

Transuretral prostataresektion forud for nyretransplantation medførende uretral arvævsdannelse

Katrine Schou-Jensen¹ & Wael Mohammad²

KASUISTIK

1) Urologisk Afdeling, Rigshospitalet
2) Urologisk Afdeling, Næstved Sygehus

Ugeskr Læger
2015;177:V11120640

Antallet af nyretransplantationer (NTX) i Danmark er steget støt igennem de seneste ti år, og samtidig er andelen af patienter, der er ældre end 50 år på transplantationstidspunktet, steget markant [1]. Dette følger en international tendens til, at alder ikke i sig selv er kontraindikation for NTX [2].

Lower urinary tract symptoms (LUTS) pga. benign prostatahypertrofi stiger kraftigt med alderen, hvilket medfører transuretral prostataresektion (TUR-P) hos en del patienter. Det er fortsat omdiskuteret, hvornår TUR-P bedst placeres i forhold til NTX [2-5].

Vi beretter her om to patienter, der havde anuri på tidspunktet for TUR-P, og hos hvem urethra var helt tillukket af arvæv ved den efterfølgende NTX.

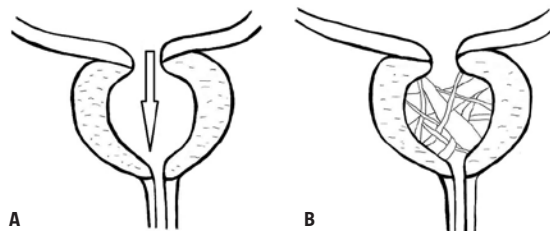
SYGEHISTORIER

I. En 60-årig mand, der havde nefropati på grund af glomerulonefritis og var nyretransplanteret ti år tidligere, måtte graftektomeres efter otte år pga. smerter og aftagende funktion. Op til dette led han af LUTS. Patienten fik anuri og blev atter sat på transplantationslisten. I den forbindelse fik han foretaget TUR-P mhp. optimering inden en senere NTX, der fandt sted godt to år senere. Under NTX var urethra helt lukket, hvorfor der blev anlagt topkateter. Ved en senere cystoskopi i universel anæstesi sås prostatalejet omdannet til arvæv, som måtte skæres nedefra og dilateres op oppefra igennem topkateterkanalen til Ch. 24. Sluttelig blev der anlagt både top- og transuretralkateter. Seks uger senere reseceredes alt fibrotisk væv ved TUR-P. Begge katetre blev seponeret dagen efter. Patienten udeblev fra urologiske opfølgning, men af den nefrologiske journal ses, at graftfunktionen fortsat var stabil fem år efter NTX.

II. En 69-årig mand med kronisk nefropati på medicamentel baggrund var nyretransplanteret tre år forinden, men måtte akut graftektomeres pga. rejektion. I forbindelse med en ny prætransplantationsvurdering blev der påvist infravesikal obstruktion, og patienten fik foretaget TUR-P, ligeledes mens han var anurisk. Under NTX syv måneder senere fandt man manglende passage igennem urethra, og der blev anlagt topkateter peroperativt. 4-5 måneder senere blev der foretaget cystoskopi i universel anæstesi, hvor

FIGUR 1

Skematisk fremstilling af forholdene efter prostataresektion. **A.** Hos patienter med normale diureser forårsager flowet ved miktions et slid på sårfladerne i prostata, der er med til at holde disse adskilte og sikre en åbenstående urethra. **B.** Hos patienter med anuri er der risiko for striktur eller cikatricedannelse efter prostataresektion, da sårfladerne ikke adskilles ved miktions.



man 3-4 mm fra sfinkterniveau fandt en bred striktur, der målte ca. 1 cm. Strikturen blev passeret med en guidewire og over denne blev der dilateret op til Ch. 30 og anlagt et uretralkateter. Dette samt topkateteret kunne seponeres dagen efter. Ved en fleksycystoskopi et år senere påvistes i urethra et lille gendannet sejl, der gav sig ved passage af skopet. Da patienten samtidig havde et acceptabelt uroflowmetri uden efterfølgende residualurin, blev der ikke fundet indikation for yderligere tiltag.

