

## MESANE DİSFONKSİYONLARI VE YENİ TEDAVİ YÖNTEMLERİ

### BLADDER DYSFUNCTIONS AND NEW TREATMENT INTERVENTIONS

Erbil Dursun\*

Omurilik yaralanması, en yaygın nörojenik mesane fonksiyon bozukluğu nedenidir. Klinik değerlendirme için detaylı anamnez, fizik muayene ve günlük idrar takibi gerekir. Anamnez ürodinamik anormalliklerin anlaşılması için değil etiyolojik faktörlerin aydınlatılması ve diğer tıbbi sorunların öğrenilmesi için gereklidir. Fizik muayenede özellikle mental durum, motor sistem, refleksler ve duyuşal fonksiyon incelenmelidir. Motor sistemin muayenesi nörolojik lezyon seviyesi ve derecesi hakkında bilgi verir. El fonksiyonlarının değerlendirilmesi, özellikle hastanın aralıklı kateterizasyon uygulayabilme kapasitesi açısından önemlidir. Ürodinamik çalışmalar, nörojenik mesanenin çeşidini ortaya koymak için yapılması şart olan tetkikleri içerir. Alt üriner sistemin değerlendirilmesinde, mesane ve üretral fonksiyon bozukluklarının teşhis ve tedavisinde çok önemli veriler sunar.

Nörojenik mesanenin tedavisinde önemli iki ana konu, hastanın yaşamını devam ettirebilmesi için böbreklerin korunması ve hayat kalitesinin iyi olabilmesi için nörojenik mesane semptomlarının ve komplikasyonlarının önlenmesidir. Tedavide, hastanın kuru kalmasına ve düşük basınçlı mesaneye sahip olmasına odaklanılmalıdır.

Spinal şok evresinde, mesanenin aşırı gerimini engellemek için düzenli mesane boşaltımı çok önemlidir. Üriner enfeksiyonların önüne geçilmelidir. Başlangıçta daimi kateterizasyon kullanılabilir ancak metabolik denge sağlandığında aralıklı kateterizasyona geçilmelidir.

Spinal şok dönemi sonrasında mesanenin durumuna göre çeşitli tedavi şekilleri uygulanabilir. Refleks işeme için ürodinamik parametrelerin gözlenmesi çok önemlidir. Aralıklı kateterizasyon tedavide en önemli seçeneklerden biridir. Aralıklı kateterizasyon uygulayabilmek için mesane kapasitesinin yeterli ve basıncının düşük olması gerekmektedir.

Omurilik yaralanması sonrasında gelişen nörojenik mesanede sıklıkla mesaneyi gevşeten antikolinergik ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ajanlar mesane kapasitesini artırır, intravezikal basıncı düşürür ve kateterizasyonlar arasında kontinans sağlar. İçlerinde sıklıkla kullanılan ilaçlar oral oksibutinin, intravezikal oksibutinin, propantelin, trisiklik antidepresanlar ve tolterodindir.

Aşırı aktif detrüslü hastalarda elektriksel stimülasyon da uygulanmaktadır. Mesane stimülasyonu ve pudental sinir stimülasyonu gibi metodlar inhibe olmayan kontraksiyonları inhibe edebilir ve mesane kapasitesinde ve kompliansında artışa neden olabilirler.

Dış sfinkter dissinerjisinde ve/veya aşırı aktif detrüslü tedavisinde botulinum-A toksini enjeksiyonu yeni tedavi seçeneklerindedir. Etkisinin geçici olması nedeniyle uzun dönem kullanımında sorunlar yaşanabilir. Dış sfinkteri gevşetmek amacıyla baklofen, diazepam ve dantrolen de kullanılmaktadır. İç sfinkter dissinerjisinde ise alfa adrenerjik blokerler kullanılmaktadır.

#### Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Prof .Dr. Erbil Dursun

\* ....

Medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda cerrahi tedavi düşünölmelidir. Cerrahi tedavinin genel endikasyonları şunlardır: 1- Ciddi hiperrefleks mesane, 2-Mesane duvarı kompliansının düşük olması, 3- Tüm tedavilere rağmen üst üriner sistem komplikasyonlarının devam etmesi. Mesane kapasitesini arttırmak ve intravezikal basıncı düşürmek için genişletme sistoplastisi operasyonu uygulanabilir. Mesane kapasitesini genişletmede uygulanan bir başka cerra-

hi metod da mesane innervasyonunun kesilmesidir. Bunun için kordektomi gibi santral, anterior veya anteroposterior rizotomi gibi periferik girişimler yapılabilir. Sakral posterior köklerin rizotomisiyle birlikte uygulanan anterior kök stimölatörü implantasyonu, spontan işemeyi sağlayabilir. Sfinkter dissinerjilerinde, sfinkterleri gevşetmek amacıyla transüretal eksternal sfinkterotomi, pudental nörektomi ve mesane boynu transüretal rezeksiyonu uygulanabilir.