

COFFEY AMELİYATI UYGULANAN MESANE KANSERLİ 5 OLGU

Dr.Nimet YAVİLİLOĞU (x)
Dr. Yılmaz BAYRAKTAR (xx)
Dr. Erbil ERGENEKON (xxx)

GİRİŞ

Tedavi edilemeyen mesane hastalıklarında, bilhassa bu hastalık alt üriner tracktta obstrüksiyon ile belirli olduğu halde, üriner yolun üst kısımlarının drenajının yapılmasında idrar akımını normal yönünden vücudun başka bir boşluğuna saptırma faydalı bir yöntemdir.

Bu yaklaşımlar bilhassa çocuklukta kullanılabilir. Uretral valv, mesane boynu obstrüksiyonunun ileri safhalarında, megacystiz sendrom, karın duvarı adalelerinin displaziasında veya ileri seviyede megaloureter refluxu gibi durumlarda geçici bir tedbir olarak ureteral diversion endikedir. Devamlı ureteral diversion ise düzeltilemeyen mesane akımı obstrüksiyonlu, mesanenin nöropatik hastalığı olanlarda bilhassa myelomeningosel ile ilgili olan hastalıklarda ve mesane tümörü ile birlikte görülen ureterik dilatasyonlu hastalarda yapılır. Üriner diversion yapılması için birinci şartın anal sfinkterin tonüsünün iyi olması ve ureterlerin çok fazla dilate olmaması gerekmektedir.

İleri derecede dilate ureterler reflux ve üriner enfeksiyonun kolayca gelişmesine, aynı zamanda anastomoz yerinden fistül oluşumuna neden olmaktadır. İlk senelerde uretero-sigmoidostomi saptırmalarından, sonra hiperkloremik asidosis ve enfeksiyon sonucu üremi ile hastaların kaybedilmesi nedeniyle bu yöntem terk edilmişti. (2) Ancak yapılan diğer bütün tedavilere rağmen hastaların ızdıraplarının giderilemediği kanamalarının durdurulamadığı patolojinin ortadan kaldırılamadığı görülünce bu tip ureteral diversion yöntemi yeniden önem kazanmıştır. (2,8)

Mesane tümörü nedeniyle çeşitli cerrahi tedavi kemoterapi radyoterapi, immünoterapi uygulandığı halde profüz kanamaları ve hastaların dayanamayacak-

(x) Prof. Dr. Ata. Üni. Tıp Fak. Üroloji Kliniği Yöneticisi

(xx) Aynı Klinik Uzmanı

(xxx) Aynı Klinik Uzmanı.

ları derecedeki ağrıları nedeniyle üremiden ve ızdıraptan kurtarmak ve hayat sürelerini uzatmak için üriner derivasyon uygulanır. Hastaların sosyoekonomik durumları bölgenin şartları, örf ve adetleri derivasyon ameliyatının, vücudun dıştan görülmeyen bir boşluğuna yapılması için bizleri zorunlu kılmıştır.

Yeniden son zamanlarda, tedavi edilemeyen mesane hastalıklarında, eski bir üriner saptırma ameliyatının ureterosigmoidostominin uygulanmasını, yukarıda bahsedilen nedenlerle yeniden önem kazanması dolayısıyla Coffey ameliyatı uyguladığımız 5 olguyu yayınlamayı uygun gördük.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde mesane kanseri nedeniyle 5 hastaya Coffey tekniği ile ureteroigmoidostomi uygulandı. Coffey cerrahi yöntemi uyguladığımız hastalarda preoperatuar, operatuar, postoperatuar uygulamalar anlatıldı.

