

MEKTUPLAR

PROSTAT HİPERPLAZİLERİNDE HİPERTERMİNİN GERÇEK ETKİNLİĞİ

Sayın Editör;

Derginizin 1991 yılı 3. sayısının 195-201. sayfalarında yer alan "Transuretral Hiperterminin Prostat Hiperplazileri Tedavisindeki Yeri" isimli Dr. İşlekel, M. Çelimli, B. Akseki' ye ait makaleyi okuduk.

1- Hiperterminin Amerika'da henüz deneysel safhada olduğu ve FDA (Food and Drug Administration-Gıda ve İlaç Komisyonu) tarafından insanlar üzerinde denenemez kararının varlığı bildirilmektedir. Bu cihaz yalnızca prostatı 44 derecede birkaç saat süreyle ısıtmaktadır. Prostattaki büyüme bu yolla azaltılamaz. 44 derecenin olgun bir hücreyi öldürmeyeceğini tüm hekimler bilmektedir. Aksi halde bu yöntem kanserde de uygulanabilir.

2- Yazarlardan Dr. Çelimli Ege Üroloji Derneği'ndeki konuşmasında da bu yöntemi yeterli bulmadığını belirtmiştir.

3- Bu yöntemi diğer merkezlerde uygulayan sayın Prof. Dr. Remzi Sağlam (Üro-med, Ankara) ve Prof. Dr. Halim Hattat (İstanbul) ile görüşmelerimizde bu yöntemin yararı kısıtlı olduğundan ancak çok seçilmiş hastalara uyguladıklarını bildirmişlerdir.

4- Çalışmada kullanılan cihazın daha gelişmiş olanı ve prostatta 55 derecelik ısı sağlayan "Prostatron" cihazının bile sonuçlar yetersiz olduğundan terkedileceği belirtilmektedir.

5- Tedavinin idrar akım hızı 10 ml/sn üstündekilerde uygulanması gerekirken son- dalı yani, akım hızı sıfır olan hastalara da uygulanmış olması, hasta seçiminin bilimsel olmaktan çok talep doğrultusunda olduğunu göstermektedir.

6- Çalışmada tedavinin yüksek başarı oranları sağladığı bildirilmiştir. Literatürde bu düzeyde başarı bildiren bir başka çalışma yoktur.

7- Bu çalışmada hastaların yeterli süre ve oranda izlenmediği dikkati çekmektedir. Nitekim bu tedaviden sonra bizlere müracaat eden küçümsenmeyecek sayıda hasta olduğunu izlemekteyiz. Hastaların büyük çoğunluğunun akibetinin -dolayısıyla komplikasyonlarının- bilinmediği bir yöntemle yüksek başarı oranı iddia etmeyi de bilimsellikle bağdaştıramıyoruz.

Prof. Dr. Özcan Erhan
Prof. Dr. Nurullah Mülazımoğlu
Prof. Dr. Orhan Yurtseven ve
14 Ürolog

Ege Tıp Fakültesi Üroloji ABD
Bornova 35100 - İZMİR

YANIT

Prostat hiperplazilerinde hipertermi uygulanması çeşitli ülkelerde, çeşitli marka cihazlarla uygulanmakta olup, bu hasta grubundaki etkinliklerine ilişkin saygın dergilerde makaleler yayınlanmaktadır (Yazımızdaki 3, 4, 6, 7, 27, 28 no'lu kaynaklar). Bizim kullanmış olduğumuz Thermex II cihazı da içlerinde; Kanada, İngiltere, Fransa, Belçika, Hollanda, Almanya, Japonya'nın da bulunduğu 21 değişik ülkede 57 merkezde halen işlev görmektedir. Derin prostatik hipertermi tedavisinin etki mekanizması, ısının etkisi ile öncelikle kılcal damarlarda daha sonra geniş damarlarda obstrüktif trombozis oluşması, bunun sonucu olarak kan akımının azalması ile doku nekrozu prensibine dayanır. Aynı prensiplerle hipertermi, prostat kanserlerinde de uygulanmıştır (1). Ayrıca Yazıcıoğlu ve arkadaşları 14 prostat kanserli hastada hipertermi tedavisi uyguladıklarını belirtmişlerdir (2). Prostat kanseri tedavisinde hiperterminin diğer tedavilerle kombine edildiğinde daha başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir (3).

