

# Anterior Üretra Darlıklarında Tam Kalınlıkta Deri Grefti ile Üretroplasti

Dr. Mesut ÖZCAN\*  
Dr. Yılmaz TÜRKERİ\*\*  
Dr. Tefvik HAKTANIR\*\*\*  
Dr. Mete İGDELİ\*\*\*\*  
Dr. Nezh GÜLER\*\*\*\*\*

## ÖZET

*Anterior üretra darlığı bulunan iki olguda prepusial tam kalınlıkta deri grefti ile üretroplasti uygulanmıştır. Bu olgularda saptanan doyurucu sonuçlar ve kaynak verilerine dayanarak "tam kalınlıkta serbest deri grefti ile üretroplasti" yönteminin umut verici olduğu kanısına varılmıştır.*

## SUMMARY

### "Full-Thickness Skin Graft Urethroplasty in Anterior Urethral Stricture"

*The technique of free full-thickness skin graft urethroplasty, utilizing the preputial rest skin, have been employed in two cases of anterior urethral stenosis. The satisfactory results obtained in these cases, and the literature data made the authors have a promising impression about the technique.*

## GİRİŞ

Eksternal travma, sık sık veya uzun süreli kateterizasyon, prostatın transüretal rezeksiyonu sonucu örselenme, genellikle gonore olmak üzere bir takım nonspesifik enfeksiyonlar, çok ender olarak da tbc ve sifiliz gibi spesifik enfeksiyonlar ve

\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Uzman Asistanı  
\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Başkanı  
\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Asistanı  
\*\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kürsüsü Asistanı  
\*\*\*\*\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Asistanı

benzeri nedenlerle ortaya çıkan anterior üretra darlıkları klinikte; idrarın damla damla gelmesi, kalibrinin incilmesi ve dizüri gibi belirtilerle kendini gösterir<sup>1-2</sup>.

Darlığın neden olduğu basınç artması sistit ve pyelonefrit gibi sessizce gelişen olayları başlatabilir<sup>2</sup>.

Üretra darlıkları değişik uzunluklarda ve multiple olabilirler. Palpasyonla darlık bölgesindeki üretra sert ve inelastik olarak saptanır.

Darlıkların saptanması ve değerlendirilmesinde üretral endoskopi ve retrograt üretrografi en etkili araçlardır<sup>2</sup>.

Anterior üretra darlıklarının tedavisinde çeşitli yöntemler vardır. Bu yazıda tam kalınlıkta serbest deri grefti ile üretroplasti uygulanan iki anterior üretra darlığı olgusu sunulmakta ve kaynak verilerinin ışığı altında konu tartışılmaktadır.

## OLGULAR

Olgu I.: M.A., 48 yaşında, erkek, çiftçi, Bilecikli. Prot. No.: 183489.

İdrarını zorla ve bekleyerek yapmak, idrar kalibrinde incelme, idrarını yaparken yanma ve sızlama yakınmaları ile başvurdu.

Öyküsünden; yirmibeş yıl önce sarımsı üretral akıntı ile kendini gösteren bir enfeksiyon geçirdiği, uzun seneler devam ettiği, son yedi yıldır darlıkla ilgili yakınmalarının giderek arttığı, çeşitli medikal tedaviler ve bir kez de dilatasyon uygulandığı, son zamanlarda plâstik bir cisimle kendisinin de dilatasyon yaptığı öğrenildi.

