

Penil Üretral Kanser ile Birlikte Postprostatektomik İnkontinans Olgusunda Konservatif Cerrahi Yaklaşım: Eş Zamanlı Parsiyel Penektomi ve Ayarlanabilir Transobturator Erkek Sling Operasyonu
Conservative Surgical Treatment in a Patient with Penile Urethral Cancer and Postprostatectomy Incontinence: Partial Penectomy and Adjustable Transobturator Male Sling

¹Gökhan Hadi Komesli, ²Çetin Yeşilli

¹Eskişehir Askeri Hastanesi Üroloji Kliniği
²Eskişehir Özel Medline Hastanesi, Üroloji Kliniği

Yazışma Adresi

Dr. G. Hadi Komesli
Eskişehir Askeri Hastanesi
Üroloji Kliniği

Tel: 05333020211

e-mail:
gokhan_komesli@hotmail.com

Özet

Üriner sistem kanserleri arasında primer üretral kanser oldukça nadir görülür. En sık bulbomembranöz üretra, daha az sıklıkta penil üretra ve prostatik üretra tutulumu göstermektedir. Erkek üretral kanserlerin %80'ini skuamöz hücreli karsinom, %15'ini transizyonel hücreli karsinom, %5'ini adenokanserler, melanoma, lenfoma ve sarkoma oluşturur. Üretral kanserlerin tedavisinde tümörün evresi, derecesi, lokalizasyonuna göre konservatif cerrahi tedavilerden radikal rezeksiyon ve üriner diversiyona kadar değişen prosedürler uygulanabilmektedir. Distal üretral kanserlerin tedavisinde lokal tümör kontrolünün mümkün olması nedeniyle genellikle konservatif cerrahi yaklaşımlar tercih edilmektedir.

Bu yazıda primer üretral kanser ve postprostatektomik inkontinans nedeniyle parsiyel penektomi ve transobturator ayarlanabilir bulboüretral sling uyguladığımız bir olgu sunulmuştur. Bilgilerimize göre eş zamanlı parsiyel penektomi ve transobturator sling operasyonu yapılan literatürde ilk vakayı bildirmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Erkek, sling, penektomi, üretral kanser.

Abstract

Among the urinary cancers, primary urethral cancer is a quite rare. Overall, 80% of male urethral cancers are squamous cell carcinoma; 15% are transitional cell carcinoma; and 5% are adenocarcinoma, melanoma, lymphoma and sarcoma. In the treatment of urethral cancer, various surgical treatments are being used include conservative surgical treatment and radical resection and urinary diversion due to the localization of the lesion. Generally, distal urethral carcinoma is more amenable to surgical control, conservative surgical treatment are preferred.

In this paper, a case with primary penile urethral carcinoma and postprostatectomic urinary incontinence who treated by partial penectomy and transobturator adjustable bulbourethral sling are presented. To our knowledge this is a first case which is partial penectomy and transobturator sling were performed synchronously.

Key Words: Male, sling, penectomy, urethral cancer

Giriş

Primer üretral kanserler tüm malignitelerin %1'inden daha az oranda görülürler (1). Hastaların yarısından fazlasında üretral darlık ve 1/4'inde seksüel yolla bulaşıcı hastalık öyküsü vardır (1). En sık görülen semptomlar; üretral kanama, palpabl üretral kitle ve obstrüktif işeme semptomlarıdır. Üretrada en sık bulbomembranöz (%60), penil (%30) ve prostatik üretra (%10) bölümlerinde lokalizedir. Anatomik lokalizasyona göre histolojik tipleri değişebilir. Prostatik üretrada transisyonel hücreli kanser en sık görülürken (%90) penil üretrada skuamöz hücreli kanser en sık görülür (1). Genel olarak distal üretral kanserler proksimal üretral kanserlere göre daha düşük klinik evrede tespit edilir ve daha iyi prognoza sahiptir.(2)

