

Finasterid tedavisine rağmen hayatı tehdit edebilecek prostat kanaması: Olgu sunumu*In spite of finasteride treatment prostatic bleeding that might threaten life: Case report***Cavit Ceylan¹, İbrahim Keleş²**¹Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Üroloji Kliniği²Ankara Yenimahalle Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği**Özet**

Prostat kaynaklı kanamalar genellikle prostatın frajil, aşırı damarlanması sonucu gerçekleşir. Prostatın damarları herhangi bir nedenden dolayı yırtıldığında hasta spontan gross hematüri ile başvurabilir. Hastanın konforunu ve hayatını tehdit eden makroskopik, abondan, spontan hematüri olduğunda acil şartlarda değerlendirilmelidir. BPH (benign prostat hiperplazisi) bağlı gross hematürilerde TURP (transüretral prostatektomi), diğer tedavi seçeneklerinin yanında, obstruktif semptomları ağır basan hastalar için alternatif tedavi olarak düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Benign prostat hiperplazisi, hematüri, transüretral prostatektomi, tedavi.

Abstract

Bleeding of prostatic origin is usually caused by the fragile hypervascularity of the prostate, the vessels of which are easily disrupted and the patients might be accepted the hospital with gross hematuria. The spontan gross hematuria which negative effect to patients comfort and threat to live should be evaluated urgently. İn Gross hematuria due to BPH (benign prostate hyperplasia) along with the other treatment options TURP (transurethral resection) should be considered as an alternative treatment fort he patients withobstructive symptoms.

Key Words: Benign prostate hyperplasia, hematuria, transurethral resection of prostate, treatment

Giriş

BPH'lı hastalarda genellikle yetersiz mesane boşaltım hissi, idrar akış hızında azalma, nocturi, urgency, frequency gibi alt uriner sistem semptomlarını içeren sıkıntılar mevcuttur(1). Ancak bu iritatif ve obstruktif semptomlarla birlikte BPH ile birlikte hematüri de görülebilir. Yapılan klinik çalışmalar göstermektedir ki hematüri- li hastaların %12-20'si tek başına BPH ile birlikteliği bulunmaktadır(2-4). Biz burada obstruktif ve iritatif semptomlara sahip, 3 yıldır finasterid tedavisi alan ve 2 gündür gros hematürisi olan BPH'li hastayı sunduk.

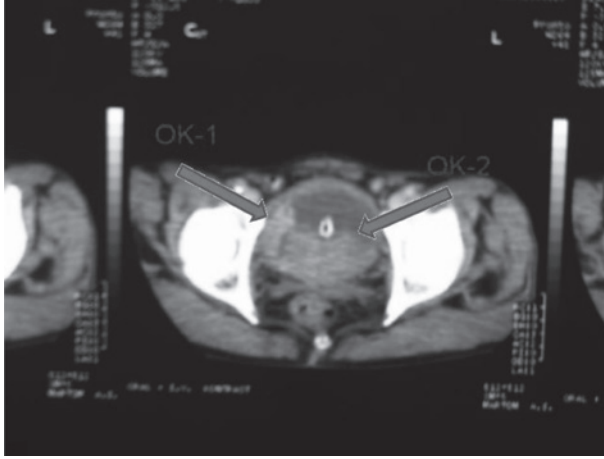
Olgu

71y erkek hasta, iki gündür idrardan ağırlı pıhtılı kanama ve idrar yaparken zorlanma şikayeti ile hastaneye başvuruyor. Hasta sonda ile mesaneden pıhtı boşaltılması ve mesanenin salin irigasyon işlemi ile temizlenmesi için yatırıldı. Hasta hastaneye yatırıldığında işlem önce-

si bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Hastadan alınan anemnezde, üç sene önce aynı şikayet ile hastaneye başvurduğunda, intravesikal hemotom boşaltılıp BPH semptomları için 5 alfa redüktaz inhibitörü (finasterid) başlanıldığı öğrenildi.Üç yıldır finasterid tedavisi kullanan hasta herhangi bir antikoagülan almadığını bildirdi. Yapılan fizik muayenede genel durumu orta, vital bulgular stabil, T.A:100/60 mmHg, nabız taşikardik, cilt soluk, solunum 94/dk takipneik, ateşi 37 °C idi. Batın palpasyonda glob vesikale ile uyumlu, ele gelen hassas suprapubik mobil kitle mevcut idi. Labratuvar tetkiklerde H.b:6.7 gr/dl (normal değer Hb:13.6-17.2 gr/dl), tam idrar tahlilinde silme eritrosit, tam biyokimyası normal sınırlarda idi. Hastaya üç ünite taze eritrosit süspansiyonu verilerek, genel anestezi altında hasta değerlendirmek için, rutin laboratuvar tahlilleri, radyolojik değerlendirme ve PSA değerine bakıldı. Hastanın total PSA değeri 1.75ng/

