

# Ürolojinin kronik dertleri

## Doç. Dr. Bülent Altay



1977 yılında Ankara'da doğdu. Ankara Özel Yükseliş Koleji, Ankara Atatürk Anadolu Lisesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde üroloji uzmanlığını tamamladı. Halen Medipol Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalında çalışmaktadır.

**K**ronik ürolojik rahatsızlıklar içerisinde hem hastalar hem de ürologlar tarafından çözüm ve korunma noktasında en büyük problemi teşkil eden hastalıkların başında hiç şüphesiz Kronik Pelvik Ağrı Sendromu (KPAS) ve Üriner Sistem Taş Hastalığı gelmektedir. Esasen her iki rahatsızlığın da “kronik” olarak adlandırılmalarının altında yatan temel neden, bu hastalıkların etyolojilerine yönelik bilgi birikimimizin yetersiz olmasıdır. Alta yatan fizyopatolojik süreçlerin tam olarak ortaya konamamış olması sebebiyle bu hastalara yaklaşımımız, hastalığın önlenmesinden ziyade ortaya çıkan semptomların ya da fonksiyonel kayıpların önüne geçilmesi çabasından öteye geçememektedir. Neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan ve hatta bilinen en eski Hipokrat yemin metinlerinde bile adı geçen ve halen dünyada milyonlarca kişiyi ilgilendiren üriner sistem taş hastalığının cerrahi tedavisi konusunda teknolojik gelişmeler baş döndürücü bir hızla devam etmektedir. Buna rağmen, hastalığın önlenmesi noktasındaki bilgi birikimimiz son 2 dekatta maalesef bir adım bile öteye geçememiştir.

Hastaları “taşsız” hale getirme amacına yönelik olarak günümüzde çok daha ince kıvrılabilir üreteroskoplar ve ileri lazer teknolojileri sayesinde artık böbreğin en ücra noktalarına kolayca ulaşip, en “zor” taşların bile fragmantasyonunu ve

spontan pasajını sağlayabilmekteyiz. Günübürlük cerrahi tedaviler ile birkaç saat içinde hastaları gündelik yaşamlarına döndürebilmekteyiz. Ancak bu hastalarda nükslerin önlenmesi noktasında bilindik sistemik metabolik analizler, taş analizleri ve diyet-ilaç müdahaleleri ile hastalığı tam olarak önleyebildiğimizi söylemekten çok ama çok uzağız. Daha da kötüsü, bu alandaki kanıta dayalı çalışma sayısının yıllar içinde artması beklenirken aksine yok denecek kadar azalarak devam etmesidir. Klinisyenler taş hastalığının önlenmesi konusundaki umutlarını yitirmişler gibi görünmektedir. En basit ve temel önerimiz olan “bol sıvı tüketin” cümlemizin bile altına dayanak olarak koyabileceğimiz bir randomize-kontrollü çalışmaya henüz rastlayamadık. Elbette bu durum doğal olarak hastalarımızı birtakım balıkların kafataslarının içindeki taşları tüketmek ve benzeri hurafe tedaviler ile böbrek taşlarından kurtulabilecekleri inanisına yönlendirmektedir. Çaresizliğin bizi getirdiği bu noktada daha da ilginç olan bir durum ise bazı meslektaşlarımızın bile bu tür paramedikal/hurafe diyebileceğimiz ve hiçbir dayanağı olmayan, “ben yaptım oldu” tıbbının, kulaktan kulağa yayılan uygulamalarına giderek artan bir oranda itibar etmeleridir. Artık endoüroloji kongrelerinde bile onlarca salonda dev bütçeli ileri teknoloji robotlar, üreteroskoplar ve farklı lazerlerin kullanımını içeren video sunumları ilgi odağı olurken, “üriner sistem taş hastalığının metabolik değerlendirilmesi ve önlenmesi” konu

başlığını içeren oturumlara maalesef gerek ülkemiz gerekse batılı ülkelerde artık rastlanılamamaktadır. Patofizyoloji, biyokimya, farmakoloji ve hatta jeo-morfoloji gibi tıp dışı temel bilimlerin konuya yönelmelerinin ve söz konusu branşların üniversiteler bünyesinde kolektif olarak çalışmalarının sağlanmasının, milyonlarca taş hastasının umudu olabileceği kanaatindeyiz.

