

Benign Prostat Hiperplazisi'nde akut üriner retansiyon ve cerrahi risk

Acute urinary retention and surgical risk in BPH

Dr. Fuat Kızılay, Dr. Adnan Şimşir, Dr. İbrahim Cüreklibatır

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Benign Prostat Hiperplazisi, zor idrar yapma, sıklık, noktüri gibi alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile karakterize progresif bir hastalıktır. Akut retansiyon ve BPH cerrahisi gerekliliği progresyon açısından önemli risk faktörleridir. Bu faktörleri irdeleyen birçok araştırma yapılmıştır. Amerikan Üroloji Birliği (AUA) tarafından geliştirilen IPSS skorlama sistemi AÜSS ve BPH'nin subjektif değerlendirilmesi için kullanılan önemli bir testtir. Genel olarak progresyon semptomlarının kötüleşmesi, akım hızında azalma, prostat volümünde (PV) artma ve akut üriner retansiyon (AUR) gelişmesi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek risk taşıyan hastaların erken teşhis ve tedavisi önemlidir. 5 alfa redüktaz inhibitörü kullanımı ile prostat volümü azalmakta ve buna bağlı olarak semptomlarda iyileşme olmakta, AUR riski ve cerrahi gereksinimde azalma sağlanabilmektedir. AUR sonrası yapılan cerrahi operasyonların morbidite ve mortaliteyi arttırdığı bilinmektedir. PSA'nın da AUR riski için güçlü bir prediktör olduğu gösterilmiştir. "BPH nomogramı" progresyon riskini belirlemek için umut vericidir. IPSS, Qmax ve PVR değerleri progresyon ile ilişkilendirilse de, progresyon ve cerrahi riskin daha net belirlenmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Progresyon riskinin iyi şekilde belirlenmesi ile BPH nedenli hayat kalitesinin kötüleşmesi engellenebilir, AUR ve cerrahi tedavi gibi hastanın yaşamını ciddi şekilde etkileyen durumlar önceden tahmin edilip önüne geçilebilir.

Anahtar kelimeler: prostat, BPH, üriner retansiyon, cerrahi

ABSTRACT

Benign Prostatic Hyperplasia is a progressive disease characterized with lower urinary tract symptoms (LUTS) such as difficult urination, frequency and nocturia. Acute urinary retention and the need for BPH surgery are major risk factors for progression. Several studies have been conducted to examine these factors. IPSS scoring system developed by American Urological Association (AUA) is an important test used for the subjective evaluation of BPH and LUTS. In general, progression is defined as worsening of symptoms, decrease in flow rate, increase in prostate volume (PV) and development of acute urinary retention (AUR). Early diagnosis and treatment of high - risk patients are important. By the use of 5 - alpha reductase inhibitor, prostate volume is decreased and accordingly improvements are observed in the symptoms, thus reduction in the risk of AUR and the need for surgery can be obtained. Surgical operations after AUR is known to increase morbidity and mortality. PSA is also shown as a strong predictor for the risk of AUR. "BPH nomogram" is promising to determine the risk of progression. Although IPSS, Qmax and PVR values are associated with progression, further studies are needed to determine progression and surgical risk more clearly. By determining the risk of progression, quality of life worsening due to BPH can be prevented and serious conditions effecting patient's life such as AUR and surgical treatment can be predicted and avoided.

Key words: prostate, BPH, urinary retention, surgery

İletişim (✉): icurekli@yahoo.com

Benign Prostat Hiperplazisi, sıklık, acil idrar hissi, noktüri, azalmış idrar akımı, dizüri, tenezm gibi alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile ilişkili progresif bir hastalıktır. Yaşla birlikte artan yaygın ve sıklıkla alt üriner sistem yakınmaları (AÜSS) ve hayat kalitesinde bozulma ile ilişkili bir durumdur. BPH'nin doğal seyrini aydınlatmak ve akut retansiyon / BPH cerrahisi gerekliliği olarak tanımlanan progresyon açısından önemli risk faktörlerini belirlemek amacıyla birçok epidemiyolojik ve klinik araştırma yapılmıştır. BPH ile AÜSS arasındaki ilişki kompleksdir. BPH mevcut tüm erkeklerde AÜSS görülmeceği gibi, BPH olmayan erkeklerde de AÜSS gelişmesi mümkündür.

