

## FONKSİYONEL EKSTROFİ VESİKA KAPATILMASI

### FUNCTIONAL CLOSURE OF EXTROPHIED BLADDER

Dr. Sezer Kendi\*

Dr. Ahmet Bölükbaşı\*\*

**Özet :** Ekstrofi vesika, pek sık rastlanılmayan bir konjenital anomalidir. Bu hastalık, ürologlar için yıllarca büyük bir problem olagelmiştir. Bu gibi durumlarda en ideal tedavi yöntemi ektrafinin cerrahi rekonstrüksiyonu olarak görülmesine rağmen, özellikle komplet epispadiası bulunan hastalarda, kontinans sağlayabilecek bir başarı elde etmek çok zordur.

Bu yazıda, kontinans elde edilen komplet epispadiaslı ekstrofi vesika kapatılması vakası takdim edilmektedir.

**Summary :** Extrophy of the bladder is a rare congenital abnormality. This condition still is a great problem for the Urologist. Although the ideal treatment seems to be the reconstruction of the extrophied bladder, successful results are very difficult to achieve particularly in cases with complete epispadias.

In this paper, a successful functional closure of extrophied bladder with complete epispadias is presented and discussed.

\* Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Üroloji B.D. Profesörü

\*\* Kayseri Ü.G.N. Tıp Fak. Üroloji B.D. Doçenti

## GİRİŞ

Ekstrofi Vesika (Ektopia Vesicae), batin alt duvarı ve mesane ön duvarının yokluğu, mesane arka duvarının karın duvarı ile devam ettiği bir konjenital anomalidir. Vakaların çoğu, çocukluk devresinde fatal seyreden piyelonefrit nedeniyle kaybedilirler. Literatürde belirtilen en yaşlı kişi, 30 yaşında bir erkektir. Bir ailede ekstrofi çocuk doğduğunda, ikinci bir çocukta da aynı hastalığın görülme olasılığı vardır.

Genel olarak hastalığın insidansı 1/40.000-50.000 arasında değişmektedir. Hastalık erkeklerde 3 kez fazla görülür. Hastalık patolojik olarak inkomplet yada komplet ekstrofi şeklinde tanımlanmaktadır. İnkomplet ekstrofide pubisler birleşmiş genitaler normal, defekt abdominal duvarda ufak bir lezyon oluşmakta olup cerrahi yöntemlerle kolayca giderilebilir. İnkomplet tipi oldukça seyrekdir. Komplet ekstrofi ise nisbeten daha sık görülür. Bu hastalarda posterior mesane duvarı tamamen dışarı doğru bombeleşip, pubisler ayrılmıştır, ve birlikte epispadias bulunmaktadır. Umbilikal femoral ve inguinal herniler, genital anomaliler (bifid skrotum ve kriptorşizm) hastalığa eşlik eder (1).

Ekstrofi hastalarda uygulanacak tutumun, başlangıçta hastalığın Plastik Cerrahi yöntemlerle kapatılmasına yönelik olmasına rağmen karşılaşılan başarısızlık oranı, Coffey'in önerdiği üretero sigmoidostomiye eğilimi artırmış, ileal veya kolonik diversiyonlar yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. 1950 lerde, kolonik diversiyonların biyokimyasal ve renal harabiyetlere neden olduğunun anlaşılmasından sonra, dikkatler tekrar rekonstrüktif cerrahi üzerinde toplanmıştır.

Ekstrofi hastalarda uygulanan cerrahi kapatmanın başarısı, vakalarda elde edilerek kontinans, mesane kapasitesi, geç devrede infeksiyonun kontrolü ve üst üriner traktusta herhangi bir patolojiye yol açıp açmaması ile değerlendirilmektedir (7).

Bu yazıda, kontinans sağlanabilen komplet ekstrofi bir vaka nedeniyle bir ekstrofi vesika olgusu incelendi ve literatürün ışığı altında tartışıldı.