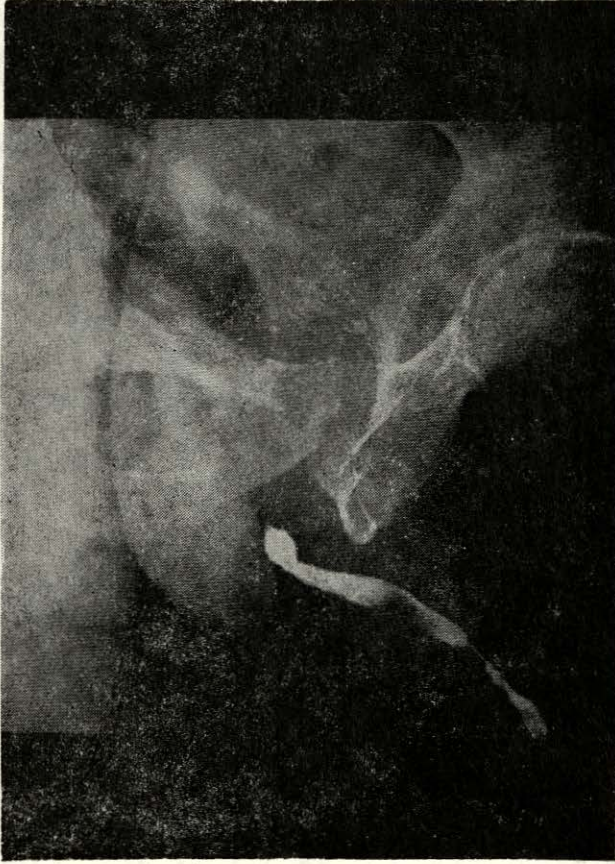
Muayenesinde; mea'nın 5 cm. proksimalinden başlayan ve 8 numara kateterin bile geçmesine izin vermeyen bir üretral darlık saptandı. Sağmakla üretradan mukopürülan bir sekresyon geliyordu.

Diğer sistemlerde ve rutin laboratuvar bulgularında patoloji gözlenmedi.

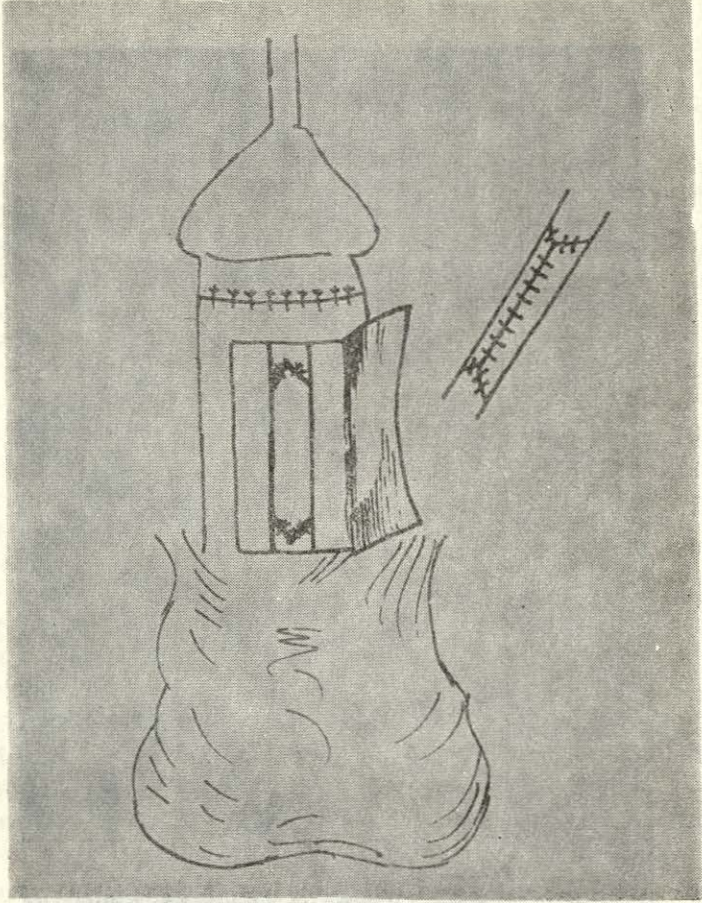
Hasta son bir yıl içinde dört kez üroloji kliniğine yatırılmış ve ilk yatışında sistostomi uygulanmıştır. Yapılan retrograt üretrografide mea'nın 4-5 cm. proksimalinden başlayan ve 2-3 cm. devam eden tama yakın bir stenoz saptandı (Resim 1).