Amerikan Üroloji Birliği (AUA) tarafından geliştirilen standardize, kendi kendine kullanılabilir 7 soruluk IPSS skorlama sistemi AÜSS ve

BPH'nin subjektif değerlendirilmesi için oldukça değerlidir. 0 - 35 arasında toplam puanlaması olan testte, 0-7 arasında puan alan hastalar hafif semptomatik, 8-19 arasında alan hastalar orta düzeyde semptomatik ve 20-35 arasında puan alan hastalar ciddi semptomatik olarak değerlendirilmektedir.

BPH'nin progresif hastalık olarak değerlendirildiği bir derlemede, progresyon; semptomların kötüleşmesi, akım hızında azalma, prostat volümünde (PV) artma ve akut üriner retansiyon (AUR) ve AUR ve / veya semptomlarda kötüleşme için cerrahi tedavi ihtiyacı olarak tanımlanmıştır (1).

Medical Therapy Of Prostatic Symptoms (MTOPS) çalışmasına göre BPH'nin ilerlemesi; IPSS'de 4 puan artış, akut retansiyon, BPH'ne bağlı kronik böbrek yetmezliği, inkontinans, tekrarlayan üriner enfeksiyon

veya üroresis gelişmesi olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmanın plasebo kolunda, yukarıdaki alım kriterlerine ek olarak TRUS ile ölçülmüş büyük prostat varlığı; klinik ilerleme, akut retansiyon ve BPH'ne bağlı cerrahi riski ilişkili bulunmuştur.

Toplam klinik ilerleme olgularının da büyük çoğunluğunu semptomlarda kötüleşme oluştururken (%79.5, toplamda %14), ikinci sırada akut retansiyon (%14.8, toplamda %2) gelmektedir.

Prostat volümü (PV) belki de BPH progresyonunda risk faktörü olması açısından en çok çalışılan değerlerden biridir. 30 ml üzerinde PV erkeklerde PV <30 ml erkekler ile karşılaştırıldıklarında, AUR oluşma riskinde 3-4 kat arasında artış görülmektedir (2). Bu nedenle tedaviyi optimize etmek için yüksek risk taşıyan hastaların erken teşhis ve tedavisi önemlidir. Medikal tedavi BPH'nın tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemdir. 5 alfa redüktaz inhibitörü kullanımı ile prostat volümü azalmakta ve buna bağlı olarak semptomlarda iyileşme, idrar akışı hızı ve yaşam kalitesinde düzelme, ve AUR riski ve cerrahi gereksinimde azalma sağlamaktadır (3). Bu sayede BPH'nın uzun dönem komplikasyonlarından özellikle de AUR'den korunabilir. Alfa blokerler semptomlarda süratli iyileşme sağlarken volüm üzerinde etkisiz oldukları için AUR riski ve cerrahi gereksinimini azaltmak konusunda yetersizdir. Kombine tedavinin monoterapiye üstünlüğü CombAT çalışması ile ortaya konmuştur (4).

Yapılan bir çalışmada, prostatektomi öncesi AUR nedeni ile kateter takılan 1242 hasta, elektif prostatektomi yapılan 2400 hasta grubu ile karşılaştırılınca hastaların peroperatif mortalitesinin 3.5 kat, morbiditesinin ise 5 kat arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada ek olarak AUR sonrası hastaların ancak %45'i 1 ay içerisinde hasta yoğunluğu nedeni ile opere edilebilmiş, geri kalan hastalar ise 2 ay ve üzeri kateter ile kalmıştır. Kateterli sürenin uzaması, hastaların postoperatif mortalitesinin ve morbiditesinin doğru orantılı artmasına ve hasta hayat kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

AUR ve cerrahi gereksiniminin semptomatolojideki yeri sınırlı olmasına rağmen

finansal, emosyonel ve sağlıkla ilişkili sonuçları bakımından oldukça önemlidir. AUR sonrası çoğunlukla hastalar klinisyenler tarafından operasyona yönlendirilirler fakat yapılmış bazı çalışmalarda bu hastaların %23-30'unun spontan olarak işeyebileceklerini göstermiştir. Bu nedenle hangi hastalara cerrahi operasyon, hangi hastalara ise medikal tedavi önerilmesi gerektiği tartışılmaktadır. ABD Ulusal Prostatektomi Birliği, AUR sonrası yapılan cerrahi operasyonlar sonrası morbidite ve mortalitenin arttığını bildirmiştir (5).

