

ÇEŞİTLİ YÖNLERİYLE ERKEK URETRA DARLIKLARI (120 vak'anın analizi)

Dr. Rahmi Gerçel *

Dr. Orhan Göğüş **

GİRİŞ

Çeşitli sebeplerle husule gelen uretral darlıkların büyük çoğunluğunun ömür boyunca devam etmesine ve birçok hastaların darlık komplikasyonlarından malûl ve hatta ölüme mahkûm olmalarına rağmen, bu önemli konu üzerine spesialistler dahi ciddiyetle eğilmemekte; klasifikasyonu, etyo - patolojisi ve tedavi prensipleri üzerinde çok ayrı fikirler bulunmaktadır. Antibiyotik devrine kadar darlıklı hastalar Üroloji polikliniklerinde büyük çoğunluk teşkil ederdi. Bu gün dahi % 90 ı postgonoreik olan ve genellikle ön uretrada yerleşen iltihabi darlıkların bir kısmı ozamandan kalmış hastalardır.

Son 25 yıl içinde vukua gelen darlıklarda genel sebep ise; artan endüstri ve trafik kazalarından mütevellit uretral travma ve trans-uretral müdahalelerdir.

Bu konuda JOHN SYNG DORSEY'in sözlerini daima hatırlamak gerekir. «Pelvis kemiklerinin kırılmasına sebep olan kuvvet tarafından meydana getirilen komplikasyon ve zararlar, kırıklardan çok daha önemlidir». Pelvis kırıklarında üriner sistemin yaralanma oranı % 10 - 12 kadardır (3,7). Bu ise ekseriya pelvis halkasının (ön kısım) kırıldığı ve ramusların içe deplase olduğu yan travmalarda görülür (10). Uretra kırılan kemik fragmanın tesiri ile delinir, yırtılır veya kopar. Pelvis kırıkları %60 - 70 erkeklerde, % 30 - 40, kadınlarda ve ekseriya 30 - 40 yaşlarında görülür. Türkiye'de sebep; % 75 trafik kazaları, % 20 yüksekte düşme, % 3 - 5 çöküntü altında kalmalardır (7).

* A. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Profesörü.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Uzman Asistanı.

Bu tip ağır travmalardan başka, çarpma ve ata biner vaziyette hafif düşmelerden sonra da, lig. suspensorium penis, lig prostatika, ve diafragma urogenitale'nin ani kasılmasıyla uretrada yırtılma ve hatta kopma vukua gelebilir. Travmatik uretra darlıkları; % 50 bulböz uretrada, % 40 membranö - prostatik pretrada, % 5 de penil pretrada lokalize olur (14).

Uretradaki yırtılma ve kopmalar için travmadan önce enstrümantasyon, prostat hipertrofisi, Tbc, karsinoma, uretral valv, kontrakte mesane, dolu mesanedeki hidrostatik tazyik ve ileri derecedeki enfeksiyon predispozan faktörlerdendir (20).

Prostat hipertrofisi, kollum sklerozu, uretra taşı, median bar, uretra divertikülü, uretra tümörleri, kistleri ve spazmodik darlıklarından ayırd edilmesi gerekli uretranın organik darlıklarının başlıca komplikasyonları :

Obstrüksiyon gerisinde ulserasyon, periuretrit, periuretral apse, idrar ekstravazasyonu ve fistül, uretral divertikül, vak'aların % 27 sinde yukarı üriner sistemde idrar stazi, enfeksiyon ve böbrek yetmezliği (5), % 22 sinde ureter ve yukarı üriner sistemde taş (5), % 20 - 25 inde uretral kateterizasyon sonucu ateş yükselmesi (5, 14), Uro - hepatik sendrom, nadiren pyogen hepatit ve bakteri şoku (5), retrograt ejakulasyon, parsiyel ejakulasyon ve impotens, epididimitis, epididimer kist ve semptomatik hidrosel, takriben % 15 vak'ada inguinal herni ve hemoroiddir (13).

MATERYEL VE METOT

1956 - 1966 yılları arasında Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde yatan 120 erkek uretra darlığı vak'ası çeşitli yönlerden incelenmiş, sonuçlar literatür bulgusu ile mukayese edilerek, memlekemize has özelliklere değinilmiştir.

