

ORTHOTOPİK İLEAL NEOBLADDER İLE DENEYİMLERİMİZ

OUR EXPERIENCES WITH ORTHOTOPIC ILEAL NEOBLADDER

CANBAZOĞLU, N., MUTLU, N., KAZADO, M., BERBEROĞLU, Y., MERDER, E.

Haseki Hastanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

Kliniğimizde 1970 - 1993 yılları arasında 117 mesane tümörlü vakada üreterosigmoidostomi operasyonu uyguladık. Modern ürolojideki gelişmeleri takiben 1993 Ocak - 1994 Mayıs ayları arasında T2-T3 NO, MO 8 vakada radikal sistektomi sonrasında orthotopik ileal mesane uyguladık. 4 hastaya Studer, 2 hastaya Hautmann, 1 hastaya Camey tipi ileal mesane 1 hastaya da ileocecal mesane uyguladık. Hastalarımızın 4 tanesi hala hayatta olup 2 hastamızı metastatik hastalıktan, 2 hastamızı da metabolik komplikasyondan kayıp ettik.

Operasyondan 3 ay sonra çektiğimiz sistografilerde vezikal volümün 150-280 cc arasında değiştiğini. Mak.Akım Hızlarının: 11-23 ml/s arasında olduğunu tespit ettik.

SUMMARY

Ureterosigmoidostomy was used in 117 cases with bladder tumors between 1970 - 1993, in our clinic. Following advancement of modern urology, we used orthotopic ileal neobladder after radical cystectomy in 8 patients with T2-T3 NO-MO bladder tumors, between October 1993 - May 1994. Studer type was used for 4 patients, Hautmann type ileal neobladder was used in 2 patients ileocecal bladder for 1 patient and Camey type for 1 patient was used.

4 patients are alive disease free and voiding normally.

2 patients died because of metastatic disease, and 2 died because of metabolic complications.

3 months after operation, cystographies are

normal. Vesical volumes are between 150 - 280 cc and, MFR is between 11 - 23 ml/s.

GİRİŞ

Radikal sistektomi ve çeşitli tiplerde yapılan enterosistoplasti tekniklerinin kullanılması son dekada popüler hale gelmiştir. Tüm tekniklerin ortak amacı detrusora en yakın özellikte yeni bir mesane oluşturarak hastanın yaşama insidansına ve kalitesine katkıda bulunabilmektedir. Radikal sistektomi erkeklerde sistoprostatektomi tarzında yani mesane, perivezikal dokular, pelvik periton, prostat, vezikula seminalisleri eksize edecek tarzda yapılmalıdır (1,2). Kadınlarda ise mesane, uterus, üretra, pelvik periton, over, fallop tüpleri, vajen ön 1/3'ü alınacak şekilde yapılmalıdır (1,2,3).

MATERYAL VE METOD

1993 - 1994 yılları arasında kliniğimizde ileri evre mesane tm. tanısı ile yatırılan hastaların TNM'ye göre stage'leri ve sistektomi tipleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1

	Salvage	Radikal
T1	—	—
T2	—	3
T3a	—	2
T3b	1	1
T4	1	—
Toplam	2 vaka	6 vaka

Tablo 2

	<u>Studer</u>	<u>Hautmann</u>	<u>Camey</u>	<u>İleoçekal M.</u>
Salvage S.		1	1	
Radikal S.	4	1	-	1
Toplam	4	2	1	1

Salvage sistektomi uyguladığımız vakalarda persistan hematüri ve pıhtı retansiyonları primer şikayet idi. Hastaların yaşları 43-67 arasında olup ortalama yaş 55 idi. Hepsı erkek olan hastalarımıza aynı ekip tarafından sistektomiler ve değişik tiplerdeki ileal mesaneler yapılmıştır (Tablo 2).

Hastalarımıza pre op. rutin tetkikler, İVP, US, sistoskopi, CT, vezikal ve üretral biopsi, ile ön tanı konuldu. CT ile pelvik lenf nodül tutulumu veya metastazı olan vakalar çalışma dışı bırakıldı. Usülüne uygun yapılan sistektomi sonrasında Hautmann tekniğini uyguladığımız 2 vaka da ileoçekal valvülden 20 cm. proksimal kısmı işaretlendi. Bu noktadan itibaren 60-70 cm civarında ileal kesim belirlenerek mezosunun vaskülarizasyonuna dikkat ederek separe edildi. İleo-ileal anastomoz ile barsak devamlılığı sağlandı. İzole edilen ans antimezenterik kenardan detübülarize edildi ve Resim 1'de görüldüğü gibi ters M şeklinde komşu kenarları sütüre edilerek kürevari şekilde getirildi. Üreterler Le Duc prensibi ile anastomoz edildi. Üretral anastomozda 4/0 vikril ile 6 adet sütür konularak tamamlandı. Üreterlere no 5 kateter üretraya no: 22 foley sonda yerleştirilip anastomozlardan kaçak olup olmadığı 100 cc saline ile kontrol edildi. Studer tekniğinde de aynı prensipleri kullanarak ancak daha düzgün bir küre şeklinde anastomoz edilecek mesane volümü artırılmaya çalışıldı.