Kültür ve antibiogramlara dayalı medikal tedavi ve irrigasyonlarla üretral enfeksiyonu iyileştirilen hasta 30.12.1980 günü operasyona alındı. Genel anestezi altında koronal sulkus'un hemen proksimalindeki sünnet artığı prepuştal deriden 2 cm. eninde sirküler ve tam kalınlıkta bir deri grefti alındı. Verici defekt primer olarak sütüre edildi. Penisin ventral yüzünden lateral pediküllü bir dörtgen flep kaldırılarak üretraya ulaşıldı. Anterior üretra tama yakın prepare edildi. Darlığın proksimal ve distalindeki hasta kısımları da içine alan yaklaşık 5-6 cm. lik bir üretra rezeksiyonu yapıldı. Graft mea'dan geçirilen 20 numara polietilen sonda üzerinde dış yüzü içe gelecek bir tüp şeklinde dikildi. Sondanın ucu proksimal üretraya sokuldu. Tüp greftin dikiş hattı korpuse bakacak şekilde yerleştirildikten sonra proksimal ve distal üretra ile oblik olarak ağzlaştırıldı (Şekil 1).

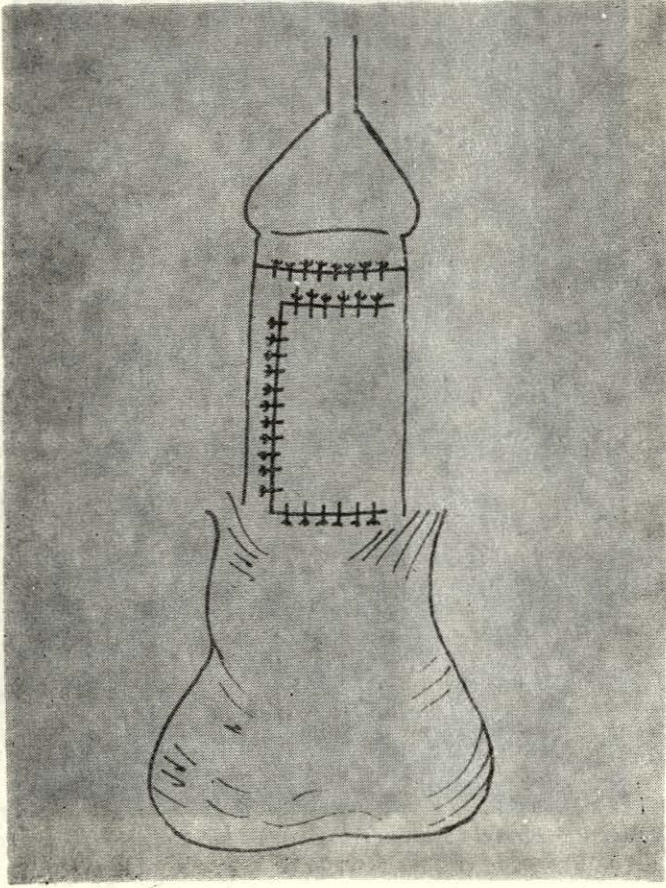
Greftin dikişi ve anastomozlar 6/0 atravmatik kromik katgüt ile ve intradermal olarak yapıldı. Sonda glansa tespit edildi. Kaldırılan dörtgen flep tüp greftin üzerine yeniden kapatıldı (Şekil 2).