1 — Vak'alarımızın % 35.8 i iltihabi, % 35 i travmatik, % 11.7 si de postoperatif darlıklardır. Anamnezlerinde belirli iltihap veya travma tespit edilemeyenler «sebebi meçhul gruba» katılmıştır (Tablo 1).

2 — 120 vak'a klinik muayene ve uretrografik tetkikle ön ve arka olma üzere iki gruba ayrılmıştır. İltihabi darlıkların büyük çoğunluğu ön uretrada, diğer darlıklar ise ekseriya arka uretrada bulunmaktadır. (Tablo 1).

TABLO : 1
120 ERKEK URETRA DARLIĞI VAK'ASINDA DARLIĞIN
CİNSİ VE LOKALİZASYONU

Darlığın Cinsi	Ön Uretra	Arka Uretra	Toplam	Yüzde Oranı
İltihabi	36	7	43	35.8
Travmatik	3	39	42	35.0
Postoperatif	2	12	14	11.7
Sebebi belli olmıyan	5	16	21	17.5
T O P L A M	47	74	120	100.0

3 — 120 vak'anın yaş durumları tablo 2. de görülmekte olup, travmatik darlıkların çoğunluğu (% 78.6) bedeni aktivitenin yüksek bulunduğu 10-40 yaşları arasındadır. Diğer yaşlarda bu nisbet % 21.4'e düşmektedir.

Postoperatif darlıklar ise. en çok 50-70 ve 10-20 yaşlar arasında görülmektedir (% 85.7).

50-70 yaşlar arasındaki postoperatif darlıkların başlıca sebebi; prostatektomi, 10-20 yaşlar arasındakilerin ise sistolitotomi ve posterior uretrolitotomidir (Tablo 3).

4 — 42 travmatik uretra darlığı vak'asında; trafik kazası ve düşmeler başlıca sebeptir (% 71.3) (Tablo 4).

5 — 42 travmatik uretra darlığı vak'asında lokalizasyon nisbetleri klasik bilgilere uymaktadır. Nitekim bunların % 52'si membranöz - prostatik. % 32'si bulbo - membranöz ve % 16'sı da bulböz uretradır.

TABLO : 2
120 ERKEK URETRA DARLIĞINDA YAŞ DURUMLARI

YAŞ	iltihabi	Travmatik	Post Operatif	Sebebi belli olmıyan	Toplam	Yüzde Oranı
0 - 10	—	2	—	5	7	5.8
11 - 20	2	II	4	—	17	17.2
21 - 30	5	14	—	6	25	20.8
31 - 40	9	8	—	6	23	L 9.1
41 - 50	L 2	4	I.	3	20	L 6.5
51 - 60	II	I	4	I	17	L 4.1
61 - 70	3	I	4	—	3	2.5
71 - 80	I	I	I	—	8	6.6
TOPLAM	43	42	14	21	L 20	100.0

TABLO : 3
14 POSTOPERATİF DARLIK VAK'ASININ
SEBEPLERİ

Sebep	Vak'a sayısı	Yüzde
Prosttekteomi	7	50.0
Sistolitotomi ve daimi sonda	4	28.5
Posterior uretrolitotomi	2	14.3
Kollum rezeksiyonu	1	7.2
T O P L A M	14	100.0

6 — 42 travmatik uretra darlığı vak'amızın % 69'u ilk üç ayda, % 88'i ise olaydan sonra bir sene içerisinde semptom vermişlerdi. Vak'aların 43'ü travmadan hemen sonra hiç idrar yapamamışlardır (Tablo 5).

Travmatik darlıklar ekseriya 15-20 gün içerisinde semptom verirlersedeyse, ön üretrada 15-25 sene sonra ortaya çıkan travmatik darlıklar da vardır (1, 2, 4, 14).

7 — Klasiklerde prostatektomiden sonraki darlık semptomlarının 1-3 ay içerisinde teessüs ettiği bildirilmekte ise de (15, 21, 22), bizim postoperatif 14 darlık vak'amızın 10'u (% 71.4) ameliyattan 6-36 ay sonra darlık belirtileriyle gelmiştir (Tablo 5).