BULGULAR

Post operatif dönemde barsak seslerine göre 3-5 gün arasında nasogastrik tüp alındı ve oral beslenmeye başlandı. Üretral kateterler 15-21 gün sonra çekilen assandan üreterografiye müteakiben, foley sonda ise sistografiye takiben alındı. 2 hastamızda serbest miksiyona bırakıldıktan 2 gün sonra üriner fistül gelişti. Yeniden sonda-lanan hastalardaki fistül 1-2 ay arasında spontan olarak iyileşti. Salvage sistektomi yaptığımız

hastalardan birinde tümör perivezikal dokulara infiltrate (pT3b) idi ve bu hastada 3 ay içerisinde metastatik hastalık gelişti. 2. camey op. uyguladığımız vaka ise erken post op. komplikasyondan kayıp edildi.

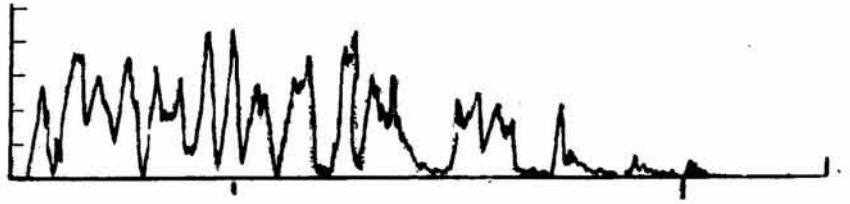
TARTIŞMA

Hinman bir barsak rezervuarının fonksiyonunu belirleyici olarak 4 faktörü tanımlamıştır (5). Bunlar geometrik kapasite, akomodasyon, komplians ve kontraktilitedir. Günümüzde bu özelliklere uygun ve birbirlerine göre değişik avantajları olan pek çok teknik kullanılmaktadır. Detübülarize intestinal segmentlerin kullanılması artık düşük intravezikal basınç oluşturmada elzem olarak kabul edilmektedir (2). Ayrıca bu sistoplastilerin;

- * Kontinan olması
- * Düşük basınçlı, yeterli kapasiteli olması
- * Anastomoz yerlerinde darlık olmaması
- * Mekanik ve metabolik komplikasyonların az olması (2) operasyon seçiminde tercih sebebi olmaktadır.

Literatürde kontinans çeşitli oranlarda bildirilmektedir. %7-50 arasında bildirilen nokturnal inkontinansa çeşitli sebepler etki eder (6). Kurt Miller ve ark. yaş arttıkça Mundy pre op şua ile eksternal sfinkter zayıflayınca nokturnal inkontinansın arttığını söylemişlerdir. Tabii ki per op sfinkter zedelenmeleri ve rezervuar içi basınç primer nedendir. Bizim hastalarımızdan 2'sinde minimal nokturnal enkontinans mevcut olup 4. ayda bu şikayetin çok az frekansla devam ettiğini söylemektedirler. Post op erken komplikasyon olarak intestinal fistül, obstrüksiyon, anastomozlardan kaçak, konduit nekrozu akut pyelonefrit, yara enfeksiyonu çeşitli oranlarda bildirilir. Bizim hastalarımızdan aşırı kanama sonucunda salvage sistektomi yaptığımız vaka da yara enfeksi-

Qura
5 ml /s /Div



MF

VE

10 s / Div

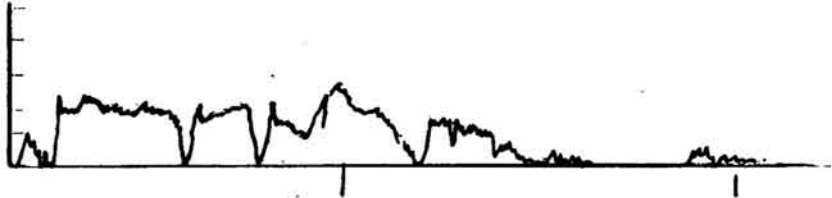
RESULTS

Max.flow rate (MF) 22.7 ml/s
Average Flow rate 7.9 ml/s
Voided Volume 319ml
Voidig time (VE) 53 s
Flow time 40 s
Time to Max Flow 20 s
Residual Volume M.A. ml

