojidir. Kronik üriner retansiyon, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, tekrarlayan hematüri olması, BPH'a bağlı böbrek yetmezliği gelişmesi, BPH ve mesane taşı birlikteliği durumunda cerrahi tedavi önerilmektedir (1). Altın standart cerrahi yöntem prostatın transüretral rezeksiyonu olmasına rağmen büyük veya dev prostatlarda açık prostatektomi de kullanılabilecek bir cerrahi yöntemdir (1). Literatür incelendiğinde dev prostat denildiğinde bazı yazarlara göre prostat ağırlığının 200 gramdan, bazılarının göre ise 500 gramdan fazla olması tarif edilmektedir (2-5). 2410 gramlık prostatektomi vakalarına rastlanılmasına rağmen 500 gramdan büyük prostatektomi vakaları az sayıdadır (6-8). Bu makalede 586 gram ağırlığına

sahip prostatektomi olgusunu literatür eşliğinde sunmaya çalıştık.

Olgu

85 yaşındaki erkek hasta makroskopik hematüri ve kronik üriner retansiyon nedeniyle sondalı olarak başvurdu. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve parkinson hastalığı mevcuttu. Fizik muayenesinde hasta astenik, mobilizasyonu sınırlı bulundu ve digital rektal muayede prostatın rektumu doldurduğu gözlemlendi. Laboratuvar testlerinde ise böbrek fonksiyonları normal, hemoglobini: 10 g/dL ve psa: 87ng/dL olarak saptandı. Hastanın ultrasonografik incelemesinde 14x12x11 cm boyutunda ve volüm 967 ml olan dev prostat gözlemlendi (Resim 1). Hastanın retrograd sistogramında ise mesane kapasitesi 200 cc ve mesane kraniale itilmiş olarak izlendi (Resim 2). Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomogra-

fide ise 12x11cm boyutlarında dev prostat olarak rapor edildi (Resim 3). Hasta 3 kez makroskopik hematüri ve buna bağlı gelişen hemoglobin düşüklüğüne yönelik kan transfüzyonu için hastaneye yatırılarak takip edildi. Pre-operatif yapılan kardiyolojik değerlendirmede ejeksiyon fraksiyonu %52, inferior ve inferiobazal duvarların hipokinetik olduğu, birinci dereceden aort valv yetmezliği saptandı. Hasta anestezi açısından yüksek riskli kabul edildi. Hastaya transvezikal açık prostatektomi planlandı ve hasta ve hasta yakınlarından gerekli bilgilendirilmiş onam formu alındı. Preoperatif tromboemboli açısından antikuagülan (cleaxane 0.4 ml 2x1 sc) profilaksisi yapıldı ve varis çorabı giydirildi. Operasyonda genel anestezi uygulandı. Anestezi başlangıcında hipotansiyon gelişti ancak dopamin infüzyon tedavisi ile tansiyon regülasyonu sağlandı. Prostatektomi öncesinde yapılan üretroskopide dev prostat ve prostatik üretra 10.5 cm olarak izlendi ve sistoskop ile mesaneye ancak erişilebildi. Abdominal göbek altı orta hat kesisi ile transvezikal olarak prostata ulaşıldı. Adenom dokuları çıkartıldıktan hemen sonra hastada tekrar hipotansiyon gelişti. Hızla operasyon tamamlandı. Operasyonda 300 cc kanama oldu ve peroperatif 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Operasyon yaklaşık 140 dakikada tamamlandı. İntraoperatif başlanılan CPR'a rağmen hipotansiyonu düzeltilemeyen hasta postoperatif 2.saatte yoğun bakımda kaybedildi. Patoloji raporunda 586 gr ağırlığında ve 18x17x7 cm boyutunda olan prostat dokusunun histopatolojik incelemesi nodüler hiperplazi (benign prostat dokusu) olarak bildirildi (Resim 4). Radyolojik olarak daha büyük prostat gözlenirken, patoloji spesmeninin kuru ağırlığı daha az saptanmış oldu. Rezidü

Tablo 1. Literatürde bazı dev prostat ile ilgili çalışmalar (7 no'lu kaynaktan yararlanılmıştır)

Yazar	Tarih	Ağırlık (gr)
MedinaPerez ve ark (6)	1997	2410
Ockerbland (4)	1946	820
Ucer ve ark (7)	2010	734
Nelson (11)	1940	720
Gilbert (12)	1939	713
Wadstein (13)	1938	705
Lantzius – Beninga (14)	1966	705
Ashamalla ve Ahmed (15)	1972	695
Thomson – Walker (16)	1920	680
Yılmaz ve ark (10)	2006	610
Bacon (17)	1949	602
De Silva-Gutiérrez (9)	2010	600
Fishman ve Merrill (3)	1993	526