DISKUSSION

I de to ovenstående sygehistorier belyses problematikken med at holde urethra åbent efter TUR-P hos patienter med anuri og oliguri (Figur 1). Det er kendt, at disse patienter har øget risiko for kontraktur af blærehalsen og arvævsdannelse i urethra [3]. Vi har ikke fundet litteratur, hvor man tidligere har beskrevet total tillukning af urethra. Patienter med normal døgndiurese undgår i høj grad dannelsen af arvæv pga. urinflod ved miktions. Dette kunne efterlignes ved ren intermitterende kateterisation, men hos anuriske patienter er risikoen for via falska herved stor. En anden mulighed er at anlægge topkateter i forbindelse med TUR-P og via dette fylde blæren. Dermed opretholdes vandladningerne, indtil operationsområdet gendanner et normalt epitellag [2].

Det er anført, at TUR-P kan udføres 6-8 uger før NTX med et godt resultat [4]. I Danmark er under halvdelen af nyretransplantationer dog med nyre fra en levende donor [1]. I en stor opgørelse fra USA har man desuden fundet, at ældre patienter hyppigere modtog en *deceased* donornyre end yngre patienter [4], hvilket sandsynligvis også er tilfældet herhjemme. Derfor er det umuligt at planlægge TUR-P forud for NTX hos en stor del af patienterne.

Brug af alfablokker anbefales af både *Power et al* [3] og *Tsaur et al* [5] som førstevalg til behandling af LUTS også hos patienter med NTX. Desuden oplevede nogle patienter, der havde LUTS præoperativt, at være symptomfrie efter NTX [5]. Begge forfattere anførte desuden, at TUR-P kan udføres sikkert, når normal diurese er genoprettet efter NTX [4, 5].

Hos patienter, der har anuri eller oliguri med benign prostatahypertrofi og afventer en *deceased* nyretransplantation, bør man nøje opveje fordele mod ulemper, før TUR-P udføres forud for NTX. Vi anbefaler, at TUR-P udføres i en rolig fase nogle måneder efter NTX, og i den mellemliggende periode anvendes kateter *à demeure* eller ren intermitterende kateterisation. Hos patienter, der afventer familietransplantation, kan TUR-P dog fortsat planlægges til 6-8 uger inden NTX.

SUMMARY

Katrine Schou-Jensen & Wael Mohammad:

Transurethral prostate resection prior to kidney transplantation leading to urethral cicatricial tissue

Ugeskr Læger 2015;177:V11120640

In Denmark, kidney transplantations in patients above 50 years have increased during the last decade. Consequently, the number of patients with lower urinary tract symptoms due to prostate hypertrophy increases accordingly. We describe two patients, who both had a resection of the prostate while having anuria and waiting for a kidney transplantation from a deceased donor. In both cases it was impossible to place a urethral catheter during the following transplantation due to total urethral occlusion, so a suprapubic catheter was inserted until the scar tissue was dilated or resected by a later transurethral intervention.

KORRESPONDANCE: *Katrine Schou-Jensen*, Kongens Vænge 271, 3400 Hillerød
E-mail: katrinesj@hotmail.com

ANTAGET: 3. juni 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 5. august 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: *Klaus Brasso*, Urologisk Afdeling, Rigshospitalet, takkes for vejledning.

LITTERATUR

1. Dansk Nefrologisk Selskabs Landsregister, Årsrapport 2010. www.nephrology.dk/Publikationer/Landsregister/%C3%85rsrapport%202010.pdf (28. jun 2013).
2. Barry HM, Lemmers MJ, Meyer MM et al. Cadaver kidney transplantation in patients more than 65 years old. *World J Urol* 1996;14:243-8.

3. Power RE, Hickey DP, Little DM. Urological evaluation prior to renal transplantation. *Transplant Proc* 2004;36:2962-7.
4. Hurst FP, Neff RT, Falta AM et al. Incidence, predictors, and associated outcomes of prostatism after kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:329-36.
5. Tsaur I, Jones J, Melamed RJ et al. Postoperative voiding dysfunction in older male renal transplant recipients. *Transplant Proc* 2009;41:1615-8.