## VAKA

İ.Y., (Prot. No: 175004) 14 yaşında erkek hasta, doğuştan idrarını karının alt kısmındaki açıklıktan yapma nedeniyle pediatrik üro-

loji servisine yatırıldı. Öz ve soy geçmişinde bir özellik bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde, komplet mesane ekstrofisi ve epispadiası bulunduğu, testislerin inguinal kanalda olduğu, skrotumun hipoplazik olduğu görüldü. Laboratuvar muayenesinde, Hb 11.00 gm, Bk: 8000, BUN 10 mg olduğu saptandı. İVP de renal ve üreteral deformite ve anomali görülmedi, pubislerin ayırık olduğu saptandı. Hastaya 14.1.75 tarihinde, İ. Williams'ın (7) tarif ettiği yöntem ile ekstrofi kapatılması ve epispadias tamiri yapıldı. (Resim 1). 8 no nelaton sonda üretral stent olarak 18 nolu pesser sondası diversiyon amacıyla mesaneye konduktan sonra ameliyata son verildi.



Resim 1. Ameliyat sonrası görünüm. Hastanın epispadiası kapatılmış, Ekstrofisi kapatılmış, suprapubik karın öndüvarı defekti onarılmıştır. Sistostomi ve Üretral kateter görülmektedir.

Ameliyat sonrası 8'inci gün üretral sondası çekildi, 14. gün pesser sondası klempe edildi, hastanın üretral yoldan idrar yaptığı saptandıktan sonra sistostomimi çekildi. 15. gün ampicillin 100 mg/kg verildi. Hastanın başlangıçta idrar kapasitesi 150 cc. olarak saptandı, erken İVP de (3 haftada) renal ve üreteral staz görülmedi, mesane ka-

pasitesinin ve kontinansın yeterli olduğu izlendi. 5.2.1975 tarihinde şifa ile taburcu edildi. (Resim II).

Bir yıl sonra kontrole gelen hastanın idrarını gündüz3-4 saat tutabildiği, geceleri bir defa idrara çıktığı, idrar yapmada herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi. Hastayla daha sonra bir temas kurulamadı.



Resim 2. Üç hafta sonra ameliyat yerinin görünümü. Hastanın batin ön duvarındaki defekt tamamen düzelmiş, hasta normal bir kapasite ve işeme elde edilmiştir.

## TARTIŞMA

Marshall ve Muecke (5), başarılı bir ekstrofi kapatılmasında uygulanacak işlemin kabul edilebilir bir fiziki görünümde olması, hastanın seksüel fonksiyonlara muktedir olması, sosyal yönden yeterli idrar kontinansının sağlanması, renal fonksiyonları koruyucu olması ve ekstrofi bölgesindeki ağrı ve hassasiyeti giderici olmasının gerektiğine dikkati çekmiştir. Ayrıca ekstrofinin başarılı bir şekilde kapatılması için gerekli en uygun yaş, tartışma konusu olmuş, birkısım yazarlar 6-12 ay da ameliyatın yapılmasını aksi takdirde perivesikal bağdokusunun ileri derecede arttığını, mesanenin küçük ve kontrakte olduğunu, squamöz veya glandüler metaplazik değişikliklerin gelişebileceğini, bu nedenle elverişli bir mesane kapasitesinin elde edilemeyebileceğini belirtmişlerdir (6, 8).

Ameliyata alınan hastalar yaş gruplarına göre incelendiği zaman, elde edilen başarı oranın, titizlikle seçilen yaş gruplarına rağmen büyük bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır. Nitekim, Williams and Savage (9), 6-12 aylık ekstrofil 51 vakadan 5 tanesinde kabul edilebilir bir kontinans (% 9.8) elde etmelerine rağmen, Williams ve Keeton (8), (1973) gene aynı yaş grubunda 19 vakadan 6 sında (% 31.6) başarı elde etmiştir. Marshall ve Muecke (5) (1970) ise vakalarında % 20 başarı sonuçlar elde etmişlerdir. Yazarlar, aynı yaş grupları arasında başarı oranının farklı oluşunu primer kapatma gerektiren vakaların seçilmesinde gösterdikleri titizliğe yormaktadırlar. Cendron (2) (1971), Fisher ve Retik (4), (1969) ise erken çocukluk yaşlarında mesanenin içeri doğru kapatılmasını fakat mesane boynunun rekonstrüksiyonunun daha ileri çocukluk yaşlarına ertelenmesinin gerektiğini öne sürmektedirler. Nitekim, Cendron (2), 12 çocuktan 6 sında Fisher ve Retik (4), ise 26 vakadan 9 unda başarılı sonuç elde etmelerine rağmen Ezzel ve Carlsson (3), 19 vakadan 2 tanesinde, Megalli ve Lattimer (9) ise 89 çocuktan 1 tanesinde başarılı kapatma-«kontinans» elde etmişlerdir.