Geliş tarihi (Submitted): 20.04.2011

Kabul tarihi (Accepted): 04.07.2011



Resim 1: Kontrastlı abdominopelvik tomografi görüntüsü (ok-1:mesane içi hematoma, ok-2: prostat)

ml idi. Hastanın tüm batin kontrastlı tomografisinde mesanenin tabanını dolduran 12x10 cm boyutunda, mesane tabanını dolduran, prostat orta lobu ve organize hematoma ile uyumlu görüntü mevcuttu.(Resim 1). Hastaya genel anestezi altında yapılan tanimsal sistoskopiinde, prostatik üretrada kanayan vasküler yapılar ve mesane içinde organize olmuş hematoma izlendi. Pıhtı boşaltıldığında mesane ileri derecede trabeküle ve selüllü olduğu izlenirken tümöral oluşum görülmedi (Resim 2). İşlem esnasında prostat medyan lob üzerinden ve prostatik üretrada açılmış damar uçlarının fulgurasyonu yapıldı. Hasta daha öncede medikal tedavi aldığı ve obstruktif semptomlarında ön planda olduğu için, işlem transüretral prostatektomi ve hemostaz kontrolü sonrasında üç yollu foley sonda takılarak bitirildi. Postoperatif üçüncü günde sonda alınıp şifa ile taburcu edildi.

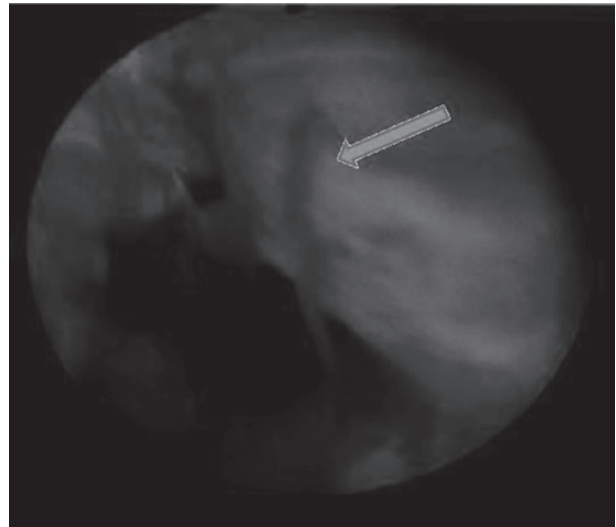
Tartışma

Erkeklerde spontan gross hematüri nadir görülen bir klinik durumdur. Ama bu durum çok can sıkıcı bir hal alabilir. Literatürde belirtilen spontan gross hematüri vakaları; prostatik üretranın adenomu, prostatik utricul papilomu, nonvariköz anormal posterior üretra damarları, üretral polip, arteriel fistül, üretral yaralanmalara bağlı olarak geliştiği bildirilmiştir (5-9).Tanı için öyküde genital tavmanın olup olmadığı sorgulanmalıdır. Rutin labratuvar (tam kan, PSA, tam idrar tahlili) ve radyolojik inceleme (intavenöz pyelografi, abdomino pelvik ultrasonografi gerekirse spogiosocavernosografi) tanimsal sistoskopi yapılmalıdır. Hastada koagulopati, üretelyal tümör, corpora üretral fistül, mesane taşı gibi nedenler ayırıcı ta-

nıda ekarte edilmelidir. BPH'ya bağlı spontan gross hematürinin sebebi, prostat dokusunda ve prostatik üretradaki anormal şekilde artmış fragil damarlanmaya bağlıdır(10). Biz hastamızda genel anestezi altında sistoskopi yaptığımızda; prostatik üretrada artmış vaskülerite, hipermik üretral epitelyum, mesane içinde yoğun pıhtı, intravesikal trabekulasyon ve selül gördük.