Ameliyat Öncesi Bakım/:

Hasta Coffey ameliyatını kabul ettikten sonra hastanın genel beslenmesi sağlandı. Üriner tracktaki enfeksiyonu önlemek için uygun antibiotikler verildi. Ameliyattan 4 gün önce K vitamini i.m. olarak 2x5 mg/günde verildi. Polivitamin 2x200 mg/günde vitamin C verilmiştir. Günlük alacağı mai miktarı ortalama 3 litre olarak ayarlandı. Yüksek kalorili, yüksek proteinli ve posası az diet verildi. Bundan sonraki 3 günde posasız diete devam edildi. Sulfasüksidin 4x1 gr/günde, ayrıca ameliyattan 2 gün önce 4 saatte bir 1 gr. neomycin sülfat verildi. Aşağı barsakların temizlenmesi için serum fizyolojik lavmanı yapıldı. Hastalarımıza Müller-Abbott tüpü yutturamadığımızdan ameliyat öncesi akşamı nazogastrik tüp yutturuldu. Ameliyat sabahı serum fizyolojikle tekrar lavman yapıldıktan sonra rektal tüp kondu. (5).

Uyguladığımız Cerrahi Yöntem:

Genel anestezi altında suprapubik median veya cherney insizyonu ile tabakalar açıldı. Önce ureterler bulundu, mesaneye birleştiği yerden kesildi, askıya alındı. Distalde kalans uç kromik katgüt ile bağlandı. Ureterlere kateterler sokularak, akan idrarın ameliyat sahasını kirletmemesi sağlandı. Periton açılarak barsaklar yukarıya doğru ekarte edildi. Parietal periton sigmoid kolona yakın yerden 4 cm. her iki yandan açıldı. Ureterler periton içine alındı. Açılan parietal peritonun üst köşelerinden, ureter serozasına oca ipekle stüre edildi. Ayrıca parietal periton kolon serozasına dikildi. (Yapılacak anastomozu germemesi için) Anastomos noktasında ureter ve barsakların iyi kanlanması gerekir. Sigmoid kolo damarların kesilmiyeceği şekilde keskin ve künt diseksiyon yapılarak 3 cm. kadar longitudinal açıldı. İnsizyon kolon teniasının iki yanından, sağ taraf biraz aşağıdan olacak şekilde yapıldı. Anstomoz noktasında enfeksiyonu önlemek için

barsağı temiz tutmak ve fekal artıkların bu bölgeye gelmesini önlemek gereklidir. Ureterlerdeki obstrüksiyonu önlemek için önceden konulan splint tüp veya ureter kateterleri, rektal tüp lumeninden geçirilerek idrarın dışarıya drenajı sağlandı. Önce sağ ureter, sonra sol ureter anastomoz yapıldı. 000 kromik katgüt ile ureterlerin uç kısmı kolondaki insizyonun alt köşesinden 0,5 cm. aşağıya tutturuldu (Resim I) (9) Sonra 00 kromik katgüt ile barsağın bütün tabakalarından, ureterin serozasından geçecek tarzda tek tek stüre edildi. (Resim II) (9) Sonra aynı katgüt ile kontinüe lembert dikildi. ipek ile barsak serozası gene lembert dikildi. Anastomoz hattının retroperitonealde kalması için parietal periton barsak serozasına dikildi. (Resim III) Olgunun durumuna göre gerekirse total sistektomi yapıldı. Periton içine penrose dren konulup kapatıldı. Diğer tabakalar usulüne uygun kapatıldı. (1,5

Ameliyat Sonrası Bakım:

Ameliyattan sonra 2-3 saatte bir olmak üzere rektal tüp konuldu. (11) İ.V. mayiye 24 saat devam edildi. Nazogastrik tüp 24-48 saat sonra, eğer batında distansiyon yoksa 4-5 saat kleplendi, tekrar distansiyon olmasa çıkarıldı. Ağızdan sulu gıdalara başlandı. Hastaya yüksek proteinli, yüksek kalorili posasız diet verildi. İ.V. izotonik sodyum klorür ve dekstroze de devam edildi. Multivitamin kapsül ağızdan 4x1, 3x200 mg. Vit. C 2x5 mg. vitamin K verildi.