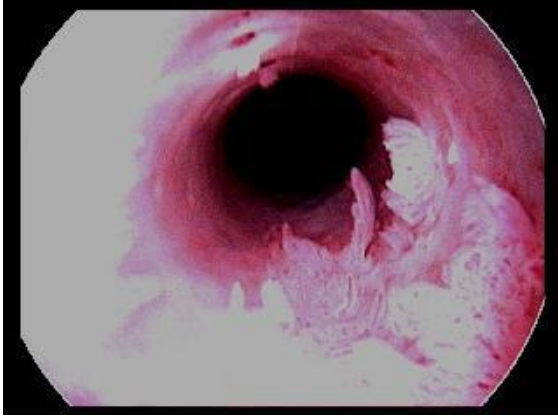
Üretral kanserlerin tedavisi tümörün lokalizasyonuna, klinik evre ve derecesine göre değişir. Penil üretrada yüzeysel papiller düşük evreli tümörlerde transüretral rezeksiyon, lokal eksizyon, distal ürektomi ve perineal üretrastomi uygulanabilir (3). Distal penil üretrada lokalize ve korpus spongiozuma infiltrasyon yapmış tümörlerde 2 cm. negatif sınır bırakarak parsiyel penektomi önerilmiştir (3-5).

Kliniğimize sık tekrarlayan üretral darlık, üretral kanama ve üriner inkontinans nedeniyle müracaat eden ve primer penil üretral kanser ve postprostatektomik inkontinans nedeniyle eş zamanlı parsiyel penektomi ve ayarlanabilir transobturator erkek sling operasyonu uyguladığımız olguyu sunmaktayız.

Seksen yaşında erkek hastaya Ocak 2009 yılında BPH nedeniyle TUR-P yapılmış. Postoperatif 3. ayda anterior üretral darlık nedeniyle hastaya 6 ay ara ile toplam 4 kez internal üretrastomi yapılmış. Bu operasyonlardan sonra hastada gelişen inkontinans nedeniyle hastaya 3 ay pelvik taban kas egzersizi (Kegel) ve antikolinergik ilaç tedavisi uygulanmış. Kliniğimize aralıklı üretral kanama, dizüri, pelvik ve perineal ağrı ve inkontinans (4 ped/gün) yakınmaları ile başvuran hastanın fizik muayenesi, ürodinamik incelemesi, üretrosistoskopisi, idrar mikroskopisi ve rutin kan testleri yapıldı. Fizik muayenede herhangi bir özellik saptanmadı. Ürodinamik incelemede intrensek sfinkter yetmezliği lehine bulgular elde edildi [Mesane kapasitesi ve kompliansı hafif azalmış, detrüstor kontraksiyon gücü normal, non obstrüktif, rezüdü idrar 10ml. , valsalva kaçırma basıncı düşük (40 cmH₂O). Üretrosistoskopik incelemede penil üretrada, fossa navikularisin 2 cm. gerisinden başlayan ve 4 cm' lik segmentte multifokal, en büyüğü 1.5 cm çapında papiller tümöral lezyonlar tespit edildi (Resim 1). Bu lezyonlardan ve mesanede şüpheli bir alandan punch biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme neticesinde üretradan alınan örneklerde skuamöz hücreli kanser tespit edilirken mesaneden alınan örnekte neoplazi tespit edilmedi. Hastaya Abdomen-Pelvik USG, CT, MR incelemeleri yapıldı ve herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Bunun üzerine hastaya eş zamanlı parsiyel penektomi ve transobturator sling operasyonu yapılması planlandı. Hastaya durumu hakkında bilgi verildi. Tedavi seçenekleri anlatıldı. Bilgilendirilmiş rıza onam formu alındı.

Olgu Sunumu

Resim 1. Üretrosistoskopide anterior ü retrada multifokal tümöral lezyonlar.



Operasyona transobturator sling ile başlandı. Litotomi pozisyonunda perineal insizyon yapıp ayarlanabilir bulboüretal transobturator erkek sling (Argus sistem) uygulandı (6).

