

## Evre T2 İnvaziv Mesane Tümörlü Bir Hastada Radikal Sistoprostatektomi ve İleal Mesane Uygulaması

Dr. Semih ÖZKAN\*, Dr. Oğuzhan SARIYÜCE\*, Dr. Ali GÜNEŞ\*

*İnvaziv mesane tümörlerinde, özellikle T2-T3 (stage B-C), radikal sistektomi gelişen cerrahi teknikle morbidite ve mortalitesi azalarak bugün için en geçerli tedavi yöntemlerinden biri olarak popülerite kazanmıştır. Radikal sistektomi sonrası ileal mesane uygulaması vücut imajını bozmayan bir diversiyon şekli ile hastaların sosyal rehabilitasyonunu kolaylaştırmaktadır. İleal mesane ürodinamik sonuçları itibariyle doğala en yakın diversiyon şekli olarak öngörülmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan bir radikal prostatektomi sonrası ileal mesane sonuçları irdelenmektedir.*

**Anahtar kelimeler:** İnvaziv mesane tümörü, cerrahi, radikal sistoprostatektomi, ileal mesane, diversiyon

### Radical cystoprostatectomy and ileal neobladder substitution: an experience with a T2 invasive bladder tumor patient

*Radical cystectomy with ileal neobladder substitution has gained popularity with the improvement of the surgical technique and has decreased morbidity and mortality for invasive bladder tumors. İleal neobladder procedures without disturbing the body image as a diversion can ease the social rehabilitation of the patients who may resist the diversions with stomas. Urinary diversion using ileal neobladders, with their urodynamic findings, resemble the natural bladders. In this study we discuss the results of a radical cystoprostatectomy with ileal neobladder substitution.*

**Key words:** Invasive bladder cancer, surgery, radical cystoprostatectomy, ileal bladder, diversions

### GİRİŞ

İnvaziv mesane tümörlü olguların %80'i yüzeysel tümör öyküsü vermeden, kas invazyonu ile birlikte ilk kez tanımlanmaktadırlar. Yüzeysel mesane tümörlerinin ancak %10-15'i mesane kas tabakasına invazyon yapabilmektedir. Hastalığın agresif doğası nedeniyle radyoterapi ve radikal cerrahiye rağmen olguların ancak %20-40'ı 5 yıl

yaşayabilmektedir ve olguların %50'si tedaviye başladıktan 24 ay sonra metastaz bulgularıyla gelmektedirler (1).

İnvaziv mesane tümörlerinde ideal tedavi yaklaşımı bölgesel olarak tümörün ortadan kaldırılması, metastazların kontrolü ve mesanenin korunması olması gerekir ancak günümüz tedavi olanakları ile bu ideale ulaşmak mümkün görülmemektedir. Bazı araştırmacılar preoperatif radyoterapinin downstaging için yararlı olduğunu

\* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

belirtmektedirler, konu halen yeterli veri birikimi olmadığından tartışmalıdır (1). İdeal bir ileal mesane ise kontinan, tamamıyla boşaltılabilir, stomasız olmalı ve minimal fizyolojik sonuçlar doğuracak şekilde olmalıdır. İleal mesanelerin tamamıyla boşaltılabilir olduğu konusunda halen devam edip gelen bir şüphecilik vardır (2).

Günümüzde iliak lenfadenektomi ile kombine radikal sistektomiyle beraber ileal mesane özellikle T2-T3 ( stage B-C ) invaziv mesane tümörlerinde en geçerli tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Modern ürolojik onkolji alanındaki gelişmeler radikal sistektomide morbidite ve mortaliteyi oldukça azaltmıştır. Ayrıca kısa süreli deneyimle bile ileal mesane sonuçları mükemmel görülmektedir (1,3).

## OLGU SUNUMU

M.D. 55 yaşında bir erkek hasta, kliniğimize idrarla kan gelmesi yakınması ile başvurdu. Öyküsünden ilk kez 24 yıl önce gros kanama nedeniyle açık tümör rezeksiyonu, 1989'da yine açık tümör rezeksiyonu ve radyoterapi ve 1992'de yine kanama nedeni ile TUR-MT yapıldığı öğrenildi. Hasta 45 yıldır günde 1 paket sigara içmekte imiş.

Hastanın yapılan fizik incelemesinde herhangi bir kitle tespit edilemedi. İVP'sinde sol böbrekte multiple küçük taşlar, sağ üreter ve pelvikalisiyel sistemde dilatasyon ve mesane içinde de tabanı ve sol yan duvarı dolduran bir dolma defekti tespit edildi. Genel anestezi altında yapılan bimanuel incelemede kitle tespit edildi ancak fikse değildi, sistoskopide mesane tabanında trigonu ve her iki üreter orifisini içine alan ve mesane boynu ve prostat sağ lobuna doğru uzanan papiller tümöral oluşum görüldü. Ayrıca mesane tavanında da tümöral oluşumlar vardı. Tümör dokusu, prostat dokusu ve mesne duvarından random biopsiler alındı. Patoloji sonucu değişici epitel hücreli karsinom (grade I / III) olarak rapor edildi, tümör

yer yer musküler tabakanın 1/3 yüzeysel kısmını invaze etmişti, prostat dokusunda ve üreter alt uçlarında tümör yoktu. Çekilen CT'de lenfadenopati yada uzak metastaz bulgusu tespit edilemedi. Bu bulguların ışığında hasta evre T2 olarak kabul edilip, radikal sistoprostatektomi ve ileal mesane yapılmasına karar verildi. Operasyona hazırlık olarak yapılan CBC ve biyokimya tetkik sonuçları ve EKG normal bulundu.