Ege Üroloji Derneği'nde Dr. Çelimli'nin konuya ilişkin konferansında yöntemin yerliliği konusunun iyi açıklanamadığı gö-

rılmektedir. Yazıda da belirttiğimiz gibi bu yöntemin prostat hiperplazilerinde tek ve seçkin yöntem olduğu iddiasında değiliz. Bu yaklaşımımızın yöntemi yeterli bulmadığımız şeklinde anlaşılmasına üzüldük.

Yöntemin yararını kısıtlı buldukları için çok seçilmiş hastalara uygulama yaptığı söylenen Sayın Prof. Hattat'ın 150 olguda Thermex II ile elde ettiği sonuçlar kendisince Viyana'daki 9. Endüroloji Kongresi'nde (4), "Yüksek riskli ve endikasyon konan olgularda transüretal hipertermi'nin yararlı bir tedavi yöntemi olduğu" şeklinde bildirilmiştir.

Ülkemizde Prostatron cihazı ile 180 olgudaki uygulamalar 91 hastada izlenebilmiş ve yöntem seçkin () olgularda iyi bir alternatif olarak sunulmuştur.

Hipertermi tedavisi dünyada tüm merkezlerde olduğu gibi bizim merkezimizde de sondalı yani akım hızı sıfır olan hastalara uygulanabilmektedir. Sondalı hasta grubunda bizim ve bazı merkezlerin uygulama sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Transüretal hipertermi yan etkilerinin azlığından dolayı cerrahi tedaviden kaçınan hastalarda hastanın talebi doğrultusunda da endikasyon konulabilmektedir.

TABLO 1: Akım Hızı Sıfır (Sondalı) Olan Grupta Tedavi Sonrası Spontan İdrar Yapabilme Yüzdesi

	Hasta/Genel N	Başarı	
		N	%
Baert ve ark. (Yazıda 4)	3	1	—
Strohmaier ve ark. (Yazıda 6)	5	2	—
Lidner ve ark. (6)	72	29	40
Yazıcıoğlu ve ark. (1)	92/395	42	46
Çalışmamızda	105/305	65	61.9

Çalışmamızda Tartışma bölümünde 200. sayfa 3 ve 4. paragraflarda ayrıntılı olarak belirttiğimiz gibi tedavi sonuçlarımız dünya literatürü ile paralellik göstermektedir (Tablo 2).

TABLO 2: Tüm Hasta Gruplarında Ortalama Başarı Oranı.

	YÜZDE
Sapozink (Yazıda 3)	81
Baert ve ark. (Yazıda 4)	80
Strohmaier ve ark. (Yazıda 6)	54
Yazıcıoğlu ve ark. (1)	58
Çalışmamızda	77

Çalışmamızda hastaların yeterli süre ve oranda izlenmediği ve bunun elde ettiğimiz yüksek başarı oranını kuşkuya düşürdüğü iddia edilmiştir. Bu bir erken sonuç bildirisi-dir, geç sonuçların öneminin bilincinde olduğumuzu yazının son paragraflarında "Gelecekte yeni hipertermi cihazlarının geliştirilmesi yanında, geç sonuç ve nükslerin uzun süreli takiplerle saptanarak nedenlerin ortaya konması gerekmektedir" olarak belirtmiş idik.

Ancak 304 hastanın 200'ünde (% 65.7) sonuçları değerlendirebilmiş olmamızı çalışmayı yapan ekibimizin irade ve inisiyatifi'nin dışında olmuş bir durum olarak niteliyoruz. İzlenemeyen hasta grubundan klasik yöntemlere dönen hasta oranının izleyebildiğimiz gruptakilerden daha yüksek olduğunu beklemiyoruz.

Konuyu tüm ayrıntılarını ile inceleyen ve bazı noktaları açıklığa kavuşturmamızı sağlayan Sayın Prof. Dr. Erhan ve arkadaşlarına teşekkürlerimizi sunarız.

Op. Dr. M. Çelimli

Dr. E. İşlekel

Dr. B. Akseki

İzmir Üroloji Merkezi

1420 Sk. No:98/1 İZMİR

KAYNAKLAR

1. Strolmaier WL, Bichler KH, Flüchter SH, Wilbert DM. Local microwave hyperthermia of benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 1990; 144: 913.
2. Yazıcıoğlu A, Dalva I, Özgür S, Çetin S. DPH (Derin Prostat Hipertermisi) uygulanan 470 hastanın sonuçlarının değerlendirilmesi. *ESWL Endoüroloji* 1991; 1 (1): 23-6.
3. Servadio C, Leib Z. Hyperthermia in the treatment of prostate cancer. *Prostate*. 1984; 5: 205-11.
4. Hattat R, Çetinel B. Transurethral hyperthermia with Thermo II for benign prostatic hyperplasia. 1991 *ESWL Endoüroloji* 1991; 1 (1): 43.
5. Lidner A, Braf Z, Lev A, Golomb J, Leib Z, Siegel Y, Servadio C. Local hyperthermia of the prostate gland for the treatment of benign prostatic hyper-trophy and urinary retention. *Brit J Urol*. 1990; 65: 201-3.