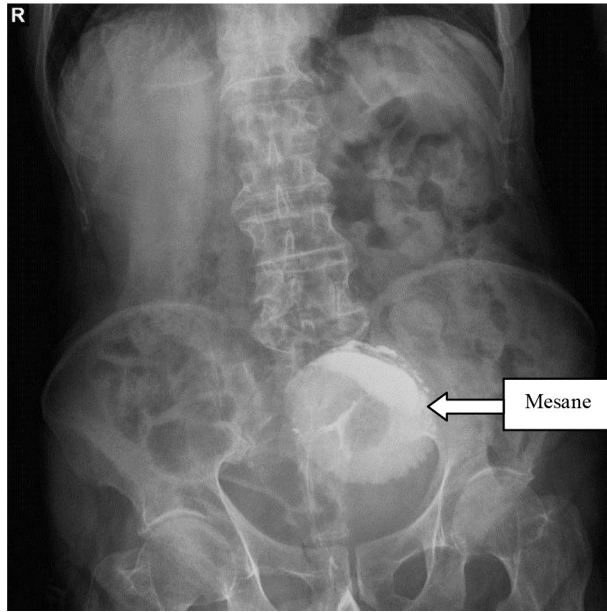
prostat adenom dokusu kalmadığı düşünüldüğünde bu farklılık tam açıklanamadı.

Tartışma

Suprapubik basit açık prostatektomi, BPH tedavisinde minimal invaziv tedavi yöntemlerin gelişmesi sonrası daha az kullanılmakla birlikte günümüzde büyük prostat olgularında kullanılan hızlı ve etkili bir cerrahi yöntemdir. Dev prostatların için ise seçkin bir girişim olarak kullanılmaktadır. Dev prostatın patogenezi kesin bilinmemekle birlikte büyüme faktörlerinin aşırı artması veya inhibitör faktörlerin ileri derece azalması olabileceği belirtilmektedir (9). Dev prostat, farklı görüşler olsa da genel olarak 500 gramdan büyük prostatlar için kullanılmaktadır (3,9). Literatürde 2410 gram ile en büyük



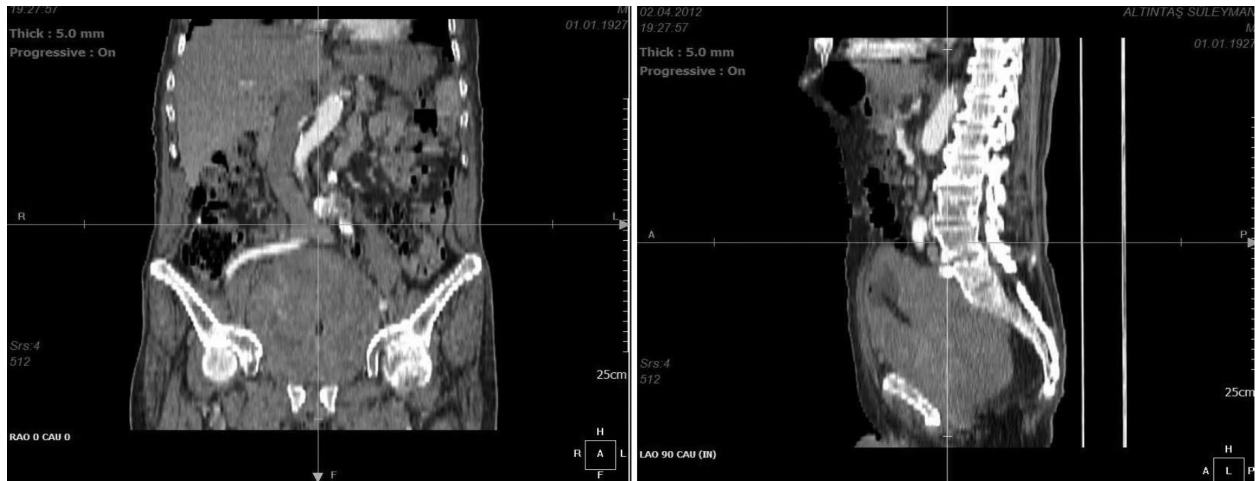
Resim 1. Dev prostatın ultrasonografik görünümü



Resim 2. Retrograd sistografi

pubik transvezikal prostatektomi uyguladık. Cerrahi süre normal olmasına ve belirgin bir kanama komplikasyonu olmamasına rağmen adenom dokusunun enükleasyonu takiben hastada aniden hipotansiyon gelişmesini (net açıklanamasa da bunda) kardiyak bir patoloji veya preoperatif profilaksi yapılmasına karşı gelişen tromboembolik bir sürece bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Periprostatik pleksuslarda prostat basısına bağlı oluşan dolaşım bozukluğu ve bu zeminde oluşan pıhtıların, enükleasyon sonrası yeniden başlayan dolaşım ile tromboembolik bir sürece dönüşmüş olduğu kanısındayız.

