

Radikal Prostatektomi Sonrası Uzamış Drenaj: Üretral Anastomozun Batın Dreni Tarafından Perforasyonu

Prolonged Drainage Following Radical Prostatectomy: Perforation of Anastomosis by Surgical Drain

Mehmet Bilgehan YÜKSEL, Bilal GÜMÜŞ, Volkan TATLI

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji AD, Manisa

Geliş Tarihi / Received: 06.02.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 29.03.2013

ÖZET

Kliniğimizde radikal retropubik prostatektomi (RRP) sonrası uzamış drenajı olan hastada tanı ve tedavi yaklaşımımızı aktarmayı amaçladık. Lokalize prostat adeno kanseri tanılı 67 yaşındaki hastaya RRP yapıldı. Anastomoz sonrası kaçak olmadığı kontrol edildi. Bir adet dren koyularak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif 2. gün dreninden geleni artan ve 15 gün boyunca yaklaşık 1500ml/ gün geleni olan hastaya sistografi ve sonrasında sistoskopi yapıldığında problemin batın dreninin anastomoz hattını perfore etmesi olduğu belirlendi. Dren 2-3 cm geriye geri çekildiğinde durumun hızlı şekilde düzeldiği görüldü. RRP sonrası görülebilen uzamış drenajın, batına drenin anastomoz hattını perfore ederek içeriye girmesi sonucu oluşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri; anastomoz; perforasyon; kaçak.

ABSTRACT

We presented a case of prolonged drainage following RRP related to the perforation of vesicourethral anastomosis (VUA) by drain and the management. Sixty seven years old man underwent RRP. After the anastomosis, a surgical drain was placed. At postoperatively 2nd day, the drainage increased and 1500 ml/ day drained during 15 days. Subsequent cystography and cystoscopy revealed that the problem was the perforation of anastomosis by surgical drain. The drainage decreased after pulling out the drain 2-3 cm. It should be considered that prolonged drainage following RRP can occur related to the perforation of VUA by surgical drain.

Keywords: Prostate cancer; anastomosis; perforation; leakage.

GİRİŞ

Günümüzde açık radikal prostatektomi lokalize prostat kanseri tedavisinde standart cerrahi tedavi yaklaşımı olarak hala yerini korumaktadır (1). Vezikoüretral anastomoz (VUA) bu operasyonun en kritik basamaklarından birini oluşturmakta olup, uygun şekilde yapılmayan bir VUA postoperatif dönemde bu alandan idrar kaçığına, cerrahi alanda idrar birikmesine ve uzamış drenaja neden olabilir. Bundan dolayı bu komplikasyonun tedavisi uzamış üretral kateterizasyon ve hastanede kalış süresi gerektirebildiği gibi, idrar kaçığı ve uzamış kateterizasyona bağlı oluşabileceği belirtilen periüretral fibrozis ve darlık gibi nedenlerle hastanın tekrar opere edilip anastomozun