Üroloji pratiğinde gerek klinisyenler gerekse hastalarımız için “kabus” olarak adlandırabileceğimiz bir diğer büyük sorun da, yaygın bilinen eski adı ile “Kronik Prostatit”dir. Güncel terminolojide “Kronik Pelvik Ağrı Sendromu” olarak da adlandırılan ve etiyolojisi henüz tam olarak ortaya konamamış olan bu semptomlar paketinin, hastaların hayat kalitesi üzerindeki yıkıcı etkileri gerçekten dikkat çekicidir. Görülme sıklığı gerek batılı ülkeler gerekse ülkemizde giderek artan kronik prostatit tipik olarak 45 yaş altı genç erkeklerin bir rahatsızlığıdır. Kadınlarda “İntersiyel Sistit” olarak tanımlanmış olan klinik antitenin erkeklerdeki karşılığı olarak tanımlanmakta ve her iki sendroma ortak bir isim olarak “Kronik Pelvik Ağrı Sendromu” denilmektedir. Altı aydan uzun süren pelvis, perine, skrotum ve testisleri içeren genital alanda ağrı-huzursuzluk hissi, ejakulasyon ve ereksiyon sorunları ve sıklıkla eşlik eden irritatif üriner yakınmalar hastaların gündelik yaşam kalitelerini mahvedecek boyutlara ulaşan şiddette olabilmektedir. ABD’de bu hastaların ortalama 8-10 farklı üroloji

uzmanına şifa amaçlı başvurdukları ve bu tanıyı alan hastaların tanı sonrası oral antidepresan başlama sıklığının %40-60 arasında olduğu bildirilmektedir. ABD için prevalans rakamı %8,2 olarak bildirilmektedir. Yani sadece ABD'de her yıl ortalama 2 milyon yeni hasta bu girdaba kapılmaktadır. Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) tarafından en son güncellenen "prostatit" sınıflandırmasında kategori 1; akut bakteriyel prostatit, kategori 2; kronik bakteriyel prostatit, kategori 3; enflamatuvar ve non/enflamatuvar kronik pelvik ağrı sendromu, kategori 4; asemptomatik enflamatuvar prostatit olarak tanımlanmıştır. Konumuz olan kategori 3 hastalar için özel hazırlanmış 9 sorudan oluşan, ağrı, üriner yakınmalar ve hayat kalitesini sorgulayan bir semptom indeksi (NIH-CPSI) oluşturulmuştur. Geleneksel görüş bu hastalığın altında yatan nedenler için intraprostatik idrar reflüsü, androjen/östrojen inbalansı, artmış intraprostatik sitokinler ve psikolojik instabilite durumlarını ön plana çıkartmakta iken, güncel görüş bu sendromu; akut bir bakteriyel enfeksiyon, travma ya da ototimmün bir reaksiyon ile tetiklenen sistemik enflamatuvar bir sürecin, pelvik taban, prostat ve mesanede yarattığı doku ve duysal sinir hasarının meydana getirdiği semptomlar bütünü olarak tanımlamaktadır. Kaskadı başlattığı düşünülen enfeksiyon-travma-emosyonel stress gibi bir tetikleyici faktörün saptanması ve ortadan kaldırılması maalesef süreci sonlandıramamaktadır. Dolayısıyla halen daha güncel tedavi yaklaşımımız semptomları azaltmaya yönelik çabalar ile sınırlı kalmaktadır.

