

Doğumsal Kökenli Norojenik Mesane

Dr. Orhan ÖZCAN (*)
Dr. Nihat KİLERCİ (**)

ÖZET

Ender görülüşü nedeniyle doğumsal kökenli bir nörojenik mesane olgusu sunuldu. Nörojenik mesanenin etyolojisine değinildi. Doğumsal kökenli nörojenik mesanede eğitimin önemi üzerine duruldu.

SUMMARY

CONGENITAL NEUROGENIC BLADDER

Because of its rarity a congenital neurojenic bladder case has been presented. The etiology of neurojenic bladder has been briefly discussed. It has been stated that bladder training is especially important in congenital neurojenic bladder.

GİRİŞ

Değişik nedenlerle oluşan sinirsel kökenli vezikosfinkterien disfonksiyonların kavranması, etyolojileri ne olursa olsun, farklı nedenlerle oluşan öteki

nörovezikal sorunların çözümüne de bir yaklaşım sağlamıştır.

Veziko-sfinkterien işlemeyi sinir sistemi yönetir bu sistemin disfonksiyonlarından sinir sisteminin lezyonları sorumludur. Bu lezyonlar sinir sistemini oluşturan kortikal, subkortikal, spinal ya da intrensek sinir sistemi merkezlerinden birinde ya da bir kaçında bulunabilir^{1, 6, 8, 18, 20}.

Etyolojik olarak, miksiyonel denetim öncesi oluşan edinsel lezyonlar ve doğumsal malformasyonlar sözkonusudur. Edinsel lezyonlar ender olup başlıcaları, miyelitler, kaza ya da operasyonlara ilişkin travmalar ya da özellikle tümörlerdir. Bunların gelişimleri ve semiyolojik görünümleri yetişkinlerin aynısıdır. Doğumsal nedenlerle çoğunlukla lumbosakral malformasyonlar sözkonusudur. Görülme sırasıyla, posterior vertebral arkların biri ya da bir kaçının kapanmamasıyla karakterize olan spina bifida sistika (exteriorise) ya da spina bifida occulta, anterior meningoşeller, kaudayı sıkıştıran tümörler,

(*) Bursa Tıp Fakültesi Fiziktedavi ve Rehabilitasyon Kürsüsü Uzmanı

(**) 400 Yt. Fiziktedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Fiziktedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı

medulla spinalisin aşağı insersiyonları ve vertebral osseöz defektlerdir.

Bilindiği gibi miksiyonun istemli denetimini sağlayan kortikal merkezler ve onların konneksiyonları doğumdan itibaren etkin değildirler. Yaşamın ilk günleri sırasında mesane, sinir sisteminin denetimi altında değildir. Daha sonra meduller merkezlerin denetimi altına girerler. Gereksinimin anlamı, yürümeyle, oniki ile onsekizinci aylar arasında ortaya çıkar ve miksiyonun istemli denetimi az ya da çok hızlı bir biçimde gelişir. Şu halde sinir sisteminin maturasyonu, doğumdan sonra gelişmektedir, ihtiyarlıkta da giderek bozulması ve kortikal denetim ortadan kalkması olasılığı artmaktadır^{1 6 13 20}.

Veziko-sfinkterien işlevin gerçek motor merkezi olan medulla spinalis, periferle sempatik ve parasempatik gibi visseral innervasyonlarla ya da miksiyon işlevine yardımcı iskelet kasları gibi somatik innervasyonla bağlantılıdır. Miksiyonun medulla spinalisteki merkezleri S₂₋₃ ve özellikle S₄ (BUDGE) de, sakral intermediolateral traktusta bulunurlar^{1 2 3 4 8 9 12 13 14 15}.

Yetişkinin ve büyük çocuğun edinsel nörojenik mesanelerinde rehabilitasyon sözkonusu olduğu halde, miksiyonel denetimin yerleşmesinden önce oluşan ya da konjenital lezyonlarda ise edükasyon söz konusudur. Çünkü, kişi miksiyonun amaçsal (teleolojik) özelliklerinin bilincinde değildir. Sorun reedükasyondan daha güçtür. Çünkü olgunun doğal bir miksiyonun yararlarının bilincini kazanması gerekmektedir^{1 5}.

OLGUNUN SUNULUŞU

A. E. 7 yaşında kız çocuğu, doğumdan beri idrarını tutamamaktan yakınımlı, öz ve soygeçmişinde, sistem muayene-

lerinde belirtmeğe değer bir bulgu yok. Yapılan laboratuvar incelemelerinde:

- Mesane sığası 80 Cm³
rezidü 20 Cm³

- Anal refleksi (-),

- Anal sfinkter tonusu az,

- Buzlu su testi (+)

- Sistografide ; sağ üretere reflü, radyolojik görünümde bilateral reflü var. Hastanın yapılan lumbosakral önarkayan graflerinde; sakral üçüncü vertebral rudimanter, sakral 4 ve 5. vertebral yokluğu saptandı.