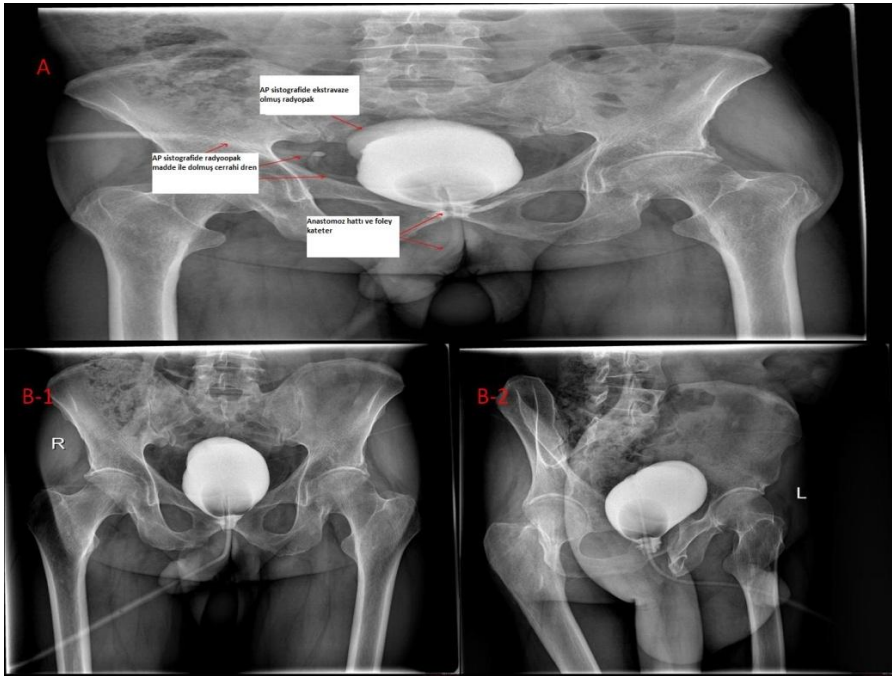
yeniden yapılmasını gerektirebilir (2, 3). Bu çalışmada kliniğimizde lokalize prostat kanseri tanısıyla açık radikal retropubik prostatektomi (RRP) yapılan hastada postoperatif dönemde drenin anastomoz hattını perfore etmesi sonucu gelişen uzamış drenaj olgusu- nu ve altta yatan nedene yönelik tanı ve tedavi yaklaşımımızı aktarmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

İki yıldır sık idrar yapma ve idrar yaparken zorlanma şikayetleri ile kliniğimize başvuran 67 yaşındaki hastanın yapılan değerlendirmesinde rektal muayenesi benign karakterli olup, PSA'sı 3,1 mg/ dl olarak tespit edildi. Bunun üzerine hastaya transrektal ultrasonografi eşliğinde 12 kadrant prostat biyopsisi yapıldı. Prostat biyopsisinin patolojik değerlendirme sonucu prostat adeno kanseri, Gleason 3+3 olarak bildirildi. Ek başka bir hastalığı olmayan ve genel durumu iyi olan hastaya açık RRP operasyonu yapıldı. Operasyon sıra

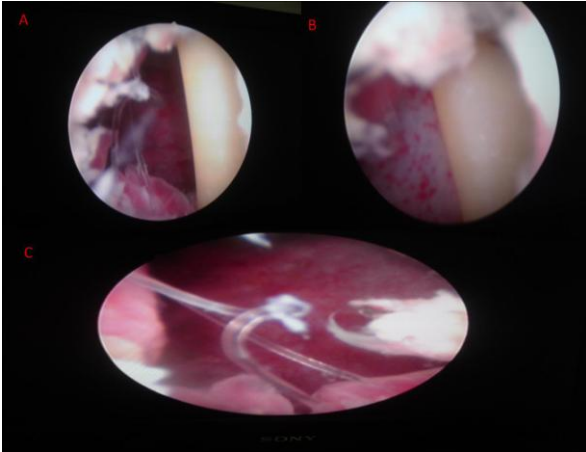
sında genel uygulamamız olan saat 3-6-9-12 kadranslarına toplam 4 adet 3/ 0 PDS sütür koyularak VÜA anastomoz gerçekleştirildi. Anastomozun sızdırmazlığı, üretral kateterden verilen 200 ml serum fizyolojik solüsyonuyla mesanenin doldurulması sonucu kontrol edildi ve anastomoz hattından belirgin bir kaçak olmadığı görüldü. Cerrahi işlemi tamamlanan hastada VÜA' un sağ tarafına ve anastomoz hattıyla direk teması olmayacak şekilde yumuşak yapıda 1 adet lastik dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Peroperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Operasyon sonrası takibe alınan hastanın postoperatif 1. gün genel durumu ve laboratuvar bulguları iyi olup, dreninden yaklaşık 150 ml serohemorajik vasıflı bir geleni oldu. Bunun üzerine barsak sesleri de aktif olan hastanın oral beslenmesine başlandı ve mobilize edildi. Postoperatif 2. günde hastanın dreninden geleni artmasına karşın, üretral kateterden gelen idrar miktarı azaldı. Bundan dolayı hastada anastomoz kaçığı düşünülerek sıvı kısıtlaması, hareket kısıtlaması ve sondanın aralıklı olarak traksiyona alınması gibi konservatif tedavi yaklaşımları uygulanarak kaçak hattının kapanması beklendi. Onbeş gün boyunca takip edilen hastanın bu süre boyunca dreninden yaklaşık olarak 1500 ml/ gün idrar vasfında geleni olması, buna karşın sondadan gelen

