10 ÜRETRAL DİLATASYONUN ÜRETROKUTANÖZ FİSTÜL ÖNLEMEDEKİ YERİ

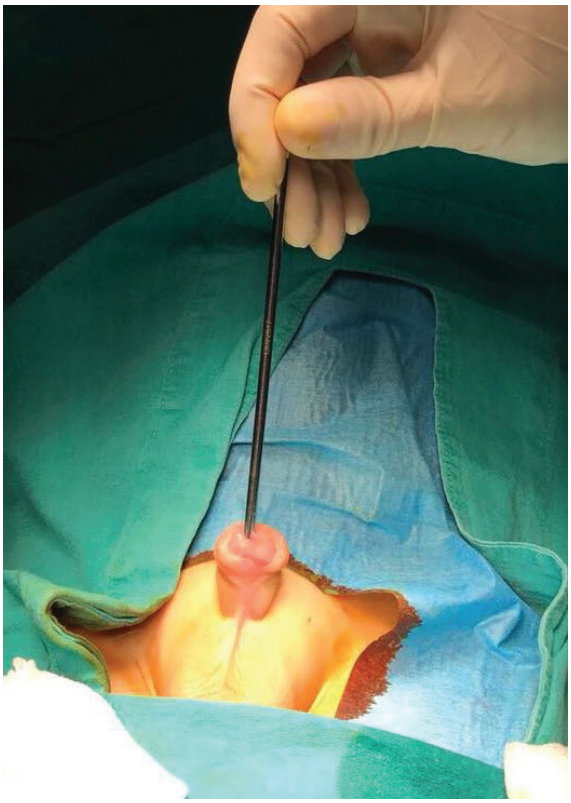
Günay EKBERLİ, Meltem BİNGÖL KOLOĞLU

Giriş

Hipospadias onarımının en sık görülen komplikasyonlarından biri de meatal darlıktır. Darlığın nedeni çoğunlukla teknik hata, doku iskemisi veya sık tecrübe edilmeyen balanitis kserotika obliterans (BXO) olabilir. Yeni meatus oluşturulurken üretral plağın tubularizasyonunun çok uç noktaya kadar taşınması darlık gelişimine zemin hazırladığı için glans penisin tam ortasında yerleşmeli ve oval bir meatus oluşturulmalıdır. Proksimal hipospadias olgularında neoüretra oluşturulurken gelişen darlıkların sebebi yine teknik nedenler veya BXO olabilir. Meatal darlığın basınç artışı nedeniyle erken ve geç dönemde başka bir komplikasyon olan üretrokutanöz fistüle (ÜKF) yol açtığı da iyi bilinmektedir.[1]

Duckett meatal darlığın en önemli nedeninin meatus oluşturulurken yapılan sirküler anastomoz olduğunu açıklamış ve meatal darlığı önlemek için oblik meatus oluşturulmasını önermiştir.[2] Meatal darlıklı hastalar asemptomatik olmakla beraber tuvalet alışkanlığı kazanmamış olan çocuklarda tanı üriner akımın yön değiştirmesi-deviye olması veya miksiyon esnasında ağrı nedeni ile de tanı konulabilmektedir. Tuvalet alışkanlığı kazanmış olan çocuklarda ince kalibreli işeme, üroflow çalışmasında obstrüktif işeme paterni meatal darlığı düşündürmektedir. Hipospadias cerrahisi geçirmiş hastanın aynı zamanda dizüri, idrar yolu enfeksiyonu, mesane instabilitesi, işeme bozuklukları şikayetlerinin olması da meatal darlık şüphesini uyandırmalıdır. Günümüzde sık rastlanmamakla beraber geç başvuru durumunda üst üriner sistem etkilenmeleri de bildirilmiştir.[3] Geç başvuru durumlarında veya tedaviye dirençli meatal darlık varlığında BXO akla gelmelidir.[4] Meatal stenozdan şüphe edilmesi gereken durumların başında ÜKF varlığı gelmektedir. ÜKF varlığında düzeltici cerrahi öncesinde meatal darlığın giderilmesi işleminin başarı oranına önemli ölçüde etki yaptığı lteratür ile defalarca desteklenmiştir.[5] Günümüzde meatal darlığın önlenmesi için birçok teknik tanımlanıp, hassas aletlerin ve uygun dikiş materyallerinin kullanılmasına karşın meatal darlık bu cerrahi ile ilgili olan cerrahların önemli sorunlarından birisi olmaya devam etmektedir. Meatoplasti veya onarımın yeniden yapılması kalıcı çözüm olabilmektedir. Buna karşın daha az invaziv olan neomeatusun kalibrasyonu/dilatasyonu oldukça tartışmalı konu olmaya devam etmektedir (**Şekil 1**). Lorenzo ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalışmada tubularized incised-plate (TIP) üretroplasti uygulanmış 134 hasta düzenli dilatasyon yapılan ve yapılmayan

olmak üzere iki gruba ayrılmış. İki grubun sonuçları karşılaştırıldığında dilatasyon yapmayan grupta neoüretral striktür ve meatal darlık tespit edilmezken, dilatasyon uygulanmış grupta 1 meatal darlık ve 1 neoüretral striktür tespit edilmiştir. Sonuç olarak yazarlar tekrarlayan dilatasyon işleminin TIP onarımı sonrasında gerekli olmadığı, sadece subklinik daralmaların tespitinde faydalı olabileceği kanısına varmışlardır.[6] Bu ve benzeri birçok çalışma erken kalibrasyon/dilatasyonun gerekli olmadığını kendi klinik çalışmalarının yanı sıra yapılmış olan deneysel çalışmalara da dayandırmaktadırlar.[7,8] Bu çalışmalarda orta hat insizyonu sonrasında üretral oluktaki iyileşme süreci takip edilmiştir. Sonuç olarak üretradaki iyileşmenin fibrozisten ziyade re-epitelizasyon ile gerçekleştiği bildirilmiştir.



