

Ateş KADIOĞLU*, Mustafa Faruk USTA**, Önder YAMAN***

* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, ANTALYA

*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, ANKARA

OLGU

67 yaşında erkek hasta cinsel ilişki sırasında penisin yeterince sertleşememesi ve farkında olmadan idrar kaçırma şikayeti ile başvuruyor. Hasta 9 ay önce yerleşmiş prostat kanseri nedeniyle iki taraflı sinir koruyucu laparoskopik prostatektomi ameliyatı geçirmiş. Ameliyat sonrası 3. ve 9. aylarda yapılan PSA ölçümlerinde PSA'nın <0.02 ng/ml olduğu tespit ediliyor. Hasta sabah ereksiyonlarının olmadığını, ameliyatı takiben sondası alındıktan sonra hiç idrarını tutamadığını ve farkında olmadan günde 10'a yakın ped değiştirmesini gerektirecek düzeyde idrar kaçırdığını belirtiyor. Hastada ek ko-morbidite olarak oral tedavi ile kontrol altında olan 10 yıllık şeker hastalığı ve 2'li ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilen 5 yıllık hipertansiyon hikayesi mevcut. İdrar kaçırmaya yönelik herhangi bir tedavi almamış olan hastanın ameliyat öncesi IIEF skoru 23 iken ameliyat sonrası dönemde 11 olarak saptanmış. Altı defa maksimal doz PDE5 inhibitörü kullanmış ve tatmin edici düzeyde olmayan ereksiyon elde etmiş.

Dr. Kadioğlu: Hastanın ilk değerlendirmesinde neler istenmeli yada gözden geçirilmelidir?

Dr. Usta: Hastanın 2 farklı problemden şikayetçi olduğu göz önüne alınarak, her iki sorun açısından da değerlendirilmelidir. Hasta ED şikayeti ile başvurduğundan dolayı öncelikle IIEF ile sorgulanmalıdır. İdrar kaçırmanın stres yada total idrar kaçırma mı olduğu da değerlendirilmelidir. Hasta ameliyat sonrası 9. ayında olduğuna göre normal şartlar altında; günde 10 ped kullanımını gerektirecek düzeyde bir idrar kaçırma şikayetinin olması beklenmez. Bununla birlikte sinir koruyucu olarak da uygulansa radikal prostatektomi ameliyatı sonrası ED şikayetinin 12-18 ay kadar devam edebileceği ve erektil kapasitenin yeniden kazanılabildiğini biliyoruz. Dolayısıyla bu hastamızda ED şikayeti açısından öncelikli olarak medikal tedavi seçeneklerinin denenmesi gerektiği kanısındayım.

Dr. Yaman: Radikal prostatektomi ameliyatları ister açık ister laparoskopik yolla yapılsın, ameliyat sonrası fonksiyonlar (erektil kapasite ve kontinans) açısından her iki yöntem arasında an-

lamlı bir fark olmadığını biliyoruz¹. Sözü edilen hastada stres inkontinans sorununun ameliyat sonrası geç dönemde devam etmesi nedeniyle hastaya bu sorunu gidermeye yönelik ek bir girişim muhtemelen gerekecektir. ED şikayeti ile ilgili yaklaşımda ben de Dr. Usta ile aynı görüşteyim. Öncelikli olarak medikal tedavi seçeneklerinden birisi denenmelidir.

Dr. Kadioğlu: Hastanın 6 defa maksimal doz PDE5 inhibitörü kullandığı ve başarılı olmadığı göz önüne alınırsa, hastada oral farmakoterapi bu aşamada yine de denenmeli midir? İki taraflı sinir koruyucu radikal prostatektomi operasyonlarından sonra erektil kapasitenin sağlanmasında başarıyı arttıran ne gibi uygulamalar yapılabilir?

Dr. Usta: Yakın zamanda yürütülen bazı çalışmaların sonuçları: Radikal pelvik ameliyatlarının yapıldıktan sonraki dönemlerinde, erektil kapasiteyi yeniden kazanmak amacıyla yapmamız gerekenler konusunda bize önemli mesajlar veriyor. İlk olarak Montorsi ardından Mulhall ve Raina radikal pelvik cerrahi sonrası uygulanan penil rehabilitasyonun erektil kapasitenin tekrar kazanılmasında önemli katkılar sağladığını bildirmişlerdir²⁻⁴. Odukları geniş serilerde yürütülen ve bazıları plasebo kontrollü olarak gerçekleştirilen bu çalışmalar; ameliyat sonrası erken dönemde yapılan intrakavernozal vazoaktif ajan (papaverin, fentolamin, PGE1) enjeksiyonlarının sağladığı oksijenizasyonun, düz kas hücre fibrozisini ve apoptozisini engellediğini bildirmişlerdir.

Dr. Kadioğlu: Ameliyat sonrası erken dönem enjeksiyonları ne zaman başlamalı ve ne sıklıkta yapılmalıdır?