idrар miktarının ise düşük hacimde olması nedeniyle hastaya öncelikle sistografi yapıldı. Sistografik incelemede anastomoz hattı düzeyinde mesane dışına opak kaçığı olduğu, bununla birlikte mesane dolumu sırasında batın dreninin de opakla dolduğu görüldü (Şekil I). Bunun üzerine drenin anastomoz hattını perfore ederek üriner sistem içine girmiş olabileceği ve bu nedenle drenenden gelen içeriğin yüksek hacimli, sondadan gelen içeriğin ise düşük hacimli olduğu düşünü- lerek sistoskopi planlandı. Yapılan sistoskopide üretrovezikal anastomoz hattında anastomozu sağ superolateralden delerek içeriye girmiş ve karşı taraf inferolateraline doğru uzanıp iç mukozaya dayanmış batın dreni görüldü. Sistoskopi sırasında drenenden metilen mavisi verilerek drenin anastomoz hattı içinde olduğu doğrulandı. Direk bakı altında dren 2- 3 cm çekildiğinde drenenden gelen sıvının azaldığı görüldü (Şekil II). Dren bu lokalizasyonda sütüre edilerek sabitlendi ve 20 F üretral kateter yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. Bu girişim sonrası yapılan takibin 3. gününde drenenden geleni tamamen kesilen hastanın dreni alınarak taburculuğu gerçekleştirildi. 1 hafta sonra yapılan sistografide kaçak olmadığı görüldü. Üzerine üretral kateter çekilerek hastanın tedavisi tamamlandı.



Şekil I: A: Preoperatif dönemde çekilen sistografide opak ektravazasyonu ve opakla dolu görülen batın dreni. **B1, B2:** Postoperatif dönemde hastanın dreninden geleni kesildikten sonra batın dreni alınıp sonda çıkarılmadan önce çekilen AP ve Oblik Sistografi görüntüleri.

Dren Üretrovezikal Anastomozu Perforasyonu
The Perforation of Urethra-vesical Anastomosis by the Drain



Şekil II: A, B: Sistoskopide anastomoz hattını perfor etmiş ve oraya yerleşmiş drenin görünümü.

C: Sistoskopi bakışı altında dren 2- 3 cm geriye çekildikten sonra drensiz anastomoz hattının görünümü.

TARTIŞMA

Son yıllarda tarama programları ve kullanılan gelişmiş tanı araçları sayesinde prostat kanseri insidansı artmıştır. Bununla birlikte organa sınırlı prostat kanseri nedeniyle tanı koyularak tedavi edilen hastaların da sayısı artmış ve bunlar daha yüksek oranda genç hastalardan oluşur hale gelmiştir. Buna bağlı olarak son 20 yılda lokalize prostat kanseri tedavisinde ciddi bir değişim yaşanmıştır (4, 5). Günümüzde makul bir yaşam beklentisi olan lokalize prostat kanserli hastalarda RRP standart tedavi prosedürü olarak sıklıkla kullanılmaktadır (6). RRP'nin morbiditesi az olup, bu operasyon sonucu en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında inkontinans, erektil disfonksiyon, VÜA kaçağı, uzamış lenf drenajı ve lenfosel, pelvik apse ve/veya hematoma ve rektal yaralanma yer almaktadır. Bu komplikasyonların görülme sıklığı % 1-2'dir (7, 8). RRP operasyonunun en önemli basamaklarından olan VÜA'nın oluşturulmasında meydana gelen problemler ancak ek tedaviler ile telafi edilebilecek olumsuzluklara neden olabilir. Bu nedenle operasyonun son kısmında yer almasına karşın VÜA aşamasına ayrı bir önem verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