Kronik Pelvik Ağrı Sendromunun semptomatik tedavisinde en yaygın kullanılan oral tedavi ajanları antibiotikler, ağrı kesiciler, alfa-blokerler ve trisiklik antidepresanlardır. Son yıllarda Saw Palmetto ekstraktları, PDE-5 inhibitörleri ve quercetin gibi moleküllerin ve akupunktur uygulamalarının da çok az sayıda ve sınırlı sayıdaki hasta gruplarında yapılmış çalışmalarda semptomlar üzerindeki kısmi faydalarını gösteren çalışmalara rastlamak mümkündür. En çok tartışma yaratan güncel tedavi yaklaşımlarından birisi de laparoskopik ya da robot yardımcı-laparoskopik pudental sinir dekompresyonu operasyonlarıdır. Bir grup araştırmacı, pudental sinir patolojilerinin, kronik prostatit ya da intersiyel sistit tanısı almış hastaların büyük bir kısmında gözden kaçırılmış olan esas etkenler olduğunu savunmaktadır. Ancak



pudental sinir sıkışması sonucu ortaya çıktığı iddia edilen "pudental nöralji" tanısı için herhangi bir somut radyolojik ya da fonksiyonel bir test olmadığını da itiraf etmektedirler. Bu tanı, "Nantes Kriterleri" adı verilen, semptom ve fizik muayene bulgularına dayanan, subjektif kriterler üzerine inşa edilen bir tanı olarak karşımızda durmaktadır. "Robot ile tedavi" vaadinin, uzun yıllar net bir tanı alamamış ve kalıcı tedavi umutlarını neredeyse yitirmiş olan bu kronik ağrılı hastalar üzerinde yarattığı büyüdü etkiye de oldukça sık olarak rastlamaktayız. Plaseboya olan üstünlüğü konusunda kanıta dayalı bir veriye henüz ulaşamadığımız bu cerrahi alternatifin sınırlı sayıda ve iyi seçilmiş bir hasta grubu dışında, henüz altın standart bir tedavi olarak sunulmasını doğru bulmadığımızı da vurgulamak isteriz. Henüz kontrollü klinik çalışmalar ile etkinliği gösterilememiş olmasına rağmen, görece daha geniş hasta serilerindeki sonuçların yayınlandığı bir diğer umut vadeden tedavi yaklaşımı ise "Pelvik Taban Biofeedback" uygulamalarıdır. Pelvik taban kas disfonksiyonunun bu hastalığın altında yatan bir sebep mi yoksa bir sonuç mu olduğu tartışmaları süredursun, pelvik taban kaslarının uygun kullanımının eğitimi, gerek batılı ülkelerde gerekse ülkemizde, özellikle de genç kadınlarda yavaş yavaş rutin bir klinik uygulama haline gelme yolundadır.

Sonuç olarak, hem hastalarımız hem de klinisyenler tarafından yönetilmesi

oldukça güç olan bu sendromun tedavi sürecinde empati ve sabır kavramlarının öne çıkartılması önemlidir. Kür sağlayıcı tedavilerin gelişmesinde ise temel bilimlerin konuya eğilmesini sağlamak, böylece etiyolojik faktörlerin ve alta yatan fizyopatolojik süreçlerin net olarak ortaya konulması ve böylece sebebe yönelik tedavi süreçlerinin planlanmasının önemini bir kez daha vurgulamak isteriz.

## Kaynaklar

*Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a review of evaluation and therapy. Polackwich AS, Shoskes DA. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2016 Jun;19(2):132-8.*

*Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Eur Urol. 2016 Feb;69(2):286-97.*

*Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, Thakkinstian A. JAMA. 2011 Jan 5;305(1):78-86.*

*New developments in the diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Pontari M, Giusto L. Curr Opin Urol. 2013 Nov;23(6):565-9*

*Pharmacologic Treatment of Kidney Stone Disease. Brian H. Eisner, MD, David S. Goldfarb, MD, Gyan Pareek, MD. Urol Clin North Am. 2013 Feb;40(1):21-30.*

*The first case of robotic pudental nerve decompression in pudental nerve entrapment syndrome. Rey D, Oderda M. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2015 Apr;25(4):319-22.*

*α - blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Thakkinstian A, Attia J, Anothaisintawee T, Nickel JC. BJU Int. 2012 Oct;110(7):1014-22.*