

# Sistektomi sonrası yaşam kalitesi ne zaman ölçülmelidir?

Dr. Cem Akbal, Dr. Mahir Bülent Özgen

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

## ABSTRACT

Radical cystectomy is the gold standard treatment modality for muscle invasive bladder tumours. All invasive bladder cancer patients have psychological adaptation periods after the initial confrontation period of a radical cystectomy and urinary diversion. The trend over the last decade has been towards examining the impact of treatment modality on quality of life. To evaluate the quality of life after of cystectomy patient objectively it is recommended that the patient finished the adaptation period of new onset of the treatment difficulties.

Quality of life measures come to preoperative values and stabilize after 12 months of radical cystectomy. This time interval leads to patient's adapt and/or accept the complications of surgery.

## ÖZET

Radikal sistektomi kasa invaziv mesane kanserlerinde altın standart tedavi seçeneğidir. Tüm kasa invaziv mesane kanser hastaları radikal sistektomi ve üriner diversiyon tedavisi sonrası psikolojik adaptasyon periyodu geçirirler. Son yıllarda tedavi seçeneklerinin hayat kalitesi üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalara çokça rastlanılmaktadır. Radikal sistektomi sonrası hayat kalitesinin objektif olarak ölçülebilmesi için hastaların psikolojik adaptasyon periyotunu bitirmiş olmaları gerekir. Yaşam kalitesi ölçümlerinin radikal sistektomi öncesi seviye ulaşması 12. ayın sonrasında olmaktadır. Bu zaman periyodunun hastaların tedavi komplikasyonlarından kurtulduğu ve kurtulamadıklarına alıştığı döneme denk gelmesi rastlantısal değildir.

**M**esane kanseri (MK) tüm kanserler içinde ABD de erkeklerde dördüncü kadınlar da sekizinci sıklıktadır (1). İzmir ilinde kanser izleme ve denetim merkezinin elde ettiği Türkiye ye ait ilk nüfus tabanlı veriler MK'nın Türkiye de erkeklerde en sık görülen ürolojik kanser olmakla kalmayıp tüm kanserler içinde en yaygın kanserlerden biri olduğunu da göstermektedir (2). İzmir de MK insidansı yüz binde 13 ile batı ülkelerine yakın bulunmuştur (2).

MK % 90 dan fazla oranda değişici epitel hücreli karsinomdur ve olguların yaklaşık % 60 ı düşük dereceli olsa da zaman içinde bunların % 10 u invaziv veya metastatik hastalık özelliği kazanacaktır (3-5). Buna ek olarak ilk tanı anında MK'nın % 25 inin kasa invaziv ve ilerleyici özellikte olduğu bilinmektedir. İnvaziv MK öldürücü bir hastalık olup saldırgan bir tedavi gerektirir. Tedavi edilmediği takdirde bu hastaların % 85 hastalıkları nedeniyle kaybedilecektir (6-7). Radikal sistektomi (RS) kasa invazyon gösteren MK da yaşamı kurtaran altın standart tedavi yöntemidir. Cerrahi teknikle, anestezide, antibiyotikler ve ameliyat sonrası bakımdaki gelişmeler sistektomiye bağlı morbiditeyi %14-20 ye ve mortaliteyi % 1-2 düzeyine indirmiştir. RS sonrası yaşam kalitesini etkileyen başlıca konular vücut bütünlüğünde ortaya çıkan değişiklikler, erektil işlev bozuklukları, idrar depolama-boşaltma sorunları ve metabolik problemlerdir. Erkeklerde sinir koruyucu ve kadınlarda koruyucu teknikler gelişmeye devam etmektedir (8-10).

## Yaşam kalitesi kavramı

Tıp alanında yaşam kalitesi (YK) hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel, ve sosyal

iyilik halinin etkilenmesidir. Genel olarak YK çok boyutlu bir kavram olmasına rağmen en az 3 temel de toplanabilir; Fiziksel, fizyolojik, sosyal aktivite.

YK ölçeklerine baktığımız kabaca üç çeşit ölçek görebiliriz; geniş hasta toplulukları için düzenlenmiş genel ölçekler, kanser hastalarında kullanım amacıyla hastaya özel ölçekler ve hastalıklara özel ölçekler. (Örneğin sadece mesane kanserli hastada kullanılmak üzere). Bilinen diğer bir gerçek de her ölçeğin kendi ülkesine, kültürüne ve kliniğine göre farklı olabileceğidir.

YK ölçeklerinin kullanılmasının birçok faydası vardır.

- İlaçların hastalar üzerine yan etkilerinin yorumunda kolaylık sağlar
- Hastalık veya semptomların genel yaşam kalitesine daha açık ve net olarak yorum yapma kolaylığı sağlar
- Yaşam süreleri üzerine eşit etkileri olan tedaviler arasında seçim yapabilme kolaylığı sağlar
- Yeni ilaç gelişiminde kolaylık sağlar
- Prognoz yorumunda kolaylık sağlar.