Transuretral prostat rezeksiyonunda % 20 nisbetinde görülen darlıklar, genellikle eksternal meatusun 1 cm. iç kısmı ile, bulbo - membranöz birleşekte lokalize olur. Eksternal uretrotomi ve Cortizon tedavisi bu komplikasyonu azaltır (15, 21, 22).

8 — 43 iltihabi uretra darlığı serimizde sebep; 40 vak'ada gonokaksik uretrit, 2 vak'ada nonspesifik uretrit, bir vak'ada da periuretral apse drenajıdır. Vak'aların % 93'ünde 3-25 yıl sonra semptomlar görülmüştür ki, klasiklere tamamen uymaktadır (1, 2, 8, 14, 9).

TABLO 4. 42 TRAVMATİK URETRA DARLIĞI
VAKASININ SEBEPLERİ

S E B E P	Vaka Sayısı	Yüzde Oranı
DÜŞME (Yüksekten, kamyondan, attan, ağaçtan)	13	30.9
BİR CİSİM ALTINDA KALMA (arabası v.s.)	17	40.4
TRAFİK KAZASI (Kamyon, otomobil, at)	11	26.9
MASTURBASYON	1	2.7
T O P L A M	42	100.0

İltihabi uretra darlıklarının % 83.7 sinin ön uretra da lokalize olduğu tablo 1. de görülmektedir.

TABLO 5. URETRAL DARLIK SEMPTOMLARININ OLAYDAN SONRA MEYDANA ÇIKIŞ SÜRESİ

Semptomların olaydan sonra meydana çıkış süresi	Travmatik	İltihabi	Postoperatif	TOPLAM
Hemen	18	—	1	19
1 ay sonra	3	—	—	3
1-3 ay sonra	8	—	—	8
3-6 ay sonra	2	—	—	2
6-12 ay sonra	6	—	2	8
1-2 yıl sonra	1	3	6	10
2-3 yıl sonra	1	1	2	4
3-10 yıl sonra	1	7	2	10
10-15 yıl sonra	2	5	1	8
15-20 yıl sonra	—	13	—	13
20-25 yıl sonra	—	5	—	5
25 yıldan sonra	—	9	—	9
TOPLAM	42	43	14	99

9 — 120 erkek uretra darlığı vak'amızda komplikasyonlar:

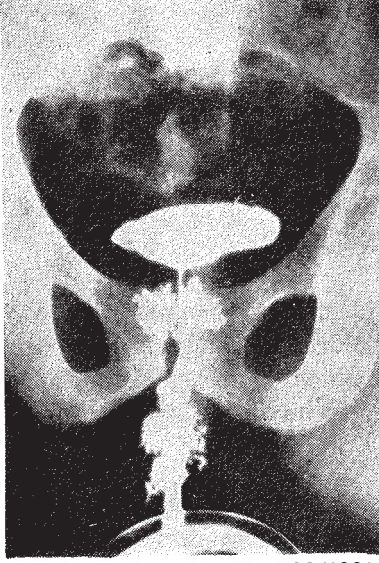
- % 80 üriner enfeksiyon.
- % 20 çeşitli uretral fistül.
- % 10 üriner sistem taşı.
- % 33 yukarı idrar yollarında dilatasyon.
- % 16 böbreklerde ileri derecede fonksiyon kaybı.

TEDAVİ

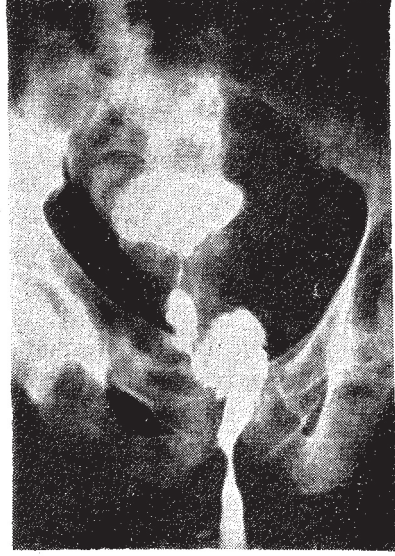
Dilatasyon, operasyon, ve Kortizon - Furacine tatbikatıdır. Husule gelen bir darlık ekseriya ömür boyunca devam eder, ve periodik dilatasyonları gerektirir. Bunlarda uretral operasyonlar dahi radikal bir tedavi şekli olmayıp, dilatasyonu kolaylaştıran metotlardır. Tedavi metodu seçilirken :