Şekil 1: *Hegar bujisi ile üretral kalibrasyon*

El-Bakry ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmalarda TIP sonrası postoperatif süreçte 3 ay boyunca yapılan kalibrasyon/dilatasyon işleminin neoüretra darlığını ve ÜKF gelişimini önlediği ve uygulanan tekniğin bir parçası olması gerektiği kanısına varmışlardır.[9] Searles ve Mackinnon yapmış oldukları çalışma sonuçlarını dar üretraya sahip 18 olgunun evde dilatasyon programının 15 hastada tamamen iyileşme elde edilmesi şeklinde bildirmişlerdir.[10] Bir diğer çalışmada erken kalibrasyon/dilatasyon lokal kortikosteroid eşliğinde uygulanmıştır.[11] Çalışmanın sonucu olarak erken kalibrasyon/dilatasyonun hipospadias onarımı sonrasında meatal darlığı önleyebildiği ve bu programa lokal steroid tedavisinin eklenmesinin ise meatal elastisiteyi arttırdığı için olumlu etkiler doğurduğu bildirilmiştir.

Hipospadias onarımı sonrasında komplikasyonların ilk altı ay içinde ağırlıklı olarak ortaya çıkabileceğini gösteren çalışmaları göz önünde bulundurarak kimi yazarlar dilatasyon programının üretral kateterin çekilmesi sonrasında başlatılmasını uygun görmüşlerdir.[9,12,13]

Sonuç

Uzun dönem takipler sonrasında gelişen komplikasyonları bildiren literatür bilgisi ışığında da dilatasyon programı ve zamanlaması konusunun tartışmalı olmaya devam edeceği öngörülebilir.[14,15]

Kaynaklar

1. Arshadi H, Sabertkish S, Kajbafzadeh AM. Modified incised plate urethroplasty reduces the risk of fistula and meatal stenosis for proximal hypospadias: a report of 63 cases. Int Urol Nephrol 49, 2009-2014 (2017). doi.org/10.1007/s11255-017-1725-5
2. Duckett JW. The current hype in hypospadiology. Br J Urol. 1995;76(3):1-7
3. Hadidi AT, Azmy AF. Hypospadias surgery. An illustrated guide. Germany: Springer: 2004. p 297
4. Snodgrass W, Blanquel JS, Bush NC. Recurrence after management of meatal balanitis xerotica obliterans. J Pediatr Urol. 2017 Apr;13(2):204
5. Snodgrass W, Villanueva C, Bush NC. Duration of follow-up to diagnose hypospadias urethroplasty complications. J Pediatr Urol. 2014 Apr;10(2):208-11
6. Lorenzo AJ, Snodgrass WT. Regular dilatation is unnecessary after tubularized incised-plate hypospadias repair. BJU Int. 2000; 89: 94-97
7. Lopes JF, Lopes PI, Cendron MI. Histologic analysis of epithelial regrowth after tubularized incised-plate urethroplasty in a porcine model. Abstract presented to AUA. Anaheim, California, 2001
8. Hafez A, Smith C, El Ghoneimi A, McLorie G, Bagli D, Khoury A. Pathophysiology of healing of tubularized incised plate (TIP) urethroplasty. An experimental study in rabbits. Abstract presented to AUA. Anaheim, California, 2001.
9. Elbakry A. Further experience with the tubularized-incised plate technique for hypospadias repair. BJU Int. 2002;89: 291-294
10. Searles JM, Mackinnon AE. Home-dilatation of urethral meatus in boys. BJU Int. 2004;93:596-597
11. Radojicic Zoran I, Perovic Sava V, Stonajoski Kriste DJ. Calibration and dilatation with topical corticosteroid in the treatment of stenosis of neourethral meatus after hypospadias repair. BJU Int. 2006;97:166-168
12. Borer JG, Bauer SB, Peters CA, et al. Tubularized plate urethroplasty. Expanded use in primary and repeat surgery for hypospadias. J Urol 2001;165:581-5
13. Lucas J, Hightower T, Weiss DA, et al. Time to complication detection after primary pediatric hypospadias repair: a large, single center, retrospective cohort analysis. J Urol. 2020 Aug;204(2):338-344
14. Snodgrass WT, Bush NC. Management of urethral strictures after hypospadias repair. Urol Clin North Am. 2017-02-01;44:105-111
15. Rourke K, Braga LH. Transitioning patients with hypospadias and other penile anomalies to adulthood: What to expect? Can Urol Assoc J. 2018 Apr; 2(4):27-33