Cerrahi Teknik:

Ayarlanabilir Transobturator Erkek Sling İmplantasyonu:

Litotomi pozisyonunda orta hat perineal insizyon yapıp bulbospongioz kas ortaya çıkarıldı. İnsizyon perineal cisme doğru uzatıldı. Bulböz üretra bulbospongioz kasla birlikte kavernal cisimlerin proksimal radiksinden serbestlendi. Skrotum lateralinde, uyluk ile perinenin birleştiği katlantı üzerine bilateral 2.5 cm cilt insizyonu yapıldı. Taşıyıcı helikal iğneler bu insizyonlardan geçirilip, obturator faysa perfore edilip üretranın hemen lateralinden çıkılarak sling materyalinin silikon uçları taşıyıcı iğnelerin uçlarına monte edilip içten dışa doğru çekildi. Slingin silikon ped parçası bulböz uretraya bulbospongioz kas ayrılmadan ön yüze yerleştirildi. Silikon uçlara takılan contalar yardımı ile sling gerginliği ayarlandı. 16 F Foley sonda naviküler fossada balonu 3cc SF ile şişirilip tespit edildi. 500 cc SF, serum seti ile Foley

sondaya bağlanıp serumun üst sınırı hastanın pubis kemiğinin 45 cm yüksekliğinde olacak şekilde tespit edildi. Bu seviyede serumun mesaneye akışı gözlenerek sıvı akımı tamamen duruncaya kadar sling materyalinin uçları her iki tarafta gerilerek sabitlendi. Üretrosistokopi yapılarak mesanede ve üretrada yaralanma olmadığı gözlemlendi cilt insizyonları kapatıldı.

Parsiyel Penektomi

Penise sirkumsizyon insizyonu ve degloving yapıldıktan sonra damar sinir paketi bağlanıp kesildi. Sağ ve sol korpus kavernozum en bloc insize edilip sütüre edildi. Üretra 2 cm. tümör negatif sınır bırakılacak şekilde ve 4 cm penis güdüğü bırakılacak şekilde en bloc insize edilip parsiyel penektomi tamamlandı (Resim 2).

Resim 2. Parsiyel penektomi.



Penis güdüğü dorsalde sütüre edilip eksternal üretral meca ventralde penis cildine ağızlaştırıldı ve üretral kateter konuldu (Resim 3). Postoperatif 1. gün kateter alındı.

Resim 3. Postoperatif görünüm.



Histopatolojik inceleme sonucu skuamöz hücreli kanser, korpus kavernozum ve spongiozum intakt, cerrahi sınır negatif olarak tespit edildi (TaNxM0).

Postoperatif 3. ay kontrolde hasta kontinan ve üretrosistoskopide üretral güdük ve mesanede tümör tespit edilmedi.

Tartışma

Bu güne kadar çeşitli tedavilerin uygulandığı sınırlı sayıda primer penil üretral kanser olgusu bildirilmiştir (1-4,7-9). Bu durum klinik sonuçların anlamlı analizinin yapılmasını zorlaştırmaktadır. Hastaların yarısından fazlasında üretral darlığın etiolojide rol oynadığı bildirilmiştir (1). Olgumuzda kısa sürede 3 kez üretral darlık nedeniyle internal üretrotomi yapılmış olması etiolojide üretra darlığının rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ancak 2 yılda 4 cm'lik alanda tümör olması tanısının atlanmış olabileceğini de düşündürmektedir.

Düşük dereceli, yüzeysel, distal üretral kanserlerin prognozunun yüksek dereceli, invaziv, posterior üretrada lokalize olan kanserlere göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir (1,4,7). Distal üretral kanserlerin daha iyi prognoza sahip olması lokal cerrahi kontrolün sağlanabilmesine bağlanmış ve parsiyel penektomi, distal

üretrektomi gibi basit lokal prosedürlerin yeterli olduğu, buna karşılık bulbomembranöz yerleşimli kanserlerde radikal cerrahi eksizyon yapılması önerilmiştir (4). Bizim olgumuzda hastanın ileri yaşta olması, tümörün distal üretral yerleşimli olması ve radyolojik ve üretroskopik görüntüsünün düşük klinik evrede olduğunu düşündürmesi nedeniyle parsiyel penektomi uygulamayı tercih ettik. Bazı araştırmacılar transüretral rezeksiyon yaptıkları olguları bildirmişler ve 3 hastada 61 ay, 196 ay ve 300 ay hastaliksız sağ kalım elde etmişlerdir (3,7).