1 — Darlığın kalibresi,

2 — Yeri, uzunluğu,



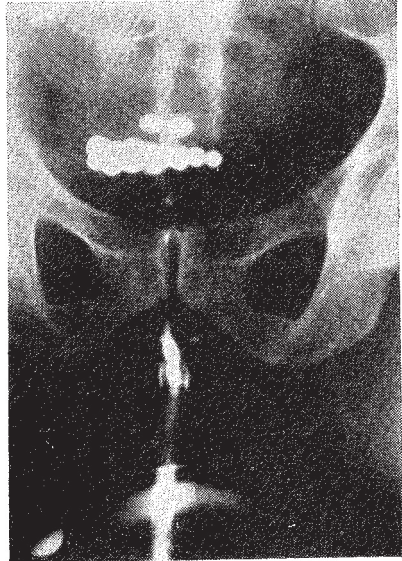
Resim : 1 — M. K. 606/1921
Travmatik uretra darlığı ve
Periuretral fistüller.



Resim : 2 — İ. Ö. 1965/15
Travmatik uretra darlığı ve
uretra dislokasyonu.



Resim : 3 — İ. E. 1965/348
Travmatik uretra darlığı ve uretra
ile birlikte mesane dislokasyonu.



Resim : 4 — N. S. 1960/152
Travmatik uretra darlığı sonucu
mesanede taş teşekkülü.

- 3 — Tek veya müteaddit oluşu,
- 4 — Şekli,
- 5 — Şahsın genel durumu ve komplikasyonları,
- 6 — Dilatasyonlara cevabı,
- 7 — Hastanın sosyal durumu ve hekimle teşriki - mesai edebilme imkânları dikkate alınmalıdır.

Dilatasyon tedavisinin; uretral sok, uretral hemoraji, ateş ve urogenital enfeksiyon, uretra yırtıkları, idrar retansiyonu, periuretrit ve periuretral apse, enstrüman parçalarının uretra ve mesanede kalması gibi komplikasyonları bulunması, bu işi tecrübeli kimsele-
rin yapmasını gerektirmektedir.

Son zamanlarda dilatasyon esnasında madeni buji ile tatbik edilen yüksek frekanslı diaterminin fayda sağlamadığı, lokal furasin ve kortizon tatbikatı ile uretral kanalın B - irradiasyonunun faydalı olduğu kanısına varılmıştır (12, 16, 17, 18). Uretra posteriorun küretajı ve elektroforajı, silikon, dakron, teflon ile yama veya uretra protezleri tarif edilmişse de, tatbikat sahası bulumamıştır (6, 9, 11, 17, 18, 19).

Bizim müşahedelerimize göre, memleketimizde bu hastaların büyük bir kısmı ileri derecede darlık belirtileri ve komplikasyonları meydana gelmeden hekime müracaat etmemektedirler. Bunda malî durumlarının iyi olmaması, kültürel noksanlığın doğurduğu ihmal ve manüplasyonların verdiği korku rol oynamaktadır. En iyi çare darlıklı hastalara otodilatasyonları, bu esnada alınacak tedbirleri öğretmek ve bu konudaki en mühim enstrümanları temin etmektedir.

Pek çok çeşitleri olan ve hekimin tecrübesiyle, vak'anın özelliği dikkate alınarak seçilecek opreasyon şekli :

- 1 — Darlıktan herhangi bir aletin geçmediği,
- 2 — Bir süre üretranın dinlendirilmesi gerektiği (Sistostomi),
- 3 — Her enstrümantasyondan sonra ateş, hemoraji ve retansiyon vukua geldiği,

- 4 — Dilatasyonlardan kısa zaman sonra tekrar ve ileri derecede darlık vuku bulduğu,
- 5 — Periuretral apse, fistül, mesane ve böbrek komplikasyonları görüldüğü,
- 6 — Hastanın dilatasyonları katiyetle refüze ettiği durumlarda tatbik edilir.