*Resim: 1 – Birinci Olgunun Girişim Öncesi Alınan Üretrogramı*



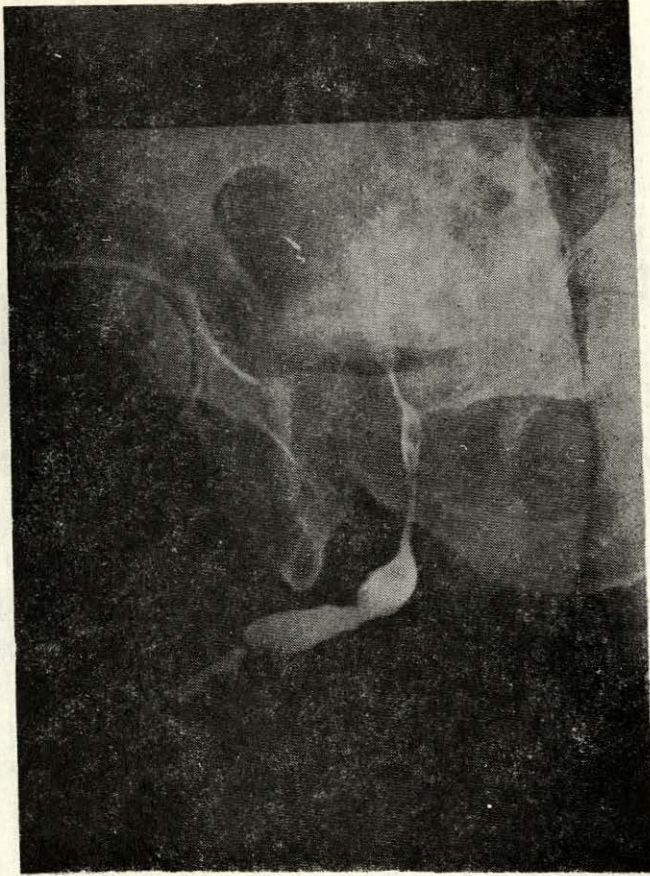
Şekil: 1 – Girişim'in Şematik Görünümü



Şekil: 2 — Girişim Sonu Şematik Görünüm

Girişim sonrası hiçbir sorunu olmayan hastanın 7. gün üretral kateteri çıkarıldı ve miksiyona izin verildi. 14. günde sistostomi sondası çıkarıldı. Birkaç gün idrarı çatallı geldi, fakat hasta hiçbir zorluk duymadı. Daha sonra çatallanma kayboldu.

Girişim sonrası 65. gün yapılan retrograd üretrografide proksimal anastomoz yerinde hafif bir stenoz ve yeni üretra duvarlarında düzensizlik göze çarpmakla birlikte pasajın yeterli olduğu gözlenmiştir (Resim 2).



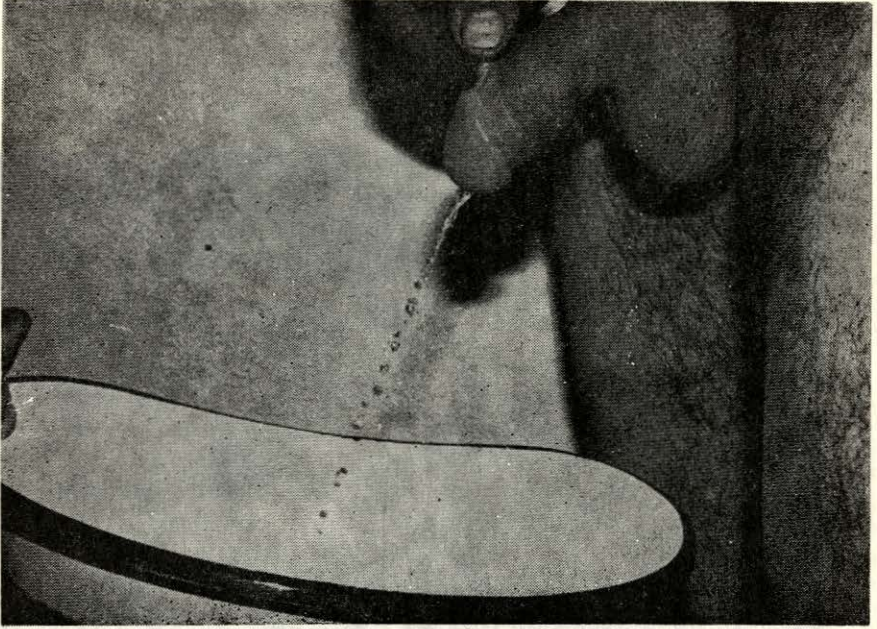
*Resim: 2 — Birinci Olgunun Girişim Sonrası Alınan Üretrogramı*

Proksimal üretradaki anormal genişlik girişim öncesi darlık dönemindeki basınç artmasına bağlı olup henüz gerilememiştir. Hasta idrarını girişim sonrası erken dönemdeki gibi sıkıntısız yapabilmektedir (Resim 3).

Olgu II.: M.Y., 32 yaşında, erkek, öğretmen, Bursalı. Prot No.: 82123.

