

# Kontinan diversiyonlara karşı ileal loop: yaşam kalitesine etkileri

Dr. Gökhan Toktaş

S.S.K. İstanbul Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği

**K**asa invaziv mesane tümörlerinde ürologlar arasında halen kabul gören altın standart tedavi radikal sistektomidir (1). Sistektomi ameliyatının en büyük sıkıntı yaratan sonucu, hastanın sonraki yaşamında idrarını nereden ve nasıl yapacağıdır. Ürologlar hastaları ile ameliyatı konuşurken karşı karşıya gelecekleri en birincil soru budur. Yapılacak diversiyonun tipi seçilirken, buna hasta, doktor, sosyal statü, çevre, iş, toplum, din gibi bir çok çeşitli ve çoğu sosyal ve psikolojik faktörler rol almaktadır (2-7). Ürolog çoğu zaman işi tıbbi yönünden (prognostik faktörler, kendi cerrahi yeteneği, elindeki ameliyathane ve hastane imkanları gibi) ele almakta, halbuki hasta çoğu zaman kendi iç dünyası ve özellikle yakın çevresinin fikirlerine eğilim göstermektedir. İşte tüm bu soru ve etmenlerin ışığında bu tür bir karar verirken, günümüz tıbbında ameliyat sonrası veya bu bir tedavi de olabilir; hastanın yaşam kalitesi, daha güncel bir deyişle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı öne çıkmıştır (7). Artık hekimler yaptıkları tedavilerde birincil görevleri olan daha uzun bir yaşamın yanı sıra, hastalarına kalitesi yüksek sağlıklı bir yaşam sağlamaları da, kaliteli tıp hizmetinin parçası olmaya başlamıştır, olmalıdır da.

## YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI NEDİR?

Tıp literatüründe logaritmik olarak artan oranda, çeşitli tıp dallarında, yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar yayınlanmaktadır (8). Bu araştırmaların çoğu genel sağlık durumu, fonksiyonel kapasite, duygulanım fonksiyonları, kendini iyi hissetme durumu, mutluluk, entelektüel seviye, ağrı, bulantı-kusma, semptomların derecesi, bellek, mali durum ve iş becerisi gibi çok çeşitli parametreleri hedef almıştır. Var olan yaşam kalitesi çalışmaları çoğu zaman yukarıda sayılan parametrelerin çoğunluğunu veya bir kaç adedini kapsamıştır. Halbuki çoğu araştırmacı hayat kalitesi kavramını çok geniş bir spektrumla tarif etmektedir (9).

Aslında WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yapılan sağlıklı olma kavramında fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden sağlam olma tarifi yukarıdaki tüm parametreleri içermekte olup, hayat kalitesinin de tarifi ve ölçümü buna yönelik olmalıdır (10). Buna rağmen yapılan bir çok çalışmada, bir çok yazar daha evvelki çalışmalarda kullanılan yöntemden farklı bir ölçme yöntemi geliştirmekte ve çalışmasını onun üzerine kurmaktadır.

Bundan dolayı bu konuda yayımlanan bir çok tıbbi araştırmada yaşam kalitesi araştırmaları etrafında belirgin bir fikir birliği olmayıp, bir çoğu için karşıt görüşler bildirilmektedir (11-14). Bu da yukarıda bahsedilen nedenlerin doğal bir sonucudur. Dolayısıyla ile bu karmaşanın nedenini bilmek için yaşam kalitesinin çok kısa bir tarihçesini gözden geçirmek faydalı olacaktır.

## SAĞLIKLI YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİNİN TARİHÇESİ

Erişkinler için yayımlanan ilk sınıflama 1937'de New York Belediyesi Sosyal Komitesi tarafından yaşlı insanlara yardım yapılması amacı ile yayımlanmıştır (15). Bu da kişileri 1. Belirgin sakatlığı olmayan 2. Ayağa kalkıp gezebilen 3. Eve bağımlı olan 4. Yatağa bağımlı olan diye sınıflandırmıştır. 1939'da NHA (New York Health Association) günümüzde de halen kullanılan 4 derece üzerinden sınıflamasını yayınlamıştır. 1948'de David Karnofsky Nitrojen Mustard kullanılan hastalardaki palyatif tedavi sonuçları için halen de kullandığımız 0-100'e kadar olan skalasını tarif etmiştir (16-17).