120 erkek uretra darlığı vakamızda tatbik edilen tedavi şekilleri tablo 6. da gösterilmiştir.

Retrograt dilatasyon yapılan 23 vakadan 21 inde ileri derecede salâh temin edilmiş, 2 tanesinde sonda geçirilmeye muvaffak olunamadığından yalnız sistostomi yapılmıştır. Vakaların % 67 si uretral dilatasyonla, % 19 u da sistostomi + Retrograt dilatasyonla tedavi edilmişlerdir. Bunların 1/4 ü nüks sebebiyle mükerreren müracaat etmişler ve bir kısmına kendi kendilerine dilatasyon yapmaları öğretilmiştir. Bu şekilde hastalar rahata kavuşmuşlardır.

TABLO 6.

120 ERKEK ÜRETRA DARLIĞI VAK'AMIZDA TATBİK
EDİLEN TEDAVİ ŞEKİLLERİ

Tedavinin cinsi	İltihabi	Trav- matik	Post Opera.	Sebebi belli olmıyan	Toplam	Yüzde oranı
Dilatasyon						
Acil sistostomi ve retrograt dilatasyon	34	18	11	17	80	66.7
Meatotomi	4	16	2	1	23	19.2
Uretero-sigmoidostomi	—	—	—	3	3	2.5
(Coffey)	—	1	—	—	1	0.8
Tedaviyi kabul etmeyen	5	7	1	—	13	10.8
	43	42	14	21	120	100.0

Vak'aların 3 ünde meatotomi, birine uretero - sigmoidostomi, ikisine yalnız sistostomi yapılmıştır. Hastaların takriben % 10 una böbrek fonksiyonunun ileri derecede bozukluğu ve genel durum düşkünlüğü dolayısıyla veya müdahaleyi refüze etmeleri sebebiyle herhangi bir tedavi tatbik edilememiştir.

Vak'alarımızın 17 sinde (% 14) kliniğimizde veya başka bir hastahane acil sistostomi yapmak gerekmiştir.

SONUÇ

Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde yatırılarak tetkik ve tedavi edilen 120 erkek üretra darlığından % 35.8 i iltihabi, % 35 i travmatik, % 11.7 si post-operatif ve % 17.5 i sebebi belli olmayan darlıklardır.

İltihabi darlıkların büyük çoğunluğunda sebep; eskiden geçirilmiş gonokoksik üretik iken, travmatik olanlarda; trafik kazaları ve düşmeler (% 71.3) başlıca rolü oynamaktadır.

Travmatik darlıkların % 80 ninde olaydan sonraki ilk yıl içinde semptomlar meydana çıkmıştır.

Memleketimizde kültürel noksanlıklar ve maddi imkânsızlıklar dolayısıyla, özellikle pelvis travmalarından sonra acil tedavi çok defa tam yapılamamaktadır. Hastalar semptomların başlamasından sonraki ilk devirlerde ekseriya hekime müracaat etmediklerinden ileri derecede fibrozis vukua gelmekte; neticede dilatasyonlardan yeterli sonuç alınamamaktadır. Vakaların 1/5 inde retrograt dilatasyon yapılmak mecburiyetinde kalınması ve bir kısmına bunun da mümkün olmaması bu durumun açık belirtisidir.

Aynı nedenle üriner enfeksiyon, fistül, bilateral ureterohidronefroz ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar ve ölümler de bizim vakalarımızda daha fazla görülmektedir.

Bilhassa pelvik travmalarından sonra uretral yaralanma oranının oldukça yüksek nisbette görüldüğü (% 10 - 12) düşünülerek, dikkatli bir uretra kontrolü ve gerekli acil tedavi yapılmalı ve sonraki dilatasyonların kolaylaştırılması sağlanmalıdır. Aksi takdirde, memleketimizde artan trafik ve endüstri kazalarından sonra daha da çok travmatik uretra darlıkları ve komplikasyonları görülecek ve ölüm yüzdeleri de artacaktır.