Operasyona alınan hastaya önce iliak lenfadenektomi yapıldı ve frozen sonuçlarının negatif gelmesi üzerine total sistoprostatektomi uygulandı. Terminal ileumdan 20 cm. kadar bırakılarak daha proksimalden itibaren 60 cm'lik bir ileum segmenti mezenteri ile birlikte çıkarılıp, ileum tekrar uç uca anostomoz edildi. Çıkarılan segmentin 20 cm. kadar bir kısmı reflü olasılığını azaltmak için tüp olarak bırakılıp kalan kısmından mesane oluşturuldu ve üretraya anastomoz edildi. Üreter uçlarından frozen için birer küçük segment gönderilip tümöral infiltrasyon olmadığı kanıtlandıktan sonra tüp olarak bırakılan ileal segmente üreterler submukozal tünel oluşturularak implante edildi ve her iki üretere üreterostomi kondu. Oluşturulan mesanenin üretraya 5 adet 2-0 vicryl kullanılarak anostomozu yapıldı, üretral kateter, sistostomi ve dren yerleştirdikten sonra hasta kapatılıp işleme son verildi. Operasyon süresince toplam iki ünite kan verildi. Postoperatif takibinde sorunu olmayan hasta 10. gün taburcu edildi. Üretral kateter 17. gün çekilen sistografide ektravazasyon görülmemesi üzerine çekildi ve valsava ve krede manevraları ile hastaya işemesi öğretildi. Postop 6. ayda metastaz tespit edilmedi, hastada çok minimal düzeyde, bir pet'ten az, stres inkontinans vardı ancak noktürnal inkontinans yoktu. Hastanın ultrasonografi ile yapılan ölçümlerinde postvoiding residü idrar tespit edilemedi. Postoperatif 6 aylık izlemi süresince metabolik bir bozukluk ve barsak pasajı ile ilgili bir sorun, ileus ve distansiyon yaşanmadı.

## TARTIŞMA

İnvaziv mesane tümörlerinde, hastamızda da görüldüğü gibi TNM sınıflamasına göre T2 kabul edildiğinde en geçerli, güvenilir ve emin bir tedavi yöntemi de radikal sistektomi ve ileal mesane oluşturulmasıdır (1,4). Olguların postoperatif tatminkar bir yaşam kalitesini yakalayabilmeleri açısından da ileal mesane radikal sistektomi sonrasında önerilen bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir (7). Tobisu ve arkadaşları, yalnız erkekler için değil kadınlar için bile ileal mesanenin radikal cerrahi sonrasında uygulanabilecek bir tedavi yöntemi olduğunu ve postoperatif dönemde kadının gündüz kontinansının sağlanarak tatminkar bir sonuç elde ettiklerini ifade etmektedirler (8). Hastamızda postoperatif 2. aydan itibaren işinin başına döndü, halen yoğun olarak ve hiç bir sorunu olmadan işini yürütmektedir.

İleal mesaneler, değişik serilerde verilen 400 ila 770 ml. kapasiteleri ile ve düşük intravezikal basınçları, sırasıyla ortalama 15.3, 17, 20 cm. su basıncı ile ideal mesane oluşumları olarak lanse edilmektedirler, ayrıca ürodinamik çalışmalarda istemsiz ani basınç artışlarında gözlenmemiştir (4,5,7). Hastamızın operasyon sonrası izlemleri sırasında yapılan ölçümlerin de mesane kapasitesi 600 ml. olarak bulundu, intravezikal basınç ise 27 cm. H<sub>2</sub>O olarak ölçüldü. Başlangıçta yapılan miksiyon yapabilme eğitimi sonrasında hastamız kendi kendine intraabdominal basıncı arttırıp, krede manevrası ile destekliyerek idrar yapabilme yeteneğini kazandı. Üroflowmetre ölçümünde maksimum idrar akımı 18 ml / sn. olarak bulundu. Bu bulgularda literatürle uyum göstermektedir. Chen ileal mesane olgularında maksimum idrar akım hızını 16.7 ml / sn. olarak vermektedir (7). İleal mesane konstrüksiyonlarında dikkati çeken bir başka özellik oluşturulan ureteroneosistostomilerde reflü görülmemesidir (5,7,9). Hastamızda da postoperatif olarak çekilen voiding sistografide