2. Dünya Savaşı sırasında yaralanan askerlerin durumunu tarif etmek için PULSES (Physical condition, Upper extremities, Lower extremities, Sensory components, Excretory function, Mental and emotional status) kullanılmıştır (18-20). Bu skala tıpta fonksiyonel ve ruhsal durumun kabaca da olsa tarif edildiği ilk ölçümleme metodu olmuştur. Bu ölçüm aynı zamanda inkontinans ile ilgili sorgulamayı içeren ilk ölçüm olduğu için üroloji literatürü açısından da önemlidir.

1970'lere kadar giderek artan sayıda tıp ve diğer sosyal bilim dallarında yaşam kalitesi ile ilgili yazılar yayımlanmıştır (21). 1974'de Social Indicators Research adlı dergi çıkmaya başladı. Bu dergi sadece yaşam kalitesi hakkında fizyolojik prensipler, yeni ölçüm metodları gibi konuları içeren yazıları kabul etmeye başladı.

Tıp alanında klinik bazında yaşam kalitesinin araştırıldığı ilk hasta grubu 1966'da meme kanserli hastalar olmuştur (22) Tıpta yaşam kalitesi (Quality of Life) teriminin ilk kullanıldığı makale 1966 yılında hemodiyaliz hastaları hakkında yayımlanan bir makedir (23).

Tıpta ilk popüler olan ölçüm metodu 1976'da Baum tarafından yayınlanan Linear Analogue Self Assessment Scale'dir. Bu cetvel üzerinde hastanın işaretlemesi istenen visüel analog bir skaladır (24-26).

Bunu takip eden yıllarda tıp dünyası bu tür ölçüm metodlarından ziyade sosyal bilimlerin kullandıkları ölçme metodlarına yönelmeyi tercih etmiştir (27-30). ABD'de FDA'in önerisi ile 1986 yılında tedavi öncesi ve sonrası etkilerini ilaç yönünden, plasebo gruba göre yaşam kalitesinin araştırılması istemiyle aynı yıl hipertansiyon ilacı ile ilgili bir makale New England Journal of Medicine dergisinde yayımlanmıştır (31-33). Bu yıldan sonra yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalarda günümüze kadar süre gelen bir patlama yaşanmış ve hatta bu konuda kongreler düzenlenmekte ve sırf bu konu ile ilgili dergi çıkmaya başlamıştır (Quality of Life Research) (3).

*“...sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sorgulamaları, tıbbi açıdan kişinin sadece o anki tıbbi durumunun yaşam kalitesine etkisini ve sosyo-psikolojik açıdan topluma da dayanan çok etmenli bileşenlere açık olduğu için bireyin yaşam kalitesini ölçmek ve tariflemekte çok objektif olamamaktadır (9). Sonuç olarak yaşam kalitesi her birey için ayrı anlam taşımakta, objektif olmaktansa kişinin o anki halini yansıtmaktadır. Belki de sorulacak en iyi soru klasik doktor sorusudur “Kendini nasıl hissediyorsun?”.*

Sonuçta; birazdan aşağıda verilecek bilgilerde olduğu gibi; sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sorgulamaları, tıbbi açıdan kişinin sadece o anki tıbbi durumunun yaşam kalitesine etkisini ve sosyo-psikolojik açıdan da topluma da dayanan çok etmenli bileşenlere açık olduğu için bireyin yaşam kalitesini ölçmek ve tariflemekte çok objektif olamamaktadır (9).

Sonuç olarak yaşam kalitesi her birey için ayrı anlam taşımakta, objektif olmaktansa kişinin o anki halini yansıtmaktadır. Belki de sorulacak en iyi soru klasik doktor sorusudur “Kendini nasıl hissediyorsun?”.

## **İLEAL LOOP YA DA KONTİMAN DİVERSİYON, HANGİSİ?**

Onkolojik cerrahide birincil amaç hasta hayatını kurtarmaksa da, günümüzde tedavi sonrası yaşam kalitesi de tedavinin önemli bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı tedavi öncesi hastaya yapılacak tedavi önerileri açısından, tedavi sonrası yaşam kalitesi hakkında da

hastayı bilgilendirmek gerekmektedir. On yıl öncesine kadar ülkemizde ileal loop yaygın (neredeyse standart) diversiyon olarak kullanılmaktayken, günümüzde ameliyat mortalite ve morbiditesinin aynı olması açısından ortotopik mesane ameliyatlarının yaygınlaşması hastaların yaşam kalitesini yükseltmiştir. Bu gerçekten böyle midir ?. Yazımızın ilk bölümünde belirttiğimiz gibi bu tip diversiyonlar hakkında birbiri ile tamamen çelişen çok sayıda araştırma vardır.