Hastada klinik ve radyolojik olarak saptanan sakral vertebral defekte bağlı nörojenik mesane uygulanan rehabilitasyon (edükasyon) programı ile başlangıçta damla damla olan üriyasyon, zamanla "1 saat kuru kalma" durumuna getirildi. Zamanlama yöntemi (timing) ile sağlanan bu kuru kalma süresi ise hastanın olağan öğrenim kurumlarındaki öğrenimine olanak sağladı.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Nörojenik mesane klinikte, retansiyon, inkontinans ya da over flow incontinance biçiminde görülür. Bu üç tipte mesanenin amaçsal özellikleri dışındadır. Doğal miksiyonun sağlanması, komplikasyonların en aza indirilmesi ve yaşantının olağan olarak sürdürülmesi için mesane drenajına hemen başlanmalıdır. Klasik olarak mesane drenajı; sifonaj (tidal drenaj), sistostomi, Crede manevrası, sürekli sonda, intermitten vezikal drenaj (GUTTMANN drenejı), sistostomi minima (cystostomia a minima) ile sağlanır. Hastamızda pür inkontinans söz konusu idi. İnkontinans ilke olarak mesane işlevindeki üç öğe tarafından ortaya çıkar; depolama, boşaltma ve denetim^{1 10},

Miksiyonu, klasik yöntemlerden suprapubik perküsyon ve timing yöntemi ile

sağlamaya çalıştık. Başlangıçta en çok 15-20 dakika en az 5 dakika olan kuru kalma süresini en az 15 en çok 60 dakika olarak sağladık. Miksiyon için belirlenen zamanlarda suprapubik perküsyon ile ürinasyonu başlattık. Uygulamanın birinci yılında ilköğrenime başlayan hastaya 60 dakikalık bir kuru kalma dönemi sağlandı. Eforla gelen hafif olağan inkontinanslar için pet kullandık. Bu tür edukasyonel drenajı komplikasyonlarının en az oluşu ve özel enstrümantasyonlara gerek olmayışı nedeniyle yeğledik^{5, 8, 10, 15, 19}. Anılan diğer yöntemlerde az ya da çok, kimi kez de yaşamı ciddi bir şekilde etkileyen komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır^{1, 7, 8, 11, 16, 17, 21, 22}.

Hastamızda reedükasyon sırasında herhangi bir üriner ya da ekstraüriner komplikasyon ortaya çıkmadı.

KAYNAKLAR

1. ARCHIMBAUND, J.V.: Les Dysfonctionnements Vesiko-sphinct'erien Neurologiques, Ass. Française D'urologie, Masson et C, Paris, 1974, p. 403.
2. BASSFELD, V.U.: Probleme des blasestrainings bei Ouerschittglauntes. Krankengymnastik. 4 : 27, 1975.
3. BROS, E., COMMAR, E.: Neurological Urology. 1 : 454, 1971.
4. COMMAR, A.E.: Clinical Orthopaedics and Research. 112 : 53, 1975.
5. ÇEPİK, S.: Nörojenik Mesane. Ankara, Gül. As. Tıp Akd. Uzmanlık Tezi, 1972, s. 23.
6. LEVAL, D.J.: Physilogie de la miction, Cah. Med. 49, Lyon, 1973, p. 2997.
7. DOLLFUS, P.: Dansles paraplegies traumatiques au stade aigu, press. Med. Paris, 1695, p. 175.
8. DUCHESNE, L., MUSSEN, M.: La readaptaion fonctionnelle du paraplegique. Grand Lib. de Faculte. Bruxelles, 1970, p. 60.
9. EMMET, J.L., GREENE, L.F.: Urology, Saunders Co., Philadelphnia, 1963, 1406.
10. GIBBON, N.O.K.: Later management of the paraplegic bladder. Paraplegia. 12 : 87, 1974.
11. GUTTMANN, L.: Spinal cord injuries comperhensive manager ments and research, Blacwell Scientific Pub. Oxford, 1964, p. 694.
12. HAYMAKER, W.: Bing's local diagnosis in neurological diseases, The Mosby Co., St. Louis, 1969, p. 107.
13. HUTCH, J.A.: Anatomy and physiology of the bladder, Butterworths, London, 1972, p. 183.
14. KORKUD. G.: Uroloji, İ. Akgün Mat. İstanbul, 1965, s. 49.
15. NEWSAM, J.E.: The bladder and disease of the nervous system, J.R. Coll. Surg., Edinburg, 1975, p. 20.
16. NYQUIST, R.H.: Mortalite in spinal cord injiries. Cal. Med. 103 : 417, 1965.
17. PERKASH, L.: Intermittent catheterisation and bladder rehabilitation in spinal cord injury patients. J. Urol. 114 : 230, 1975.
18. RETIEF, A.J.: The ürinary bladder in spinal cord injuries. J. Bone and joint surg. 57 : 261, 1975.
19. SHEA, J.D.: Hiperreflexia in spinal cord injury. South Med. J. 8 : 869, 1973.
20. TANG, P.C.: Levels of brain stem and diencephalon controlling micturition reflex. J. Neurophysiol. 18 : 583, 1965.
21. TARABULCY, E.: Vesico-ureteric reflux in paraplegia, paraplegia. 10 : 44, 1972.
22. WALSH, J.J.: Catheterisme intermittent chez le paraplegique. 6 : 21, 1968.