Bununla beraber antibiotiklerde verildi. (Penicillin Proc. 3 saatte bir i./m. 100 000 Ü. ve diğer antibiotikler). (İlk 4 gün) Ameliyatın 7. günü ureter kateterleri çekildi. Antibiotik tedavisi 12 gün sürdürüldü ve hasta yatağından kaldırılmadı. 12 günde anastomosis iyileşmiştir. Bu süre sonunda hasta kaldırıldı.

Hastanın ameliyattan sonra hergün elektrolitleri kontrol edildi. Asidosis olabilir, kusma bulantı görülebilir, kan üresi ve plasma kloridleri yükselebilir. Asidosisi önlemek için sık olarak rektal tüp kondu ve idrarın drenajı iyi sağlandı. Midedeki asidi azaltmak için musluk suyu ile lavaj yapıldı ve günlük tuz ihtiyacı 2,5 gr. a düşürüldü. Kusma olursa 4 gr. sodyum bikarbonat verildi (5).

OLGU TAKDİMLERİ

Olgu I: Bernal Tanrıverdi, 27 yaşında , erkek.

1 yıldan beri idrarının kanlı gelmesi şikayetiyle kliniğimize başvurarak yatırıldı. Yapılan tetkiklerde mesanenin 2/3 nü dolduran dolma defekti mevcuttu. Endoskopik muayenede tümör görüldü. üçlü polisistogramda tümör mesane duvarının bütün tabakalarını atake etmişti. Fakat prevezikale penetre olmamıştı. Pedal lenfanjiogramda retroperitoneal lenf nodlarına metastaz yapmamıştı. (Resim IV) Hastanın ameliyattan önce kan tablosunda anemi dışında patoloji saptanamadı. Kan transfüzyonu yapılarak Hb. seviyesi yükseltildi. Yukarıda anlatıldığı

şekilde hasta hazırlanarak ameliyata alındı, Coffey ameliyatı ve total sistektomi yapıldı. Patoloji neticesi mesane carcınomu (Grade II) geldi. Ameliyat sonrası iyi seyretti. 12 nci gün mobilize edildi. Postoperatif 14 . gün taburcu edildi. Ameliyattan sonra 3 ve 6 ncı aylarda yapılan kontrollerde genel durumu iyi, kan tablo su normal bulundu . İ.V.P. lerede heriki böbrekte biraz dilatasyon vardı. (Resim V) Daha sonraki durumu tarafımızdan bilinmiyor.

Olgu II: Mecit Aktaş, 55 yaşında, erkek.

1,5 yıldan beri idrarının kanlı geldiği ve zayıflama yakınmalarıyla kliniğimize yatırıldı. Hastaya 1975 yılında tümör rezeksiyonu yapılmış, sonra hastalığın nüks etmesiyle tekrar başvurmuştur. Yapılan tetkiklerde sol böbrekte afonksiyon ve mesanede yaygın vegetan tümör saptandı. Yapılan tedavilerle kanama ve şiddetli ağrıları kontrol altına alınamadı. Anemisi vardı. Kan transfüzyonları yapılarak Hb. 10 gr. üstüne çıkarılarak ameliyata alındı. Sol ureter dilate ve duvarı kalınlaşmıştı. Mesane etraf dokulara yapışık ve tümör prevezikale yayılmıştı. Ureterosigmoidostomi yapıldı. Mesanenin damarları bağlandı, fakat sistektomi yapılmadı. Hastanın kan tablosunda NPN: 90% mg. ve anemi saptandı. Elektrolitler normaldi. Ameliyatın 10 uncu gününü yara yerinde stür yetersizliği ve enfeksiyon görüldü. 12 nci gün barsak fistülü gelişti. Antibiyotik tedavisi ve lokal yara temizliği yapıldı. Ağızdan bol proteinli diet verildi. İV kan ve plazma takıldı. Ameliyat sonrası 50 nci günde fistül kapandı. 56 ncı gün genel durumu iyi, kan tablosu normal olarak taburcu edildi. Daha sonraki durumu bilinmiyor.