Ancak bizim olgumuzda hastanın ileri yaşta olması, tümörün multifokal olması, daha önce çok sayıda transüretral girişim öyküsünün olması nedeni ile transüretral rezeksiyonu tercih etmedik.

Üretral kanserli olgularda inguinal lenf nodu diseksiyonu konusunda çelişkili yorumlar mevcuttur. Bazı araştırmacılar rutin olarak tüm hastalara sentinel lenf nodu diseksiyonu yaptıklarını ve pozitif olması durumunda inguinal lenf nodu diseksiyonu yaptıklarını bildirmişlerdir (4). Ancak, bazı yazarlar da distal üretral karsinomlu olgularda palpabl lenf nodu olmaması durumunda ilioinguinal lenf nodu diseksiyonu yapılmayabileceğini ve profilaktik lenf nodu diseksiyonunun faydalı olmadığını bildirmişlerdir (8). Bizim olgumuzda da palpabl lenf nodu olmaması ve görüntüleme tekniklerinde lenf nodu tutulumu olmaması ve distal üretral yerleşimli tümör olması nedeni ile lenf nodu diseksiyonu yapılmadı.

Distal üretral karsinomlu olgularda konservatif cerrahi yaklaşımlar ile oldukça başarılı sonuçlar alınmış uzun süreli hastaliksız yaşam süreleri sağlanmıştır.(1-9)

Postprostatektomik inkontinansta hafif- orta şiddetli semptomlu olgularda

ayarlanabilir bulboüretal sling prosedürleri ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir (6,10). Bizim olgumuzda postprostatektomik stres üriner inkontinansa yönelik ayarlanabilir transobturator bulboüretal sling prosedürü uyguladık. Postoperatif 3. ayda, hasta memnuniyeti iyi düzeyde, inkontinansı yok ve ayakta rahat miksiyon yapabilmektedir. Üroflowmetri sonucu normal sınırlarda (nonobstrüktif) ve postmiksiyonel rezidü idrar saptanmadı. Üretrosistoskopide üretra ve mesanede tümöral lezyon izlenmemiş olup periyodik takiplere devam edilmektedir. İnkontinans tedavisi için postoperatif kısa dönem takip sonuçları iyi düzeyde olmakla birlikte çok sayıda hastayı içeren ve uzun takip süreli çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Dalbagni G, Zhang ZF, Lacombe L, Herr HW. Male urethral carcinoma: Analysis of treatment outcome. *Urology*. 1999;53:1126.
2. Anderson KA, McAninch JW. Primary squamous cell carcinoma of anterior male urethra. *Urology*. 1984;23:134.
3. Gheiler EL, Tefilli MV, Tiguert R, Oliveira GJ, Pontes JE, Wood DP. Management of primary urethral cancer. *Urology*. 1998;52:487.
4. Dinney CPN, Johnson DE, Swanson DA, Babaian RJ, von Eschenbach AC. Therapy and prognosis for male anterior urethral carcinoma: An Update. *Urology*. 1994;43:506.
5. Kaplan GW, Bulkley GJ, Grayhack JT. Carcinoma of the male urethra. *J Urol*. 1967;98:36.
6. Romano SV, Metrebian SE, Vaz F, Mulle V, D'Amico CA, Costa DE, et al. An adjustable male sling for treating urinary incontinence after prostatectomy: A phase III trial. *BJU Int*. 2006;97:533.
7. Eng TY, Naguip M, Galang T, Fuller CD. Retrospective study of the treatment of urethral cancer. *Am J Clin Oncol*. 2003;26:558.
8. Hakenberg OW, Franke HJ, Froehner M, Wirth MP. The treatment of primary urethral carcinoma- the dilemmas of a rare condition: Experience with partial urethrectomy and adjuvant chemotherapy. *Onkologie*. 2001;24:48.
9. Davis JW, Schellhammer PF, Schlossberg SM. Conservative surgical therapy for penile and urethral carcinoma. *Urology*. 1999;53:386.
10. Bochove-Overgaauw DM, Shrier BP. An adjustable sling for the treatment of all degrees of male stress urinary incontinence: Retrospective evaluation of efficacy and complications after a minimal followup of 14 months. *J Urol*. 2011;185:1363.