Zaman içinde hastalara uygulanan tedavilerin sadece tedavi edici yönleri dışında tedavi protokollerinin YK üzerine etkilerini gösteren çalışmalar gittikçe artmaktadır (11). Hastalık ve hastalığın tedavi alternatiflerinin YK üzerine etkilerini spesifik olarak ölçen ölçeklerin geliştirilmesi YK ya yönelik çalışmaların artmasında önemli bir basamak olmuştur. Yaşam kalitesi ölçüm çalışmalarında hastalara soruların ne şekilde sorulduğu da çok önemlidir. Yüz yüze sorgulama, mektup veya telefonla sorgulamalar da farklı sonuçların çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu yöntemlerde ofiste uygulanan sorgulama çalışmalarının en doğrusunu yansıttığı düşünülmektedir (12).

**Tablo 1.** Mesane kanseri ve Tedavilerine yönelik başlıca yaşam kalitesi ölçekleri

Ölçek	Oluşturan merkez	İçeriği	Validasyon	Güvenilirlik	Kansere özgü	Mesane kanserine özgü	Soru sayısı
BCI	Michigan Uni.	Üriner Bağırsak Seksüel	Evet	Evet	Evet	Evet	34
FACT-VCI	Vanderbilt Uni.	Üriner Bağırsak Seksüel	Evet	Evet	Evet	Evet (Sistektomi ile ilgili)	14
QLQ-BLM 30 MODÜLÜ	EORTC	Üriner Bağırsak Seksüel	Devam ediyor	Devam ediyor	Evet	Kasa invaze hastalık	30
QLQ-BLS24 MODÜLÜ	EORTC	Üriner Bağırsak Seksüel	Devam ediyor	Devam ediyor	Evet	Kasa invaze olmayan hastalık	24
FACT -BL	FACIT	Kısmi Üriner Kısmi Bağırsak Kısmi Seksüel	Devam ediyor	Devam ediyor	Evet	Evet	39
FACT-G	FACIT	Fiziksel Sosyal Emosyonel Fonksiyonel	Evet	Evet	Evet	Hayır	27
QLQ-C30	EORTC	5 Fonksiyonel skala 3 Semptom skalası 1 Tüm yaşam kalitesi skalası	Evet	Evet	Evet	Hayır	30
SF-36	RAND	Toplam 8 domain Fiziksel Mental Sosyal Emosyonel	Evet	Evet	Hayır	Hayır	36

“The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy”: FACIT

“FACT-Bladder Cancer”: FACT-BL,

“FACT-General”: FACT-G

“FACT-Vanderbilt Cystectomy Index”: FACT-VCI

(Genişletilmiş FACT-G+ 17 mesane kanseri ve tedavisi konulu soru içerir); QLQ-BLM30,

Bladder Cancer Muscle Invasive (extension of the QLQC30 +30 mesane spesifik soru)

QLQ-BLS 24, Yüzeysel mesane tümörü (Genişletilmiş QLQC30+ 24 yeni mesane kanseri spesifik soru)

RAND, Research and Development Corp.

SF-36: Medical Outcomes Study 36-Item Short Form.

Tablo 1’de mesane kanseri hastalarında kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin bazılarından örnekler verilmiştir.

RS sonrası YK’daki değişiklikleri araştıran çalışmaların büyük çoğunluğunda RS sonrası uygulanan kontinan ve inkontinan üriner diversiyonların YK üzerine etkileri karşılaştırılmıştır.

*“Buna karşılık olarak son dönemlerde yapılan çalışmalar YK açısından diversiyon tipleri açısından bir fark olmadığını göstermişlerdir (17-18).”*

Üriner diversiyon seçiminde yaşam kalitesi en önemli belirleyicilerden biridir. YK açısından kontinan diversiyonların daha iyi olduğunu savunanlar beden imajı, cinsel fonksiyon ve zihinsel iyilik halinin YK üzerine etkilerinin daha iyi olduğunun düşünmesinden dolayıdır (13-15).

Hardt ve ark. Tarafından yapılan RS sonrası kontinan ve inkontinan üriner diversiyonları karşılaştıran ve 44 hastanın dahil edildiği çalışmada sosyal fonksiyonlar ve genel hayattan alınan zevk açısından kontinan diversiyona sahip hastaların yaşam kalitelerinin inkontinan diversiyonlara göre daha fazla olduğu ve 1 yıl sonrasında her iki grubun % 75 inin mevcut diversiyonlarını istedikleri ve 1 yıl içinde ameliyat öncesi durumlarına döndüklerini fakat fiziksel, cinsellik ve iyilik hallerinde azalma olduğunu rapor etmişler-

dir (16). Buna karşılık olarak son dönemlerde yapılan çalışmalar YK açısından diversiyon tipleri açısından bir fark olmadığını göstermişlerdir (17-18). Kanseri olgularının yeni teşhis edilen kanser sürecine ve tedavi alternatiflerine bir adaptasyon dönemi yaşamaları kaçınılmazdır. Kanseri teşhisi konulan hastalarda tanı sonrası % 47 oranında kansere bağlı psikolojik bozukluk % 25 de adaptasyon problemi ve %5-8 arasında majör depresyon saptandığı gösterilmiştir (19).