Olgu III: M. Ali Mertoğlu, 58 yaşında erkek,

10 aydan beri kanlı sızılı ve sık sık idrara çıkma yakınmalarıyla yatırılmıştır. İVP lerde sağ ureter orifisini içine alan ve daha medialde dolma defektleri mevcuttu. Endoskopik muayenede tümör saptandı. Kan muayenelerinde NPN: 36-97 % mg. arasında değişiyordu. Diğer bulgular normaldi. Hastaya Coffey ameliyatı ve total sistektomi yapıldı. Patoloji neticesi mesane carcınomu Grade III geldi. Ameliyat sonrası kan bulguları normaldi. Yara enfeksiyonu oluştu. Yapılan lokal yara temizliği ve sistemik antibiyotiklerle yara kapandı ve postoperatif 31 inci gün taburcu edildi. Hasta 10 ay sonra yaşıyordu.

Olgu IV: Necmettin Dursun, 41 yaşında, erkek, çiftçi,

5 aydan beri idrarının kanlı gelmesi nedeniyle yatırıldı. Yapılan tetkiklerde mesanenin sağ tarafını dolduran tümör mevcuttu. Böbreklerde biraz ektazik durum mevcuttu. NPN, elektrolitler, CO₂, Bb normaldi. Hasta ameliyata alınarak Coffey tekniğiyle ureterosigmoidostomi yapıldı. Daha önce radyoterapi görmüş olan hastada tümör prevezikale yayılmıştı. Mesane etrafa yapışık, mesanenin damarları bağlanarak yerinde bırakıldı. Postoperatif bulgular normal seyretti. 12 nci gün ayağa kaldırıldı, 16 ncı gün taburcu edildi. 3 ay sonra kontrolde genel durum, Hb. , BK., elektrolitler normaldi. Hastanın 5 ay sonra öldüğü öğrenildi.

Olgu V: M. Ali Meral, 38 yaşında, erkek,

2 yıldan beri kanlı idrar ve renk solukluğu yakınmalarından yatırıldı. Çekilen İVP lerde sağ böbrekte fonksiyon gözükmüyordu. Solda minimal süzme ve dilatasyon mevcuttu. Endoskopik muayenede mesanenin büyük bir bölümünü kaplayan tümör saptandı. Hb: 3,3 gr. idi. Kan transfüzyonları yapılarak, ancak Hb: 6,1 gr. a yükseltilebildi. Diğer kan değerleri normaldi. Hasta ameliyata alındı. Coffey tekniği uygulandı. Tümör mesane dışına yayılmıştı ve etraf dokulara yapıştı. Mesanenin damarları bağlandı ve yerinde bırakıldı. Ameliyattan 3-4. gün sonra uretradan nekrotik parçalarla kan geldi. Fakat sonra kesildi. Postoperatif 19. uncu günde barsak fistülü gelişti. Lokal olarak rivanol, gümüş nitrat, antibiotik ve sistemik antibiotikler verildi. Ağızdan bol proteinli diet ve iv kan, plazma verildi. Fistül ameliyat sonrası 48 inci günde kapandı ve 53 üncü günde taburcu edildi. Daha sonra hastadan haber alınmadı.

TARTIŞMA

Yararlandığımız ilmi kaynaklarda mesane kanserlerinin daha ziyade 50 yaştan sonra görüldüğü anlaşılmıştır. Ancak bizim 5 olgudan ikisinin 50 yaşın üstünde olduğu görülmektedir. Hastalarımızın hepsi erkek olup mesane kanserinin kardinal semptomu olan hematiüri yakınmalarıyla başvurmuşlardır. İlimi kaynaklara uygun olarak olgularımızın hepsinde anemi mevcuttu. Hastaların 4'ünde böbreklerde ve ureterlerde ektazi saptandı.