Dev prostat için transvezikal veya retropubik basit prostatektomi yöntemleri kullanılabilir (6,10,19). Cerrahi öncesi sadece ultrasonografik görüntülemenin yeterli olabileceği ifade edenler olsa da dev prostatlarda bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans ile ürografi görüntülemesi önerilmektedir (7,10,20). Tromboemboli açısından riskli olgular da alt ekstremité renkli dopler



Resim 3. Dev prostatın Abdomen BT de farklı planlarda görünüşü

ağırlığa sahip prostat olgusuna rastlanılabilirse de 500 gramdan büyük prostat olgulara az sayıdadır (3,4,6,7,9-17). Ülkemizden de 734 ve 610 gramlık dev prostat olgu sunumları mevcuttur (7,10). Ulaşabildiğimiz yayınlar göz önüne alırsa olgumuz ülkemizdeki üçüncü dev prostat olgusudur. Tablo 1’de literatürde bulunan bazı dev prostat olgularına ait bilgiler özetlenmektedir.

Dev prostat cerrahisinin en önemli mortalite sebeplerinden birisinin kanama olabileceği düşünülmektedir. Japonya’da yapılan dev prostat cerrahisi sonrası kanamaya bağlı ölüm bildirilmiştir (4,18). Biz olgumuzda supra-





Resim 4. Prostatektomi spesmeni

de cerrahi ile başarılı olunabilmektedir. Ancak bu cerrahinin tromboembolik sorunlar, serebrovasküler olay gibi morbidite ve mortalitesi olabileceği unutulmamalı ve hastalar bu yönde bilgilendirilmelidir. Bu hastalarda tromboemboli açısından preoperatif ve intraoperatif önlemler alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Oelke M, Bachmann A, Descaseaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. Guidelines on the management of male lower urinary tract symptoms, incl. Benign prostatic obstruction. European Association of Urology 2012 <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>
2. Soria-Fernandez GR, Jungfermann-Guzman JR, Lomelín-Ramos JP, Jaspersen-Gastelum J, Rosas-Nava JE. Giant benign prostatic hyperplasia. *Cir Cir* 2012;80:508-510.
3. Fishman J R, Merrill D C. A case of giant prostatic hyperplasia. *Urology* 1993;42:36-337.
4. Ockerblad N F. Giant prostate: the largest recorded. *J Urol* 1946;56:81-82.
5. Singh I, Hudson JE, Hemal AK. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy for a giant prostate with retrieval of vesical stones. *IntUrol Nephrol* 2010;42:615-619
6. Mediana Perez M, Valero Perez J, Valpuesta Fernandez I, Sanchez Gonzalez M. Giant hypertrophy of the prostate: 2410 grams of weight and 24 cm in diameter. *Arch Esp Urol* 1997;50:795-7.
7. Ücer O, Başer Ö, Gümüş B. Giant prostatic hyperplasia: case report and literature review. *Dicle Medical Journal* 2011;38:489-491.
8. Akpo EE, Akpo MO. Giant benign prostatic hyperplasia in a nigerian: report of a case. *The Internet Journal of Urology* 2011;8:1.
9. De Silva-Gutiérrez A, Pérez-Evia CA, Alcocer-Gaxiola B, MartínezMéndez ME. Hiperplasia prostática gigante. In: *Forme de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Mex Urol* 2010;70:183-186.
10. Yilmaz K, Istanbuluoğlu O, Guven S, Kilinc M. Giant prostatic hyperplasia: case report. *Int Urol Nephrol* 2006;38:587-9.
11. Nelson OA. Largest recorded prostate. *Urol Cutan Rev* 1940;44:454-5.
12. Gilbert JB. One-stage suprapubic prostatectomy for a gland weighing 713 grams (one and a half pounds). *Urol Cutan Rev* 1939;43:309-10.
13. Wadstein T. The largest surgically removed hypertrophied prostate. *JAMA* 1938;110:509.
14. Lantzius BF. Prostate of world record size. *J Urol Nephrol* 1966; 59:77-9.
15. Ashamalla GR, Ahmed AM. Giant prostatic hypertrophy. *Arch Surg* 1972; 105:769- 70.
16. Walker JW. Haemorrhage and postoperative obstruction in suprapubic prostatectomy: and an open operation for their prevention. *British Journal of Surgery* 1920;7: 525-36.
17. Bacon SK. Retropubic prostatectomy: early technical difficulties, report of removal of giant prostate. *J Urol* 1949;61:571-4.
18. Kawamura S, Takata K, Yoshia I, Matsui SA. Case of giant prostatic hypertrophy. *Hinyokika Kiyo* 1984;30:861-1866 .
19. Acuña E, Morales C, Silva M, Olivares R. Manejo quirúrgico transvesical de la hiperplasia prostática benigna. servicio de urología hospital barros-luco-trudeau. *Rev Chile Urol* 2003;68:193-198.
20. Huang K, He LY. Giant prostatic hyperplasia: a case report and review of the literature. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2011;17:151-155.