Prostat kaynaklı kanamanın tedavisinde açık cerrahi, anjiografik embolizasyon, endoskopik yaklaşım ile transüretral prostatektomi ve 5-alfa reduktaz inhibitör ile medikal tedavi denenebilir(11-13). BPH'ya bağlı hematürinin tedavisi için finasterid (5-alfa reduktaz inhibitör) alan hastalarda, tedaviden 9 ay sonra anlamlı derecede hematürinin azaldığı görülmüştür. Finasterid dihidrotestosteronu bloke ederek prostattaki angiogenezi azaltır ve dolayısıyla prostattan kaynaklanan kanamayı da azaltmaktadır (12). Gros hematüride 5 alfa reduktaz inhibitör tedavisi, efektif olmamasına rağmen cerrahi tedavi düşünmeyen ve/veya cerrahi öncesi alternatif tedavi yaklaşımı olarak düşünülebilir (14).

Biz hastamızda sistoskopiye takiben prostatik üretradaki aktif kanamaya neden olan açık damar uçlarına fulgurasyon yaptık. Mesane içindeki pıhtıyı boşalttıktan sonra büyük bir prostatik medyan lob ve yanlardan her iki prostatik lobun kapattığını gördük. Hastamız daha önce yaklaşık 3 yıldır finasterid tedavisi almışna rağmen tekrarlayan gross hematüri ile başvurduğundan ve obstruktif semptomları da devam ettiği için TURP



Resim 2: Sistoskopi'de prostatik üretradaki fragil damarlar ve hemoraji görüntüsü

uyguladık. 3 ay sonra kontrole geldiğinde alt üriner sistem semptomları veya hematüri ile ilgili herhangi bir sorunu yoktu.

BPH'ya bağlı kanamanın tedavisi için aralıklı olarak 3 yıldır finasterid kullanan bu olgu, uzun süreli tedaviye rağmen hayatı tehdit edebilecek gross hematüri gelişebileceğini ve TURP tedavisinin kaçınılmaz olabileceğini göstermektedir.

Kaynaklar

1. AUA Practice Guideline Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations. J Urol,170: 530–547, 2003.
2. Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett AT, et al. Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. A cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3885 patients. J Urol.,141:243-247, 1989.
3. Lynch TH, Waymont B, Dunn JA, et al.. Rapid diagnostic service for patients with haematuria. Br J Urol, 73: 147-151, 1994.
4. Hasan ST, German K, Derry CD. Same day diagnosis of haematuria. Br J Urol, 73:147-151, 1994.
5. Baroudy AC, O'Connell JP. Papillary adenoma of the prostatic urethra. J Urol.,132:120-122, 1984.
6. Stein AJ, Prioleau PG, Catalona WJ. Adenomatous polyps of the prostatic urethra: a cause of hematospermia. J Urol, 124: 298–299, 1980.
7. Aliabadi H, Cass AS, Gleich P. Utricular papilloma. Urology, 29: 317–318, 1987.
8. Cattolica EV. Massive hemospermia: a new etiology and simplified treatment. J Urol,128: 151–152, 1982.
9. Cheng YS, Lin JS, Lin YM. Isolated posterior urethral injury: an unusual complication and presentation following male coital trauma. Asian J Androl, 8: 379–381, 2006.
10. Pareek G, Shevchuk M, Armenakas NA, et al. The effect of finasteride on the expression of vascular endothelial growth factor and microvessel density: a possible mechanism for decreased prostatic bleeding in treated patients. J Urol, 169: 20–23, 2003.
11. Miller MI, Puchner PJ. Effects of finasteride on hematuria associated with benign prostatic hyperplasia: long-term follow- up. Urology; 51: 237–240, 1998.
12. Perimenis P, Gyftopoulos K, Markou S, et al. Effects of finasteride and cyproterone acetate on hematuria associated with benign prostatic hyperplasia: a prospective, randomized, controlled study. Urology, 59: 373–377, 2002.
13. Appleton DS, Sibley GN, Doyle PT. Internal iliac artery embolisation for the control of severe bladder and prostate haemorrhage. Br J Urol, 61(1): 45–47, 1988.
14. Clark RV, Hermann DJ, Cunningham GR, et al. Marked suppression of dihydrotestosterone in men with benign prostatic hyperplasia by dutasteride, a dual 5alpha-reductase inhibitor. J Clin Endocrinol Metab, 89: 2179–2184, 2004;

Yazışma / Correspondence

Dr. Cavit Ceylan,
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3.Üroloji Kliniği Altındağ/ Sıhhye-Ankara
Tel: 0312 306 18 45 - 0312 306 15 34
E mail:ceylancavit@yahoo.com