Bazı klinisyenler AUR gelişen hastalarda, üretral kateter takılan hastaların %25 - 45'inde kateter alınması sonrası başarılı olarak mesanelerini boşalttıkları saptanmıştır (6). AUR mekanizması, prostat infarktı, artmış alfa adrenerjik aktivitesi, detrusör dekompanzasyonu ve nörotransmitter modülasyonu ile açıklanmaktadır (7). Alfa 1 reseptörlerin mesane boynunda ve prostat düz kas dokusunda olduğu bilinmektedir, alfa blokerler yıllardır tedavide başarıyla kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada AUR , prostat biyopsisi sonrası prostat düz kas oranının artmış olduğu vakalarda terazosin tedavisi sonrası idrar maksimum akım hızlarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (8). Bu çalışma teorik olarak AUR sonrası alfa bloker kullanımının, kateter alınması sonrası işemeyi düzeltebileceğini göstermiştir. Fakat hala tam olarak, AUR sonrası alfa blokerlerin nasıl etkin olduğuna dair net klinik data yoktur.

Olmsted County çalışmasının verilerine göre 60 yaşındaki bir erkek için 20 yıl daha yaşaması durumunda AUR riski yüzde 23 olarak tahmin edilmektedir (9). MTOPS çalışmasına göre progresyon vakalarının %12'sini AUR oluşturmaktadır. İngiltere ve Amerika'da AUR vakalarının %24 - 42'si cerrahi ile sonuçlanmakta, cerrahi geciktiren hastalar ise 1 yıl içinde cerrahi için yüksek riske sahiptirler (10 - 12).

PSA, büyümüş veya büyümeye eğilimli bir prostatın, AÜSS geliştirme riskinin, zayıf idrar akımının, AUR ve BPH ilişkili cerrahi geçirme riskinin güçlü bir öngörücüsüdür (13). Daha büyük prostat hacmi ve daha yüksek PSA düzeyinin, zaman içinde AÜSS artışı, daha düşük hayat kalitesi ve akut üriner

retansiyon gibi komplikasyonlar açısından daha yüksek risk taşıdığını göstermektedir (14 -18).

PLESS sonuçları PSA'nın AUR riski için güçlü bir prediktör olduğunu göstermiştir (19 - 20). Güncel EAU Kılavuzunda ise PSA'nın, prostat volümü konusunda belirleyici bir parametre olarak kullanıldığında, cerrahi veya AUR'u öngörmede faydalı olduğu belirtilmiştir (21).

Yaş, PSA, prostat hacmi, AÜSS derecesi BPH progresyonu açısından önemli risk faktörleridir. Bu parametrelerin tek başlarına yararları kısıtlıdır. Optimal fayda için BPH progresyonu riskinin bireysel hasta bazında kabul edilebilir bir doğruluk oranıyla belirlenmesini sağlayacak ölçüm araçlarına gerek vardır.

Progresyon riski için büyümüş veya büyümeye yatkın bir prostat, AÜSS semptomları oluşması veya semptomlardaki olası artış, ve AUR ve / veya cerrahi geçirmeye yatkın hasta konusunda hekimi önceden bilgilendirebilir. " BPH nomogramı " oluşturma çabaları progresyon riskini belirlemek için umut vericidir. PLESS çalışmasına göre prostat volümü ile PSA arasında ilişki mevcut olduğu, ancak değişik derecelerde sensitiviteye ve yas gibi bir ek değişken faktöre sahip olduğu gösterilmiştir (22). Serum PSA, BPH hastalığında progresyon riski taşıyan erkekleri tanımlamada önem kazanabilir. Ayrıca prostat volümü de kolay ölçülebilen ve BPH progresyonunda riski yansıtan önemli değerlerden biridir. Yaş, etiyolojik bir faktör olmasının yanında BPH hastalarında progresyon ile de ilişkilidir. IPSS, Qmax, PVR değerleri birçok çalışmada progresyon ile ilişkilendirilse de, progresyon ve cerrahi riskin daha net belirlenmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Progresyon riskinin mevcudiyeti, ilgili hekimleri hastaları konusunda daha dikkatli olmaya ve gerekirse erken cerrahi tedavi protokollerine yönlendirecektir. Tüm hastaların riskini belirleyebilen optimal bir ölçüm aracı henüz yoktur ancak bu konuda araştırmalar devam etmektedir. Progresyon riskinin iyi şekilde belirlenmesi ile BPH nedenli hayat kalitesinin kötüleşmesi engellenebilir, AUR ve cerrahi tedavi gibi hastanın yaşamını ciddi şekilde etkileyen durumlar önceden tahmin edilip önüne geçilebilir.