RRP'nin ilk tanımlandığı 1980'li yıllardan bu yana cerrahi işlemin sonunda cerrahi alana bir dren koyulması operasyonun standart bir parçası olmuştur (9). Yerleştirilen drenin temel amacı, kanama ve anastomozdan idrar kaçağı gibi durumlar sonucu cerrahi alanda oluşabilecek sıvı kolleksiyonlarının drenajını

sağlamaktır. Bazen de hiçbir gerekçe olma masına karşın, sadece cerrahi prosedürün standart bir basamağını yerine getirmek ve güvenlik önlemi olması amacıyla bir adet pelvik dren konulmaktadır. Her ne kadar olumlu fonksiyonları olmasına karşın, doğrudan yerleştirilen drene bağlı olarak gelişebileceği rapor edilmiş bir takım komplikasyonlar da mevcuttur. Bu komplikasyonlar arasında drenin yerleştirildiği alanda ağrı, drenin yerleştirilmesi sırasında karın duvarında kanama ve hematoma oluşumu, enfeksiyon oluşumu, drenin çıkarılması sırasında drenin büyük kısmının veya bir parçasının koparak içeride kalması gibi tekrar yeni bir cerrahi girişim yapılmasına neden olabilecek durumlar bildirilmektedir (10- 14). Ancak yaptığımız tarama neticesinde drene bağlı komplikasyonlar arasında drenin VÜA'ya perforasyonu ile ilgili rapor edilmiş bir olguya rastlayamadık. Bu açıdan sunduğumuz bu olgunun alanında sunulan ilk vaka olduğunu düşünmekteyiz.

Bu çalışmada sunulan olguda, operasyon sırasında anastomozdan ciddi bir kaçak olmadığı kontrol edildikten sonra VÜA hattı ile ilişkisi olmayacak şekilde yumuşak yapıda bir adet pelvik dren profilaktik amaçla yerleştirilmiştir. Postoperatif 1. günde hasta immobil olup drenden 150 ml gibi makul bir geleni olmasına karşın, postoperatif 2. günde yapılan mobilizasyon sonrası 1000 ml gibi ciddi bir miktara ulaşan, ilerleyen dönemde 1500 ml'ye kadar çıkan ve konservatif tedavilerle gerilemeyen ciddi bir geleni olmuştur. Bunun üzerine yapılan sistografik incelemede idrar kaçağının ve pelvik drenin anastomoz hattından itibaren opakla dolu olarak görülmesi drenin VÜA hattını perfor ederek bu alana girdiğini düşündürmüştür. Bunun üzerine yapılan sistoskopide direk bakı altında drenin anastomoz hattı içinde görülmesi sonucu kesin tanı koyulmuş ve sistoskopik bakı altında drenin bu alandan tamamen uzaklaştırılması sonucu bu istenmeyen durumun hızlı bir şekilde düzeldiği görülmüştür. Bu olguda sistografide idrar kaçağı ve opakla dolu dren tespit edildiğinde, aynı seansta skopi eşliğinde drenin geriye çekilmesi daha doğru bir uygulama tarzı olacaktır. Çünkü radikal prostatektomi sonrası erken dönemde yapılan sistoskopi uygulaması anastomoz sütürlerine zarar verebileceği ve bu nedenle anastomoz kaçağını daha da kötüleştirebileceği cihazımızın olmaması nedeniyle bu uygulama yapılmadı ve bu nedenle olası risklerine rağmen sistoskopi aracılığıyla bir değerlendirme planlandı.