Dr. Usta: Üretral kateterin alınmasını takiben haftada 3 kez olmak üzere en az 3 ay süreyle rehabilitasyon uygulanmalıdır. Tabii bu arada hasta IIEF, sabah ereksiyonlarının olup olmadığı açısından da bu zaman içinde değerlendirilmelidir.

Dr. Kadioğlu: Radikal pelvik cerrahi sonrası erektil kapasitenin geri kazanılması 12 aya kadar uzayabildiğine göre rehabilitasyon programı da 12

ay devam etmeli midir? Rehabilitasyonda başarıyı etkileyen faktörler nelerdir?

Dr. Usta: Bu süre tamamen hastanın rehabilitasyonu verdiği yanıtı göre değişmektedir. Sabah ereksiyonlarının yada kısmi ereksiyonların başlaması ile birlikte oral medikasyona geçilebilir. Oral medikasyon daha az invazif olması ve hasta uyumunun daha kolay sağlanması nedeniyle, mümkün olan en kısa sürede enjeksiyondan oral medikasyona geçiş yapılması hedeflenmelidir. Rehabilitasyona ne kadar erken başlanırsa tedaviden alınacak başarı o derecede artacaktır. Bununla birlikte hastanın yaşı, ek ko-morbiditenin bulunup bulunmaması, tedavi öncesi IIEF skoru tedavi sonucunu anlamlı derecede etkileyen faktörlerdir.

Dr. Kadioğlu: Hastada bundan sonraki aşamada tedavi öneriniz?

Dr. Yaman: Kılavuzlara uygun olarak bu hastada ikinci basamak tedavi olan intrakavernozal vazoaktif ajan uygulaması yapılmalı ve kesin olarak ameliyat sonrası 12 aya kadar hastanın erektil kapasitesinin spontan olarak başlayabileceği yada oral medikasyona yanıt verir hale gelebileceği akıld tutulmalıdır.

Dr. Kadioğlu: Hasta önerileriniz doğrultusunda ameliyat sonrası 12. aya kadar intrakavernozal enjeksiyon uyguladı. Tatmin edici düzeyde yada spontan olarak oluşan ereksiyon sağlayamadı. IIEF tekrar değerlendirildi ve 10 olduğu tespit edildi. İntrakavernozal enjeksiyon+görsel cinsel stimülasyon (VSS) ile kısmi ereksiyon sağlayan hastada, Vakum cihazı katkısıyla ereksiyon kalitesi bir miktar daha arttırılabiliyor fakat, hasta enjeksiyon ve vakum cihazını kullanmak istemiyor. Bu arada idrar kaçırma şikayetinde de hiçbir gelişme sağlanmadı. Bundan sonraki aşamada öneriniz?

Dr. Yaman: Hastanın yaşı ve ek ko-morbiditeleri de göz önüne alınarak, yüksek olasılıkla hastanın bundan sonraki medikal tedaviden fayda görmeyeceği düşünülebilir. Ek olarak idrar kaçırma

sorununda da hiçbir gelişme sağlanmadığı göz önüne alınmalıdır. Bu aşamada hastaya eş zamanlı penil protez ve artifisiyel üretral sfinkter implantasyonu düşünülmelidir.

Dr. Kadioğlu: Bu hastada hasta penil protez uygulamasını seçerse hangi tip implant ve ne tür bir cerrahi tercih edersiniz?

Dr. Yaman: Kanımca son dönemlerde bir hayli popüler hale gelen tek bir skrotal insizyondan eş zamanlı penil ve üniner sfinkter implantasyonu uygun olacaktır⁵. Uygulanacak protez tercihi doğal ereksiyonu iyi taklit eden 2 veya 3 parçalı şişirilebilir protezler olmalıdır.

Dr. Kadioğlu: Artifisiyel üretral sfinkterde oluşabilecek erezyon riski yada iki protezin birlikte kullanılmasında karşılaşılabilecek güçlükler nedeniyle, penil protez ile birlikte male sling sistemlerinden de faydalanılabilir⁶. Bu arada hastada idrar kaçırma cerrahisi gerekli olmasaydı 3 parçalı protezin yerleştirilmesinde skrotal yerine infrapubik girişim yolu tercih edilebilirdi.

KAYNAKLAR

- 1- **Salamon L, Sebe P, De La Taille A et al:** Open versus laparoscopic prostatectomy:Part II. BJU Int 94:244-250, 2004
- 2- **Montorsi F, Briganti A, Salonia A et al:** Current and future strategies for preventing and managing erectile dysfunction following radical prostatectomy. Eur Urol 45:123-133, 2004
- 3- **Mulhall JP, Land S, Parker M et al:** The use of an erectogenic pharmacotherapy regimen following radical prostatectomy improves recovery of spontaneous erectile function. J Sex Med 2:532-542, 2005
- 4- **Raina R, Agarwal A and Zippe CD:** Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy. Urology 66:923-929, 2005
- 5- **Wilson SK, Delk JR 2nd, Henry GD et al:** New surgical technique for sphincter urinary control system using upper transverse scrotal incision. J Urol 169:261-264, 2003
- 6- **Rhee EY:** Technique for concomitant implantation of the penile prostshesis with the male sling. J Urol 173:925-927, 2005