Kaynaklar

1. Emberton M, Andriole GL, de la Rosette J et al. Benign prostatic hyperplasia: a progressive disease of aging men. *Urology* 2003; 61: 267–73.
2. Anderson JB, Roehrborn CG, Schalken JA et al. The progression of benign prostatic hyperplasia: examining the evidence and determining the risk. *Eur Urol* 2001; 39: 390–9.
3. *Int J Clin Pract*. 2008 Jul;62(7):1076-86. Epub 2008 May 8. Benign prostatic hyperplasia as a progressive disease: a guide to the risk factors and options for medical management. Emberton M, Corneli EB, Bassi PF, Fourcade RO, Gómez JM, Castro R.
4. *Eur Urol*. 2010 Jan;57(1):123-31. Epub 2009 Sep 19. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Nandy I, Morrill BB, Gagnier RP, Montorsi F; CombAT Study Group.
5. Pickard R, Emberton M, Neal DE. The management of men with acute urinary retention. *Br J Urol*. 1998;81:712–720.
6. Taube M, Gajraj H. Trial without catheter following acute retention of urine. *Br J Urol*. 1989;63:180–182.
7. Spiro LH, Labay G, Orkin LA. Prostatic infarction: role in acute urinary retention. *Urology*. 1974;3:345–347.
8. Shapiro E, Hartanto V, Lopor H. The response to alpha blockade in benign prostatic hyperplasia is related to the percentage area density of prostate smooth muscle. *Prostate*. 1992;21:297–307.
9. Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ et al. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. *J Urol* 1997; 158: 481–7.
10. Pickard R, Emberton M, Neal DE. The management of men with acute urinary retention. *Br J Urol* 1998; 81: 712–20.
11. Choong S, Emberton M. Acute urinary retention. *BJU Int* 2000; 85: 186–201.
12. Desgrandchamps F, De La Taille A, Doublet JD. The management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2006; 97: 727–33.
13. Roehrborn CG, Boyle P, Bergner D et al. Serum prostate-specific antigen and prostate volume predict long-term changes in symptoms and flow rate: results of a four-year, randomized trial comparing finasteride versus placebo. PLESS study group. *Urology* 1999; 54: 662–9.
14. Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ et al. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. *J Urol*. 1997; 158: 481-487.
15. Roehrborn CG, Malice M-P, Cook TJ, Girman CJ. Clinical predictors of spontaneous acute urinary retention in men with LUTS and clinical BPH: A comprehensive analysis of the pooled placebo groups of several large studies. *Urology*. 2001; 58: 210-216.
16. Meigs JB, Barry MJ, Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ, Kawachi I. Incidence rates and risk factors for acute urinary retention: the health professionals followup study. *J Urol*. 1999; 162: 376-382.
17. Flanigan RC, Reda DJ, Wasson JH et al. 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: a Department of Veterans Affairs cooperative study. *J Urol*. 1998; 160: 12-17.
18. Djavan B, Fong YK, Harik M et al. Longitudinal study of men with mild symptoms of bladder outlet obstruction treated with watchful waiting for four years. *Urology*. 2004;64: 1144-1148.
19. Emberton M, Cornell EB, Bassi FP, Fourcade RO, Gomez MF, Castro R. Benign prostatic hyperplasia as a progressive disease: a guide to the risk factors and options for medical treatment. *Int J Clin Pract*, 2008;62:1076-86.
20. Roehrborn CG, McConnell JD, Lieber M, Kaplan S, Geller J, Malek GH, et al. Serum prostatespecific antigen is a powerful predictor of acute urinary retention and need for surgery in men with clinical benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1999;53:473–80.
21. Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J et al. EAU guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol* 2004; 46: 547–54.
22. Roehrborn CG, Boyle P, Gould AL, Waldstreicher J. Serum prostatespecific antigen as a predictor of prostate volume in men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1999;53:581–9.