SAFRA KESESİ AGENEZİLERİ

Sayın Editör;

Derginizde yayınlanan "Safra Kesesi Anomalileri ve Sıklığı" başlıklı makaleyi (1991; I(2): 168-70) okudum. Safra Kesesi Agenezisi ile ilgili ve yayınlanmış bulunan bir çalışmam nedeniyle bu konu ilgimi çekti.

Yayınlanmış makalelerin bile farkedilmeyeceği düşünülürse, safra kesesi agenezisinin gerçekten sanıldığından çok fazla olduğu görüşüne katılıyorum. Ancak, derginizde yayınlanan safra kesesi agenezisi olgusunda tanıdan emin olmak için koledokotomi ile kolangiografi ve T-tüp uygulandığı bildirilmektedir. Koledokolitiazis ile ilgili öyküsü, klinik veya operatif bir bulgusu olmayan bir hastada koledokotomi gereksizdir. Emin olmak için çok ince (24 gauge) bir iğne ile kolangiografi çekilebilir veya intraoperatif ultrasonografi yapılabilir. Radyolojik olarak dolmayan kese olgularında preoperatif ultrasonografinin önemi bu vesile ile ortaya çıkmaktadır.

Doç. Dr. Hüseyin Gülay
Genel Cerrahi Anabilimdalı
Dokuz Eylül Ü. Tıp Fakültesi
Balçova - İZMİR

KAYNAKLAR:

1. Gülay H, Ertuna C. Safra Kesesi Agenezisi. *Türkiye Klin. Tıp Bil. Araştırma Derg.* 1986; 4 (1-2): 149-51.
2. Allan S, Hurrell TA. Agnesis of the Gallbladder and Cystic Duct: A report of 3 cases. *Brit J Surg*. 1974; 61: 145-6.

YANIT

Makalemizle ilgilenmenizden büyük memnuniyet duyduk. Kese Anomalileri hakkında ülkemiz çapında yapmakta olduğumuz titiz araştırmalara karşın 1986'da yayınlanmış olan makalenize erişemediğimizi değerli mektubunuz sayesinde öğrendik. Bu da artık bir yerli tıp indeksinin kaçınılmaz olduğunu ve bu indeks hizmete sunulana kadar bu tip bilimsel mektuplarla kurulacak iletişimin ne kadar yararlı olduğunu gözler önüne sermektedir.

Sizin de kabul ettiğiniz gibi kese agenezisi tanısını doğrulamak ve intrahepatik veya ektopik bir kese olasılığını elimine etmek için preopreatif kolanjioografi şarttır (1).

Intraoperatif ultrasonografi ise güncel olmakla birlikte ülkemizde henüz rutine girmemiş bir yöntemdir.

Dışarıda yayınlanmış kese agenezisi olgularının % 59.6'sının peroperatif kolanjioografi ile doğrulanmasına karşın ülkemizde son 5 yılda bildirilen 10 olgudan yalnızca 2'si kolanjioografi ile doğrulanmıştır (% 20).

Çalışmamızdaki olgu ülkemizde kolanjioografi ile doğrulanan 3. kese agenezisi olmaktadır.

Kolanjioografi için koledokotominin şart olmadığı görüşüne katılmakla birlikte, yazarlardan birinin (Op. Dr. M.E. Büyükerken) Afyon SSK Hastanesi koşullarında tanıyı doğrulamak için koledokotomi yapmış olmasını bir yanlışlık olarak görmemek gerektiği kanısındayız.

Doç. Dr. Ragıp Kayar
Op. Dr. Murat Çobanoğlu
Dr. Hidayet Çatal
I. Genel Cerrahi Kliniği
SSK Tepecik Hastanesi
35120 - İZMİR

KAYNAKLAR:

1. Jackson R J, Clellan M O. Agnesis of the Gallbladder. A Cause of False-Positive Ultrasonography *Am, Surg.* 1 989; 55 (1): 36-40.