Williams ve Keeton (8) (1973), ekstrofil hastalardan primer kapatma uygulanacak hastaların seçimine dikkati çekmiş, vakaların toplam % 50 sinin kapatılabilir olduğunu, bu hastaların seçiminin iyi yapılmasının gerektiğini bununla beraber vakaların 2/3 ünün ilerde Üriner diversiyona gereksinmesinin olabileceğini belirtmişlerdir.

Marshall ve Muecke (5), ekstrofi kapatılmasında, pelvik osteotomiye gereksinme olmadığını, buna neden olarak da, ilave ameliya-

tının ameliyat programını uzatmasını, osteotomi uygulanan vakaların çoğunda pelvisin önceki pozisyona dönmesini (2-6), kontinansın osteotomi olmadan da başarılabilmesi, kapatmanın (cilt) osteotomisiz de mümkün olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Her ne kadar primer kapatma arzu edilen bir yöntem olarak kalmaktaysada, yazarların birleştikleri nokta başarılı olmayan vakalarda tekrar kolonik diversiyon uygulanmasıdır. Bu nedenlerle hastalar üriner enfeksiyon, İVP ler ile perodik olarak takip edilmeli ve üriner traktus'un durumu aydınlatılmalıdır.

Vakamız bir gecikilmiş veka olup, mesane kapatılacağı zaman iyi bir kapasiteye ulaşılabilceği izlenimi elde edilmiştir. Ancak diğer araştırmacıların belirttiği periveskal bölge, pozisyon ve ileri derecede gecikmeye bağlı olarak aşırı ifibrozis göstermekteydi. Bu nedenle mesane deperitonealize edildikten sonra, fibrozis ve aşırı derecede kontraksiyon gösteren adventisyal doku güçlükle serbestleştirilebilir. Daha sonra perivesikal fibromastüler dokuya yapılan insizyonlarla, perivesikal kontraksiyonlar giderildi ve böylelikle mesane kapasitesi ve elastisitesi sağlanabildi. Bu işlemle hastamızda elverişli bir kapasite sağlanıp, rezüdüel idrar kalmadan, fonksiyonel ve kontinent bir mesane elde edilebildi.

Vakamızın bir sene sonraki gözleminde, hastanın durumundan memnun olduğu, inguinal herni ve inmemiş testinin tedavisinin düşündüğü idrarını gündüzleri 3-4 saat süreyle tutabildiği, künt böğür ağrısı ve üriner enfeksiyon ile ilgili şikayetleri olmadığı öğrenildi. Ancak 3 sene sonra tekrar kontrol için arandığında adresinde olmadığı öğrenildi.

#### KAYNAKLAR

1. Campbell, M.F.: Anomalies of the bladder. In: Urology, (Eds) M.F. Campbell and J.H. Harrison, third ed., vol II, Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto 1970 p. 1558, 1570.
2. Cenderon, J. = La reconstruction vesicelle. Annales de Chirurgie infantile, 12: 371 - 381, 1971.
3. Ezell, W.W. and Carlson, H.E. = A realistic look at extrophy of bladder Brit. J. Ürol., 42 = 197 - 202, 1970.
4. Fisher, J.H. and Retik, A.B. = Extrophy of the Bladder. J. Pediat. surg. 4: 620 - 626, 1969.

5. Marshall, V.F. and Muecke, E.C.: Functional closure of typical exstrophy of the Bladder. *J. Urol.*, 104: 205 - 207, 1970.
6. Megalli, M., and Lattimer, J.K.: Review of the management of 140 cases of extrophy of the bladder. *J. Urol.*, 109: 246-248, 1973.
7. Williams, D.I.: Reconstructive Surgery for extrophy of the bladder. In: *Problems in paediatric urology* (Eds) J.H. Johnston and R.J. Scholtmeijer Chapt. III, Excerpta medica, Amsterdam London, Princeton 1972. pp. 79-90.
8. Williams, D.I. and Kecton, J.: Vesical extrophy - 20 year experience, *Brit. J. Surg.* 60: 203-207, 1973.
9. Williams, D.I. and Savage, J.: Reconstruction of the exstrophied bladder. *Brit. J. Surg.* 53 = 168, 1966.