Zorlu ve damla damla idrar yapma yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünden; 10 yıl önce gelişen üretral enfeksiyonun yeterli şekilde tedavi edilmediği, üretral akıntının sık sık yinelediği, giderek idrar kalibrinin incelendiği, miksiyonun zorlu ve ağrılı olmaya başladığı ve bu durumun daha da ilerlemesi üzerine üroloji kliniğine yatırıldığı öğrenildi.

Diğer sistem muayeneleri ve rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı.



*Resim: 3 — Birinci Olgunun Girişim Sonrası Miksiyon Sırasındaki Görünümü*

Yapılan retrograt üretrografide mea'nın yaklaşık 6-7 cm. proksimalinden başlayan 2 cm. uzunluğunda tama yakın bir stenoz gözlemlendi (Resim 4).

Hasta 20.1.1981 günü genel anestezi altında operasyona alındı. 1. olguda gerçekleştirilen işlem aynen buna da uygulandı. Girişim sonrası 7. gün polietilen kateter çıkarıldı ve miksiyona izin verildi. 14. günde sistostomi sondası alındı.

Dört hafta sonra yapılan retrograt üretrogramda yeni üretra segmentindeki ondülyasyona karşın pasaj normal olarak saptandı. Bu bölgenin proksimalindeki genişlik girişim öncesine ait olup henüz gerilememiştir (Resim 5).

Hasta yakınmasız ve normal miksiyon yapabilmektedir (Resim 6).



*Resim: 4 — İkinci Olgunun Girişim Öncesi Alınan Üretrogramı*





*Resim: 5 — İkinci Olgunun Girişim Sonrası Alınan Üretogramı*



*Resim: 6 — İkinci Olgunun Girişim Sonrası Miksiyon Sırasındaki Görünümü*

## TARTIŞMA

Üretra, mea'dan proksimale doğru yassı epitelle örtülüdür. Bulböz kısımdan başlayarak membranöz ve prostatik kısımda transizyonel epitel haline dönüşür. Bu yüzden anterior üretra darlıklarının onarımında en iyi materyel yassı epitel içeren tam kalınlıkta deri greftidir. Yumuşak, elastik, kılsız ve yeterli miktarda bulunduğu için de en ideal verici bölge de prepusyumdur<sup>3</sup>. Sünnet olmuş kişilerde bile çoğunlukla yeteri kadar prepusial deri bulunabilir. Eğer yeteri kadar prepusial deri artığı yoksa kolun iç yüzü, dirsek önü ve toraks yan duvarı gibi başka kılsız alanlardan da tam kalınlıkta deri grefti alınabilir.

Girişimden önce enfeksiyon varsa mutlaka kontrol altına alınmalıdır. Aksi halde sonucu olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır<sup>3</sup>. Enfeksiyon olasılığı yüksek olgularda diversiyon suprapubik sistostomi şeklinde yeğlenmelidir<sup>4</sup>.

1 cm. den küçük darlıklar eğer proksimal ve distali normal yapıda ise eksizyon ve anastomoz yöntemi ile onarılabilirler<sup>3</sup>. Bazen tam kalınlıkta deri greftinden hazırlanan yama, darlığın longitudinal ensizyonu ile ortaya çıkan defekte uygulanabilir<sup>5</sup>.