Boyd ve ark. yaptıkları çalışmada ileal loop ve Kock poş ameliyatları sonrası yaşam kalitesi açısından ileal loop yapılan hastalarda, bunların diğer insanlarla fiziksel temastan kaçındıklarını ortaya çıkarmıştır (34). Bu da yaşam kalitelerini düşürmektedir.

Her iki diversiyonu karşılaştıran ilk çalışma Bjerre ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 38 ortotopik mesane ve 29 ileal loop yapılan hasta retrospektif olarak 211 soruluk bir sorgulamayı doldurmuşlardır. Sonuçta vücut imajı yönünden ortotopik mesane hastalarının yaşam kalitesi daha yüksek çıkmış ve bunların gündüz kontinanslarının, aynı yaş grubu sağlam insanlarla aynı olduğunu bildirmişlerdir (35).

Hara ve ark. yaptığı diğer bir çalışmada 48 ortotopik mesane 37 ileal loop yapılmış hasta ile karşılaştırılmıştır. Hastalara SF-36 adlı 36 sorulu (hem fizyolojik hem de psiko-sosyal soru içeren bir test) sorgu formu doldurmaları istenmiştir (36). Sonuçta bunlar arasında yaşam kalitesi açısından önemli fark olmadığı söylenmiştir. Benzer bir çalışmada 1987’de Skinner tarafından yapılmıştır (37).

Mansonn ve ark. tarafından yayımlanan diğer bir makalede kontinan kutaneöz diversiyonlar, ortotopik mesane ile karşılaştırılmıştır (39 kontinan kutaneöz diversiyon ve 41 ortotopik mesane). Çalışmada FACT-B1 (Functional Assessment of Cancer Therapy-Bladder Cancer) ve HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) kullanılmıştır. Sonuçta her iki grup arasında yaşam kalitesi açısından bir fark bulunmamıştır (38).

Ülkemizde bu tür hasta grubu ile ilk yapılan çalışma Kulaksızoğlu ve ark. aittir. Bu çalışmaya 25 ileal loop ve 3 kontinan diversiyon yapılan hasta alınmış ve EORTC tarafından da önerilen QLQ-C30 ve Beck depresyon skalası hastalara uygulanmıştır. Sonuçta hastalarda depresyon oranı normal popülasyona göre daha yüksek (%35) fakat diğer kanser hastalarındaki oranlarla uyumlu bulunmuştur. Sayı azlığı nedeniyle diversiyonlar arası bir karşılaştırma yapılmamıştır (39).

Gene Kulaksızoğlu ve ark. tarafından yayınlanan ve 17 kontinan diversiyon ve 41 ileal loop hastası ile yapılan bir diğer çalışmada ise yaşam kalitesini asıl etkileyen faktörün depresyon olduğu ve bu faktörün ancak post-operatif 12. ayın sonunda kabul edilebilir düzeye indiği bildirilmiştir ve bu tip sorgulamaların post-operatif 1. yıl sonunda yapılması gerektiğini bildirmişlerdir (40).

Kırkalı ve ark. 15 inkontinan diversiyonlu ve 19 kontinan diversiyonlu hastada QLQ-30 formu ile yaşam kalitesi araştırmış ve kontinan diversiyonların yaşam kalitesi açısından daha iyi bir tedavi alternatifini sunduğu sonucuna varılmıştır (41).

Ağlamış ve ark. yaptığı 25 ileal loop ve 14 kontinan diversiyonlu hastada ise kendi vücut imajları karşılaştırılmış, hastalara post-operatif 6 ayda 12 sorudan oluşan Beden Dismorfik Bozukluk Ölçeği uygulanmışlardır. Sonuçta gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bu da yaşam kalitesinin farklı olmadığı yönünde bir fikir oluşturmuştur (42).