reflü tespit edilemedi. Pyelonefrit ataklarının ve böbrek fonksiyonlarının korunması açısından, ayrıca erken dönemlerde yeni mesane mukozasının daha henüz mukus ürettiği dönemlerde üretere kaçacak mukus tıkaçlarının böbrek üzerinde olumsuz etkilerinde olabileceğini varsayarak muhtemel reflü olasılığının görülmediği ileal mesane oluşturulması operasyonlarının hastanın progresi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Yeni mesane substitusyonlarında inkontinans hastanın yaşam kalitesini etkileyecek önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. İleal mesanelerde inkontinans gündüz ve gece inkontinans'ları olarak iki ayrı grupta incelenmektedir. Bachor 1990'da yayınladığı yazısında ileal mesane operasyonlarından sonra gündüz ve gece total olarak %85 oranında kontinans vermektedir (4). Pagano, vesica ileale padovano operasyonlarından sonra gündüz %87 ve gece %81 oranında hastaların kontinans olduklarını belirtmektedir (5). Wenderoth ise 100 olguda yaptığı çalışmada %82.1 oranında kontinansın korunduğunu, %4.2 olguda artifisyonel sfinkter gerektirecek kadar inkontinans, %5.3 olguda gece eksternal toplayıcı sistem gerektirecek inkontinans ve %8.4 olguda ise herhangi bir girişim gerektirmeyecek kadar hafif inkontinans görüldüğünü belirtmektedir (6). Mainz pouch bir üriner diversiyon yöntemi olarak uygulandığında Thuroff'a göre 51 hastadan 2'si hariç hepsi kontinans olmakta ancak intermittan kateterizasyon uygulamak zorunda kalmaktadırlar ve kontinans nipple'in prolapsusu potansiyel bir sorun olarak görülmektedir. Aynı teknik, mesane substitusyonu için uygulandığında 15 olgudan birinde hafif inkontinans ve 4'ünde gece inkontinansı görülmüşki toplam inkontinans oranı %33.3 olmaktadır ve ileal mesanelere göre bu oran yüksek görülmektedir (10). Tek olguda bizim elde ettiğimiz sonuç gündüz çok hafif bir stres inkontinans ve gece total kontinans'dır. Operasyon öncesi olası komplikasyonlar

açısından bilgilendirilen hastamız için bu sonuç kendisi tarafından tatminkar olarak bulunmaktadır. Özen, 1992'de Stanford poşu uygulaması ile ilgili yazısında gündüz kontinansının tam, gece kontinansının'da 3 saatte bir miksiyona kalkmaları halinde tam olduğunu ve bu tür diversiyonların hastaların sosyal rehabilitasyonunu kolaylaştırabileceğini, karından idrar gelmesi fikrine karşı bazı hastaların sistektomi için geliştirecekleri dirençlerin aşılabilmek yarar görmelerinin sağlanabileceğini belirtmektedir (11).

İnvaziv mesane tümörlü, evre T2, olan hastamızda kendisinde işbirliği ile uygulanan radikal sistoprostatektomi ve ileal mesane oluşturulması operasyonu postoperatif dönemdeki sonuçları ve hastanın subjektif değerlendirmeleri birlikte irdelendiğinde tedavi seçiminin hastanın progresi açısından olumlu olduğu kanısındayız. Daha sonra yapılan bir olgu ile de halen iki olgumuz şu anda takibimizdedir ve sonuçlar bizi benzer olgularda benzer tedavi seçeneği için cesaretlendirmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Michael JD. Bladder cancer. PG No: 49, 1993 AUA annual meeting, San Antonio Texas, 1993.
2. Huben RP, Murphy GP, Pontes JE. Bladder reconstruction in the surgical management of bladder cancer. Cancer Invest 1984; 2: 215-20.

3. Miller K, Wenderoth UK, de Petriconi R et al. The ileal neobladder. Operative technique and results. Urol Clin North Am 1991; 18: 623-30.
4. Bachor R, Frohneberg D, Miller K et al. Continens after total bladder replacement: Urodynamic analysis of the ileal neobladder. Br J Urol 1990; 65: 462-6.
5. Pagano F, Artibani W, Ligato P et al. Vescica Ileale Padovana: a technique for total bladder replacement. Eur Urol 1990; 17: 149-54.
6. Wenderoth UK, Bachor R, Egghart G et al. The ileal neobladder: Experience and results of more than 100 consecutive cases. J Urol 1990; 143: 492-6.
7. Chen KK, Chen MT, Chang LS. Construction of detubularized ileal neobladder after radical cystoprostatectomy. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih 1992; 49: 21-8.
8. Tobisu K, Coloby PJ, Fujimoto H et al. An ileal neobladder for a female patient after a radical cystectomy to ensure voiding from the urethra: a case report. Jpn J Clin Oncol 1992; 22: 359-64.
9. Hautmann RE, Egghart G, Frohneberg D, Miller K. The ileal neobladder. J Urol 1988; 139: 39-42.
10. Thuroff JW, Alken P, Riedmiller H et al. 100 cases of Mainz pouch: continuing experience and evaluation. J Urol 1988; 140: 283-8.
11. Özen HA. İnvaziv mesane tümörlerinde tedavi seçenekleri, kontinen diversiyonlar ve özellikle Stanford poş ameliyatı. Üroloji Bülteni 1992; 1: 3-8.

### Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Semih Özkan  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Üroloji Anabilim Dalı  
MALATYA