Fakat, özellikle enflamatuvar darlıklarda olay yalnızca epitel dokusuna değil aynı zamanda çevre dokulara ve darlığın proksimali ile distaline de uzanır<sup>6</sup>. Bu nedenle bizim de olgularımızda uyguladığımız gibi genellikle radyolojik olarak saptanan darlıktan daha uzun bir üretra segmentinin rezeksiyonu gerekir. Yani, normal üretraya kadar ulaşılmalıdır<sup>4</sup>. O taktirde de primer anastomoz ya da yama greft uygulanması olanaksız olup üretral defektin rekonstrüksiyonu zorunludur. Bunun için en uygun yöntem 20-24 numara kateter yardımı ile tüp şeklinde hazırlanan tam kalınlıkta bir deri greftinin üretra yerine kullanılmasıdır<sup>1-4</sup>. Bölgedeki tüm patolojik dokuların temizlenmesi greftin şansını artırır. İki olgumuzda bizim de yeğlediğimiz bu yöntem ilk kez 1953'de Presman ve Greenfield<sup>7</sup> tarafından tanımlanmış fakat ilk uygulama serisi 1963'de Devine ve arkadaşları<sup>8</sup> tarafından yayınlanmıştır. Daha sonra yöntem değişik merkezlerde yaygın olarak kullanılmaya devam olunmuş ve yüz güldürücü sonuçlar vermiştir<sup>1-2-4-9</sup>. Fazla özel ekipman gerektirmemesi, tek oturumlu oluşu, tam kalınlıkta serbest deri greftinin kontrakte olmaması gibi özellikleri yöntemin başlıca üstünlükleridir<sup>2-4</sup>. Tüp şeklinde hazırlanan greftin anastomozu Devine ve arkadaşlarının<sup>3</sup> da tanımladığı gibi olgularımızda oblik olarak yapılmıştır. Buna, postoperatif anastomoz strüktürlerine engel olmak için özellikle özen gösterilir.

Anterior üretra darlıklarının tedavisinde intralezyonal steroid uygulaması<sup>10</sup>, dilatasyon, internal üretrotomi ve eksternal üretrotomi gibi yöntemler istenilen sonucu veremedikleri için ve bilinen komplikasyonları nedeni ile ancak selektif olarak uygulanmakta olan yöntemlerdir.

Marsupializasyon ve sekonder üretroplasti yöntemleri<sup>9</sup> ise çok aşamalı ve uzun zaman alan yöntemler oldukları için giderek yerlerini "tam kalınlıkta serbest deri grefti ile üretroplasti" yöntemine terketmektedirler.

Sunulan bu iki olguda alınan sonuçlar, kaynak verileri ile koşut olarak hem hastalar ve hem de yazarlar üzerinde hoşnutluk yaratmış ve "tam kalınlıkta serbest deri grefti ile üretroplasti" yönteminin umut verici olduğu kanısına varılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. OSWALT, G.C., LLOYD, L.K., BUESCHEN, A.J.: Full-thickness skin graft urethroplasty for anterior urethral strictures, *Urology*, 1: 45, 1979.
2. NICKEL, W.R., PLUMB, R.T.: Other Infections and Inflammations of External Genitalia. In: *Urology*, editors: Campbell, M.F. and Harrison, J.H., 4 th Ed. Vol. I., Philadelphia, W.B. Saunders Comp. 1979, p. 573-583.
3. DEVINE, P.C., FALLON, B., DEVINE, C.J.: Free full-thickness skin graft urethroplasty, *J. Urol.* 4: 443, 1976.
4. BRANNON, W., OCHSNER, M.G., FUSELIER, H.A., GOODLET, J.S.: Free full-thickness skin graft urethroplasty for urethral stricture: Experience with 66 patients, *J. Urol.*, 6: 677, 1976.
5. BERGER, B., SYKES, Z., FREEDMAN, M.: Patch graft urethroplasty for urethral stricture disease, *J. Urol.*, 6: 681, 1976.

6. SINGH, M., BLANDY, J.P.: The pathology of urethral stricture, *J. Urol.* 6: 673, 1976.
7. PRESMAN, D., GREENFIELD, D.L.: Reconstruction of the perineal urethra with a free full-thickness skin graft from the prepuce, *J. Urol.* 69: 677, 1953.
8. DEVINE, P.C., HORTON, C.E., DEVINE, C.J., Sr., DEVINE, C.J. Jr., CRAWFORD, H.H. and ADAMSON, J.E.: Use of full-thickness skin grafts in repair of urethral strictures, *J. Urol.*, 90: 67, 1963.
9. DEVINE, P.C., HORTON, C.E.: Strictures of the Male Urethra. In: *Reconstructive Plastic Surgery*. Editor: Converse, J.M. (2nd ed,) Vol. 7, Philadelphia, W.B. Saunders Comp., 1977, p. 3883-3895.
10. SHARPE, J.R., FINNEY, R.P.: Urethral strictures: Treatment with intralesional steroids, *J. Urol.*, 4: 440, 1976.