Pves at Opening (VB) N.A. cmH
Pves at Max.Flow (MF) N.A. cmH
Pdet at Max Flow (MF) N.A. cmH
Max. Pdet (MF) N.A. cmH
Pause (p)
Coughn (c)

ŞEKİL 1

Qura
5 ml /s /Div



VB

MF

VE

5s / Div

RESULTS

Max.flow rate (MF) 18.4 ml/s
Average Flow rate 6.6 ml/s
Voided Volume 123 ml
Voidig time (VE) 26 s
Flow time 18 s
Time to Max Flow 12 s
Residual Volume M.A. ml

Pves at Opening (VB) N.A. cmH
Pves at Max.Flow (MF) N.A. cmH
Pdet at Max Flow (MF) N.A. cmH
Max. Pdet (MF) N.A. cmH
Pause (p)
Coughn (c)

ŞEKİL 2

yonu ve bilahere kalp yetersizlik nedeni ile ex oldu. Literatürde erken dönemde pelvik enfeksiyon ve septik şok oranı %25 olarak bildirilmektedir (8). Post operatif erken dönemde mukus tıkaçlarından korunmak için izotonik NaCl irrigas-

yonu ve her 3 saatte bir 30 cc NaCl ile lavaj yaptık.

Post op. dönemde Üro enterik neoplastik gelişmelere gelince Gr- bakterilerin etkisi ile nitratların nitritlere dönüşümü sırasında ortaya çıkan

nitrozaminlerin etken olabileceği söylenmektedir (9). Keza Mesane Ca 'da %4-18 oranında görülen üretral nüks olasılığının da pre op. dikkatle araştırılması gereklidir. Son zamanlarda TUR materyellerinde incelenmesi fikri öne sürülmüştür (7).

İki hastamızda da metabolik asidoz gelişti. Post op. 6. ayda yaptığımız üroflowmetrilerde MFR: 11-18 ml/s olarak tespit ettik (Resim 1,2). Bir yıl sonraki mesane volümleri ise 280-360 cc arasında idi.

Sonuç olarak mesane yapımı için ideal barsak segmenti ve teknik konusunda henüz fikir birlikteliği oluşmamış olmasına rağmen özellikle perivezikal ve üretral tutulumu olmayan, metazastaları bulunmayan uygun seçilmiş vakalarda vakaya uygun tekniğin kullanılması başarı oranını artıracaktır. Uzun dönemdeki sonuçlarında ileriki yıllarda hastalar için umut verici olmasını beklemekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1) **John K.Burgers, Charles, B.Brandler:** Anatomic radical cystoprostatectomy. Urol. Clin., N.Am., Vol 18, No: 4, 1991.
- 2) **Sevin, G., Kutaniş, R.:** Üriner diversiyonlar, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Guraba Hast. yayınları, İstanbul, 1980.
- 3) **Arap, S.:** Uretrosigmoidostomy. In Urologic surgery ed. by Glenn, J.F. fourth ed. J.B. Lippicott company philadelphia p: 1031, 1991.
- 4) **Continent Caecal bladder,** Brit. J.Urology, 54: 505, 1982.
- 5) **Thüroff, J.W. Alken P.Riedmiller, H.Jakobi, G.:** 100 cases of Mainz-Pouch. Scand. J.Urol. 140: 283, 1988.
- 6) **Miller, K.:** The ileal neobladder: Operatif technique and results. Urol.Clin. of N.Am., Vol:18, No: 4, 1991.
- 7) **Esen, T.Akıncı, M., Tunç, M., Tellaloğlu, S.:** Kontinan diversiyonlarda Mainz Pouch Tekniği. Türk Üroloji dergisi c: 19, s: 1, 52-54, 1993.
- 8) **Golomb, J. Klutke, C.G., Raz, S.:** Complications of bladder substitution and continent urinary diversion. In complications of urologic surgery, 2nd ed. 26, 340, 1990.
- 9) **Cohen, M.S.:** Urinary carsinogens (Nitrosamin) production in a rat animal model for uretersigmoidostomy J.Urol., 138: 449, 1987.