Bunun tersi olarak 63 Kock Poş ve 22 ileal loop yapılan hastada, ileal loop grubunda daha kötü vücut imajı olduğu bildirilmiş ve kontinan diversiyon yapılması önerilmiştir (43)

Yaşam kalitesi hakkında milletler arası sosyo-kültürel fark olabileceğinden bu tip araştırmalar da yapılmıştır. Mansonn ve ark. yaptığı çalışmada İsveç ve İtalyan hasta grupları (tümü kontinan diversiyonlu 34+34 hasta) karşılaştırılmış ve yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır (44). Ama aynı çalışma dinleri farklı iki millet arasında yapılsaydı belki bir fark saptanacaktı.

## **SONUÇ**

Tüm bu bilgilerden çıkarılacağı gibi yaşam kalitesi konusunda yapılan bir çok çalışma, yaşam kalitesinin çok çeşitli faktörler içermesi, sorgu sistemlerinin çok çeşitli olması, kültürel ve milliyete bağlı değişkenlerin olması, zamanın bu değişiklikleri değiştirmesi nedeniyle yaşam kalitesinin ölçülmesi ve buna dayalı objektif araştırma yapılması çok zordur.

Aslında yaşam kalitesinin tam ne olduğu ne hasta ne de doktor tarafından çok iyi bilinmemektedir. Hastalar hakkında karar verilirken hastaları gruplara ayırarak yapılmış olan çalışmalara göre değerlendirmemelidir.

Her bireyin ayrı sosyo-mediko-psikolojik yapıya olduğundan, her vaka hastayla karşılıklı iletişim içerisinde, ayrıntılı bir biçimde konuşularak irdelenip, öyle karar verilmelidir. Yani sonuçta kontinan

*“...yaşam kalitesi konusunda yapılan bir çok çalışma, yaşam kalitesinin çok çeşitli faktörler içermesi, sorgu sistemlerinin çok çeşitli olması, kültürel ve milliyete bağlı değişkenlerin olması, zamanın bu değişiklikleri değiştirmesi nedeniyle yaşam kalitesinin ölçülmesi ve buna dayalı objektif araştırma yapılması çok zordur. Aslında yaşam kalitesinin tam ne olduğu ne hasta ne de doktor tarafından çok iyi bilinmemektedir. Hastalar hakkında karar verilirken hastaları gruplara ayırarak yapılmış olan çalışmalara göre değerlendirmemelidir. Her bireyin ayrı sosyo-mediko-psiko-kültürel yapısı olduğundan, her vaka hastayla karşılıklı iletişim içerisinde, ayrıntılı bir biçimde konuşularak irdelenip, öyle karar verilmelidir.”*

diversiyon veya ileal loop arasında yaşam kalitesi açısından bir fark var mı? Sorusu hala açıktır ve muhtemelen de tam olarak cevaplanamayacaktır.

Son Söz: Bireyin yaşam kalitesini kendisi belirler.