Ameliyatın başarılı geçmesi için ureterlerin fazla dilate olmamaları, hastaların iyi beslenmiş olması ve ameliyat öncesi barsak dezenfeksiyonunun usulüne uygun yapılmış olması önemli etkenlerdir. İnsizyon şeklinin iyi seçilmesi gerekir. Eğer total sistektomi yapılacaksa Cherney (Suprapubik transfer insizyon) insizyonu seçilmelidir. Ancak bu insizyonun yapıldığı olgularda, beslenme durumunda iyi değilse yaranın kaynaması gecikebiliyor. Bunun nedeni damarların anatomik seyirlerine dik olduğu için, daha çok damarın kesilmesidir. Bizim 1. ve 2. olgularımızda bu yaklaşım yapıldı. Birinci olgunun genç ve genel durumunun iyi olması, zamanında taburcu olmasını sağladı. Ancak 2. olguda yaranın iyileşmesi gecikti. Ureterlerin colona anastomozunun iyi yapılmaması ve ureter kateterlerinin zamanından önce alınması, anastomos hattının zamanında kaynamamasında rolü olduğu bilinmektedir. (2) 5 inci olgumuzda kateterlerin yanlışlıkla erken çıkması ve sol ureterin ileri derecede dilate olması nedeniyle fistül gelişti. Ayrıca bu olgumuza yukarıda belirtildiği gibi barsak dezenfeksiyonuna 4 gün önceden değil, 2 gün önceden başlanmıştı. Bu nedenle barsak temizliğinin yeterince yapılmayışının da fistülün gelişmesini kolaylaştırdığı görüldü.

Olgularımızın ameliyattan sonra yatış süresi komplikasyon çıkmayanlarda 14 gün, en uzun yatış süresi ise 53 gün olmuştur. Olgularımızın ameliyattan sonraki durumlarının, ameliyat öncesinden, iyi olduğu, daha rahat ve sosyal yaşama kavuştukları saptandı.

SONUÇ

Yapılan tıbbi, cerrahi, radyoteraplere rağmen düzeltilemeyen mesane hastalıklarında, hastaları yeniden hayata kavuşturmak ve ömürlerini uzatabilmek için uygun endikasyon konulduğu takdirde bu yöntemin iyi bir derivasyon ameliyatı olduğu anlaşılmıştır.

SUMMARY

The application of Coffey operation and Five cases with Blader Tumors.

Due to Tumors of Blader, We reviewed the developments of ureterosigmoidostomy regarding pre and post operational cases. There of, we mentioned briefly Upon Blader Tumors and Coffey operation.

If the efficient endications Applied, it has been understood that the patients subsequent to the operations they could survive rest of their lives without difficulty.

KAYNAKLAR

- 1- Glenn, F. J: Urologic Surgery Second edition Medical Department Harper and Row. New York 1975, 323-370.
- 2- Smith, D.R: General urology, VII. edition Lange Medical Publications, California 1972, 265-71.
- 3- Günalp, İ.: Modern Üroloji, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1975, 596-619.
- 4- Korkud, G.: Üroloji, Hilal Matbaacılık Koll. Şti. İstanbul, 1977, 329-347.
- 5- Flocks, R.H.: M.D., Culp, David A., M.D.: Surgical Urology, Third Edition, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1972, P, 162-170.
- 6- Ergenekon, Erbil.: Mesane tümöründe Grade ve Stage uygulamaları, Tedavi yöntemleri ve Survayvilleri arasındaki ilişkiyi gösteren araştırma, Uzmanlık tezi, Erzurum, 1977, 4-9
- 7- U.I.C.C.: Malign Tümörlerin sınıflandırılmasında TNM disgesi, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara, 1975, S (9,-16), (53-9).
- 8- Kafkas, M.: Mesane Tümörleri ve Tedavi Prensipleri, Ankara Üniversitesi Basmevi, Ankara, 1974, S. (1-3), (72-95).
- 9- Urologic Surgery, Modern Technica in Surgery, IV, Lausanne. Printed in Switzerland, 1972. P.(11140-7)-(1140-10).(1114C-10)
- 10- Williams, D. Innes.: Paediatric Urology, London Butterworths, 1968, P. 388-389.
- 11- Karabay, Kenan.: Uretero-Intestinal Anastomozlar, Yörük Matbaası, İstanbul, 1977, S. 52.