Günümüzde pelvik cerrahi yapılan hastalarda herhangi bir gereksinim olmadığında proflaktik amaçlı olarak pelvik dren koyulmadan cerrahinin sonlandırılması şeklinde bir uygulama tartışılmaktadır. Çeşitli çalışmalarda, üroloji harici bazı alanlarda yapılan pelvik cerrahilerde dren koyulan ve koyulmayan hastalar arasında komplikasyon oranı açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Buna karşın ürolojik pelvik cerrahiler için bu kapsamda yapılmış bir çalışma olmadığı gibi, böylesine bir uygulamanın günümüz üroloji pratiğinde cerrahi açıdan oldukça riskli olarak görüleceği de aşîkârdır (10, 12, 15). Ancak bizim hastamızda da proflaktik amaçlı olarak yerleştirilmiş olan bu drenin koyulmaması durumunda, mobilizasyon sonrası drenin VÜA'ı perfore etmesi sonucu oluşan idrar kaçağı ve onunla ilişkili olumsuzluklarla karşılaşmayacağı düşüncesi akla gelmektedir. Bu nedenle ürolojik pelvik cerrahi sonrası bu alanın rutin olarak drene edilmemesi ve bu yaklaşımın komplikasyon oranını artırmayan güvenli bir uygulama olduğunu ortaya koyacak randomize ve prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Eden CG. Minimal access radical prostatectomy: how is it shaping up. *BJU Int* 2008;101(7):791-2.
2. Kostakopoulos A, Argiropoulos V, Protogerou V, et al. Vesicourethral anastomotic strictures after radical retropubic prostatectomy. The experience of a single institution. *Urol Int* 2004;72(1):17-20.
3. Kylmala T, Kaipia A, Matikainen M. Management of prolonged urinary leakage at the urethra-vesical anastomosis. *Urol Int* 2005;74(4):298-300.
4. Meraney AM, Haese A, Palisaar J, et al. Surgical management of prostate cancer: advances based on a rational approach to the data. *Eur J Cancer* 2005;41(6):888-907.
5. Ryan CJ, Small EJ. Advances in prostate cancer. *Curr Opin Oncol* 2004;16(3):242-6.
6. Walsh PC. Anatomic radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. *J Urol* 1998;160(6):2418-24.
7. Andriole GL, Smith DS, Rao G, et al. Early complications of contemporary anatomical radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 1994;152(5):1858-60.
8. Zincke H, Oesterling JE, Blute ML, et al. Long-term (15 years) results after radical prostatectomy for clinically localized (stage T2c or lower) prostate cancer. *J Urol* 1994;152(5):1850-7.
9. Walsh PC, Lepor H, Eggleston JC. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations. *Prostate* 1983;4(5):473-85.
10. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Cutillo G, et al. A randomized study comparing retroperitoneal drainage with no drainage after lymphadenectomy in gynecologic malignancies. *Gynecol Oncol* 1997;65(3):478-82.
11. Niesel T, Partin AW, Walsh PC. Anatomic approach for placement of surgical drains after radical retropubic prostatectomy: long-term effects on post-operative pain. *Urology* 1996;48(1):91-4.
12. Patsner B. Closed-suction drainage versus no drainage following radical abdominal hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for stage IB cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1995;57(2):232-4.
13. Leonovicz PF, Uehling DT. Removal of retained Penrose drain under fluoroscopic guidance. *Urology* 1999;53(6):1221.
14. Beshai AZ, Flashner SC, Walther PJ. Endoscopic release of retained Penrose drains: a simple solution for an old problem. *J Urol* 1992;147(4):1067-8.
15. Merad F, Yahouchi E, Hay JM, et al. Prophylactic abdominal drainage after elective colonic resection and suprapromontory anastomosis: a multicenter study controlled by randomisation. French Associations for Surgical Research. *Arch Surg* 1998;133(3):309-14.