#### KAYNAKLAR

1. Hautman RE, Paiss T: Does the option of ileal neobladder stimulate patient and physician ecisi-on toward earlier cystectomy. J Urol, 159: 1845-1850, 1998
2. Faden R, Leplege A. 1982. Assessing quality of life: moral implications for clinical practice. Med Care. 30:Suppl:MS 166-175.
3. Hunt SM. The problem of quality of life. Qual Life Res 6: 205-121997;
4. Jordan MAtthew Prutkin: A History of Quality of Life Measurements; A Thesis Submitted o The Yale University School of Medicine, 2002
5. Lawton MP, Brody EM. 1969. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9:179-186.
6. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva, Switzerland. World Health Organization. 1948.
7. Bardelli D, Saracci R.. Measuring the quality of life in cancer clinical trials: a sample survey of published trials. UICC Technical Report. 36:75-94. 1978
8. A Study of the Medical Needs of Recipients of Old Age Assistance in New York City in 1934. 1937. Albany, NY: Dept. of Social Welfare, State of New York.
9. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In Macleod CM (ed). Evaluation of Chemotherapeutic Agents. New York: Columbia University Press. 1948.
10. Karnofsky DA, Abelman WH, Craver LF, Burchenal JH.. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. Cancer. 634-656. 1948
11. Wilcox LD, Brooks RM, Beal GM, Klonglan GE.. Social Indicators and Societal Monitoring: An Annotated Bibliography. San Francisco: Jossey-Bass. 1972
12. Eisenberg HS, Goldenberg IS. A measurement of quality of survival of breast cancer patients. In Clinical Evaluation in Breast Cancer. JL Hayward, RD Bulbrook, editors. London:Academic Press. 1966.
13. Retan JW, Lewis HY. Repeated dialysis of indigent patients for chronic renal.1966
14. Priestman TJ, Baum M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. Lancet. 1(7965):899-901.1976.
15. Aitken RCB. Measurement of feelings using visual analogue scales. Proc R Soc Med. 62(10):989-93. . 1969
16. Bond A, Lader M. The use of analogue scales in rating subjective feelings. Br J Med Psychol. 47:211-218. 1974.
17. Meyers S, Walfish JS, Sachar DB, Greenstein AJ, Hill AG, et al. Quality of life after surgery for Crohn's disease: a psychosocial survey. Gastroenterology. 1980.
18. Meyers S. Assessing quality of life. Mount Sinai J Med. 50:190-192. 1983.
19. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. N Eng J Med. 305:982-987. 1981.
20. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. N Eng J Med. 296:716-721. 1977.
21. Johnson JR, Temple R. Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs. Cancer Treat Reports. 69:1155-1157. 1985.
22. O'Shaughnessy JA, Wittes RE, Burke G, Friedman MA, Johnson JR, et al. Commentary concerning demonstration of safety and efficacy of investigational anticancer agents in clinical trials. J Clin Oncol. 9:2225-2232. 1991
23. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, et al.. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Eng J Med. 314:1657-1664. 1986
24. Boyd SD, Feinberg SM, Skinner DG et al. Quality of life survey of urinary diversion patients: comparison of ileal conduit versus continent Kock ileal reservoirs. J Urol; 138: 1386-9,1987
25. Bjerre BD, Johansen C, Steven K. Health-related quality of life after urinary diversion: Continent diversion with the Kock reservoir compared with ileal conduit. A questionnaire study. Scand J Urol Nephrol 1994; Suppl 157: 113±8
26. Hara, I., Miyake, H., Hara, S., Gotoh, A., Nakamura, I., Okada, H., Arakawa, S. & Kamidono, S. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer: a comparison of ileal conduit and orthotopic bladder replacement. BJU International 89 (1), 10.2002
27. Boyd SD, Feinberg SM, Skinner DG et al. Quality of life survey of urinary diversion patients: comparison of ileal conduit versus continent Kock ileal reservoirs. J Urol; 138: 1386-9.1987
28. Mansson A, Davidsson T, Hunt S, et al. The quality of life in men after radical cystectomy with a continent cutaneous diversion or orthotopic bladder substitution: is there a difference? BJU Int;90:386. 2002
29. Kulaksızoğlu IB, Ünlüer E, Kulaksızoğlu H, Toktaş G, Ağlamış E.: Radikal sistektomili hastaların takiplerinde depresyon ve yaşam kalitesi-nin değerlendirilmesi: Bir ön çalışma. Türk Üro-loji Dergisi 25(3):283-289, 1999.
30. Kulaksızoğlu H, Toktaş G, Kulaksızoğlu IB, et al.When should quality of life be measured after radical cystectomy? Eur Urol;42:350. 2002
31. Kırkalı Z., Turgut Z., Mungan M.U., Sade M. Rdikal Sistektomi yapılan hastalarda yaşam kalitesi Türk Üroloji Dergisi: 26 (3): 292-297, 2000
32. AğlamışE., Kulaksızoğlu H., Kulaksızoğlu I., Ünlüer E., Gürbüz C., Toktaş G: Ileal poş (Konduit) ve lleal yeni idrar Kesesi (neo Bladder) yapılan hastalarda vücut imaj ölçeği: Hasta açısından cerrahi tekniğin karşılaştırılması; Bir ön çalışma.Türk Üroloji Dergisi: 27 (4): 428-432, 2001
33. Boyd SD, Feinberg SM, Skinner DG, et al: Quality of life survey of urinary diversion pati-ents: Comparison of ileal conduits versus conti-ment kock ileal rezervoirs. J Urol, 138(6): 1386-9, 1987
34. Mansson, A. Caruso, E. Caovilla, S. Colleen, P. Bassi, F. Pagano and W. Mansson:Quality of life after radical cystectomy and orthotopic bladder substitution: a comparison between Italian and Swedish men BJU International 85, 26-31:2000