ÖZET

1956 - 1969 yılları arasında Ankara Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğine yatırılarak tetkiki ve tedavi edilen 120 erkek uretra darlığı vakası çeşitli yönlerden bir analize tabi tutularak, tartışılmış, memleketimizdeki özellikleri, acil tedavileri ve dilatasyonlar esnasında dikkat edilmesi gereken tedbirler üzerinde durulmuş ve tedaviden elde edilen sonuçlar bildirilmiştir.

SUMMARY

Male Urethral stricture with various Aspects.

Between 1956 - 1969, In fourteen years, 120 cases of Urethral stricture admitted to Urological Department, Medical Faculty of Ankara, have been studied and discussed from various aspects.

The Properties of this disease in our country and the necessary measures to be taken during urgency and dilatation therapy have been explained. The results obtained from medical and surgical therapy have been reported.

LİTERATÜR

- 1 — ALLAN, B. HAWTHORNE and J. K. Mac KINNON : Urethral Structure. Lewis of Surgery. Urology Vol 9. Chap 24. S. 1 - 10. Waltman Walters Co.
- 2 — CAMPBELL MEREDITH : Urology Vol 1, 526 - 548, Urology Vol III: 2744, 1964 Saunders Co.
- 3 — CARRUTHERS, F. M.: Treatment of fractures of the pelvis and their Complications. The Am. Ac. Of Orthopedic Surgery. Vol 10: S. 50, 1953.
- 4 — DANIEL, OWEN : Delayed traumatic structure of the anterior urethra. Brith. J. Of. Urology Vol 24: 225, 1952.
- 5 — DOURMASHINE, L. RAPH : Urethral structure : A Study of 227 cases. The J. of Urol. Vol 68: 496, 1952.
- 6 — FRANCESCHI, EUGENIO : Le Curetage radical de l'urètre posterior. J. d'Urologie. 78: 456, 1957.
- 7 — GİRGİN, ORHAN : Pelvis kırıkları, çıkıkları, komplikasyonları ve tedavisi. İhtisas Tezi. A. Ü. Tıp Fakültesi. 1968.

- 8 — GERÇEL, RAHMI: Uretra yaralanmaları. A. Ü. Tıp Fak. Mec. Cilt XI: 3-4, 1958.
- 9 — GÜNALP, İHSAN: Urogenital sistem yaralanmaları Travmatoloji Konferansları. Ankara, 1965.
- 10 — KISHEV, STEPHAN: Nos méthodes opératoires des rétrécissement des diverses portions de l'uretre. Acta Urol. Belgica 33: 5, 1965.
- 11 — KOÇ VAR, Sv.: Urethral substitution with dacron and tfelon protheses. J. of Urol. 88: 365, 1962.
- 12 — LYONS, K. MELVIN and BONNER, D.: Charles: Local injections of hydrocortisone for the effective treatment of circumscribed structures of deep bulbous urethra. J. of Urol. 77: 741, 1957.
- 13 — MARSHALL, A.: The Complications of urethral structures. Bruth. J. of Urol. 30: 348, 1958.
- 14 — Mc CREA, E. D'ARCY: Disease of the urethra and penis. London, Simpkin - Marshall Ltd. 1940 Sahife 128-140.
- 15 — NESBİT, M. REED: Transurethral Prostatectomy. 1946 Tercüme: Prof. Dr. İhsan Günalp.
- 16 — PEARLE, I. J.: Intraluminal beta irradiation in leukoplakia constricting male urethra. J. of Urolo. 91: 76, 1964.
- 17 — PÉLOT, G.: Forage diathermique d'un rétrécissement post traumatique de l'urètre bulbo-membraneux bas situ. J. D'Urol. et de Néph. 67: 809, 1961.
- 18 — PÉLOT, G.: Forage électrique des sténosis cicatricielles des l'urètre Postérieur. J. D'urol et de Néph. 66: 543, 1960.
- 19 — NICOLA, R. ROBERT: Permanen Artificial silicone urethra. J. of Urol. 63: 168, 1950.
- 20 — PETER, A. HERBUT: Urological Pathology. 43, 1952. London.
- 21 — WEYRAUCH, M. HENRY: Surgery of the Prostate. W. B. Saunders C. U.S.A. 1963, S. 477.
- 22 — WARRES, L. HERBET: Urethral Structure following transurethral resection of the prostate. J. Of. Urol. 79: 989, 1958.