

Bölüm 10

MESANE KANSERİNDE SİSTEKTOMİ SONRASI İLEAL KONDUİT: TEKNİK İPUÇLARI VE TAKİP

Erem ASİL¹

GİRİŞ

Üriner diversiyon, idrar drenajının vücudun dışına geçici ya da kalıcı olarak yönlendirilmesini içerir. Genellikle mesane veya pelvik maligniteyi tedavi etmek için ameliyattan sonra kalıcı bir diversiyon oluşturulur, ancak idrar yolunun işlevsel ve anatomik anormallikleri içinde yapılabilir. Perkütan, kontinan veya inkontinan olarak sınıflandırılabilir. İnkontinan diversiyonun iki tipi vardır üreterokutanostomi ve ileal konduit. Üreterokutanostomi nadiren kullanılır ve genellikle son çare olarak kullanılmaktadır. İleal konduit inkontinan üriner diversiyonun en yaygın şeklidir. İdrarın ciltte bulunan idrar torbasına boşaltılması için pasif bir kanaldır. İlk olarak 19. yüzyılda tanımlanmış ve 1950'lerde Bricker tarafından daha da geliştirilmiştir (1).

İlk olarak II.Dünya Savaşı sırasında Fransız cerrahlar tarafından geliştirildiği düşünülmektedir, ancak teknik, ileostomi için etkili bir yapışkan aparatın piyasaya sürüldüğü 1950 yılına kadar ön plana çıkmamıştır. Zaman içinde onkolojik ve cerrahi tekniklerin gelişmesiyle, ileal konduit için doğru hastaların seçilmesi cerrahi yaklaşımla birlikte daha net hale gelmiştir. Bir ileal konduit, böbrekte üretilen idrarı, terminal ileumdan oluşturulan bir rezervuara yönlendirmeyi ve vücut dışına çıkarmayı amaçlar.

Üreterler, vücuttaki konumlarına bağlı olarak kan akışını çeşitli kaynaklardan alırlar. Örneğin, üreterin abdominal kısmı kan kaynağını renal arter, gonadal arter ve abdominal aorttan dallarından alır. Üreterlerin pelvik kısmı kan akışını süperior ve inferior vezikal arterlerden almaktadır.

İleum, ince bağırsağın en distal bölümüdür ve ileoçekal bileşkede kolon ile devam eder. İleum, bağırsak lümeni içindeki mukoza, submukoza, düz kas ve son olarak seroza olarak isimlendirilen dışarı doğru uzanan dört katmandan oluşmaktadır. İleum, beslenmesini, sinir innervasyonunu ve lenfatik drenajını kendi mezenterinden alır. İleumun ana işlevi, B12 vitamini, safra tuzları ve diğer sindirim ürünlerini absorbe etmektir. Aynı zamanda hem karbonhidratların ve pro-

¹ Uzm. Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği dreremasil@gmail.com

liğinden kaybedilmektedir. Bu hastalar böbrek taşı oluşumuna yatkındır. Metabolik komplikasyonlar önemli sonuçlar doğurabilir; bu nedenle elektrolitlerin normal olduğundan ve hastanın asidotik olmadığından emin olmak için düzenli takip gereklidir.

Hasta Takibi

İleal kondüit yapılırken terminal ileumun bir kısmının rezeksiyonu, hastaların vitamin B12 eksikliği geliştirmesine neden olabilir. Bunun nedeni, terminal ileumun, B12 ve magnezyum gibi mikro besinlerin emiliminin baskın bölgesi olmasıdır(2). Vücudun büyük miktarda B12 vitamini rezervine sahip olması nedeniyle bu genellikle ameliyat sonrası birkaç yıl görülmez ve bu durum hastanın makrositik veya megaloblastik anemi ve omuriliğin subakut kombine dejenerasyonu riskini artırır. B12 düzeyleri 6-12 ayda bir kontrol edilmelidir(10). Bu komplikasyon riskini azaltmak için büyük terminal ileum segmentlerinin kullanılmasından kaçınılması önerilir. Bu özellikle Crohn hastalığı gibi ileal hastalığı olan hastalarda önemlidir(2).

Diğer bir komplikasyon, özellikle böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda hastaların % 15'inde varan oranda ortaya çıkabilen metabolik hiperkloremik asidozdur(4). Bu hastalar, osteomalazi gibi durumlar riski altında olduklarından, ameliyattan 15 yıl sonrasına kadar metabolik anormallikleri saptamak için düzenli kan testlerine ihtiyaç duyarlar.

*Yazıda kullanılan görseller Dr. Erem Asil' in arşivinden alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. BRICKER EM. Bladder substitution with isolated small intestine segments; a progress report. Am Surg. 1952 Jul;18(7):654-64. [PubMed]
2. Lee DJ, Tyson MD, Chang SS. Conduit Urinary Diversion. Urol Clin North Am. 2018 Feb;45(1):25-36. [PubMed]
3. Vasdev N, Moon A, Thorpe AC. Metabolic complications of urinary intestinal diversion. Indian J Urol. 2013 Oct;29(4):310-5. [PMC free article] [PubMed]
4. Nishikawa M, Miyake H, Yamashita M, Inoue TA, Fujisawa M. Long-term changes in renal function outcomes following radical cystectomy and urinary diversion. Int J Clin Oncol. 2014 Dec;19(6):1105-11. [PubMed]
5. BRICKER EM. Bladder substitution after pelvic evisceration. Surg Clin North Am. 1950 Oct;30(5):1511-21. [PubMed]
6. Wood DN, Allen SE, Hussain M, Greenwell TJ, Shah PJ. Stomal complications of ileal conduits are significantly higher when formed in women with intractable urinary incontinence. J Urol. 2004 Dec;172(6 Pt 1):2300-3. [PubMed]

Güncel Üroloji Çalışmaları

7. Madersbacher S, Schmidt J, Eberle JM, Thoeny HC, Burkhard F, Hochreiter W, Studer UE. Long-term outcome of ileal conduit diversion. *J Urol.* 2003 Mar;169(3):985-90. [PubMed]
8. Asil E, Canda AE, Atmaca AF, Gok B, Ozcan MF, Ardicoglu A, Balbay MD, Yıldızhan M. Outcomes and complications of radical cystectomy with ileal conduit urinary diversion: A comparison between open, semi-robotic and totally robotic surgery. *Int J Med Robot.* 2021 Jan 5:e2221. doi: 10.1002/rcs.2221. Epub ahead of print. PMID: 33400828.
9. Farnham SB, Cookson MS. Surgical complications of urinary diversion. *World J Urol.* 2004 Sep;22(3):157-67. [PubMed]
10. Duerksen DR, Fallows G, Bernstein CN. Vitamin B12 malabsorption in patients with limited ileal resection. *Nutrition.* 2006 Nov-Dec;22(11-12):1210-3. [PubMed]