Yapılan bir çok diğer çalışmada RS sonrası kullanılan her iki diversiyonun da birbirine üstünlükleri olmadığı ilk duyulduğu zaman kontinan diversiyonların yaş dan bağımsız fizyolojik olarak normale en yakın seçenek olduğu için en iyi seçenek gibi görüldüğü belirtilmektedir. Normal olarak

**Tablo 2.** Aylar içinde skorlardaki değişim

<b>Kontrol Zamanı (n) n: Hasta sayısı</b>	<b>Fonksiyonel Skor Ortalama ± Standart Sapma (Ort. ± SS)</b>	<b>Semptom Skoru (Ort. ± SS)</b>	<b>Genel Sağlık Statüsü Skoru (Ort. ± SS)</b>	<b>BDI skoru (Ort. ± SS)</b>
PREOP (68)	80±25,4	29,5±16,7	49,8±26,5	11,5±7,7
3. ay (63)	56,9±25,1	29,8±16,7	61,4±17,2	13,8±10
6. ay (61)	69±31,3	30,6±19,4	61,2±28	12,3±9,6
12. ay (60)	78±25,7	23,4±13,7	67,9±32,1	9,3±7,3
> 12 ay (67)	80±20	21,8±18,5	69,3±28,5	8,1±6,8

fiziksel değişikliklere psikolojik adaptasyon sürecinin unutulmaması gerektiği ve bu gibi çalışmalarda prospektif ve uzun takipli çalışmalarla cevaplanabileceği bilinmelidir.

RS sonrası yaşam kalitesini ölçen iyi dizayn edilmiş yukarıdaki örneklerde olduğu gibi çok sayıda çalışma varken bu konunun ne zaman değerlendirilmesi gerektiğini gösteren çalışmalar azdır (20).

Sistektomi ve üriner diversiyon sonrası yaşam kalitesini ölçmede en uygun zaman diliminin belirlenmesinde hastanın adaptasyon dönemini bitirip ameliyat öncesi yaşamını sürdürdüğü dönem hedef alınmalıdır. Bu amaç doğrultusunda da Kulaksızoğlu ve ark. yaptığı çalışmada 68 mesane kanseri nedeniyle sistektomi geçirmiş olgu BECK depresyon skalası ve EORTC QLQ C-30 formu ile operasyon öncesi, operasyon sonrası 3, 6 ve 12. aylarda sonrasında da her 6 değerlendirilmişlerdir. Bu çalışmada ortalama takip 28 ay (12-46) dir. Yazarların belirttiğine göre operasyon sonraki 12. ay sonunda olguların yaşam kalitesi açısından ameliyat önceki döneme psikolojik adaptasyonlarını tamamlamış olarak döndükleri rapor edilmiştir. Tablo 2'deki skorlardaki değişim görülmektedir.

Bu çalışmaya göre RS sonrası yapılan tedavinin yaşam kalitesi açısından başarısının değerlendirilmesindeki en uygun zamanın operasyondan sonraki 1. yıl sonrasında yapılmasını daha doğru sonuçlar vereceği bildirilmiştir. Bu zamandan önce yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmasının gereksiz olduğu belirtilmiştir (20).

Bu çalışmada kullanılan ölçeklere göz atmamız gerekir.

### **Beck Depresyon Envanteri (BDE):**

1961 Yılında Beck ve arkadaşları tarafından ortaya çıkarılmış ve 1979 yılında da hastaların kendilerini değerlendirmeleri için kullanılmaya başlanmıştır. İçerik olarak depresyonun duygusal, somatik, motivasyon boyutlarına ait bulguları derecelendirip depresyon belirtisi ve şiddeti ile ilgili bilgi verir. Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik ça-

*“Yapılan çalışmalarda RS-  
ortotopik mesane sonrası  
gündüz idrar kontinans oranı  
% 87–98 gece idrar kontinans  
oranı da %72–95 dir (26).“*

alışması 1988 yılında yapılmıştır (21). BECK' s depresyon ölçeğinin hesaplanan skorun 17 ve üstünde olması durumunda olguda tedavi gerektirecek düzeyde depresyonu belirlemede kullanılabileceği belirtilmiştir (22).

### **EORTC-QLQ C30 2. versiyon**

Bu indeks 30 sorudan oluşan ve kanserli olgularda hayat kalitesini sorgulayan bir ölçektir. 3 ana skor grubundan oluşmaktadır: Fonksiyonel skor, semptom skoru ve genel sağlık skoru. Bu ölçekte BECK's Depresyon ölçeği gibi Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

Diğer bir çalışmada robot yardımcı RS uygulanan 34 hastanın incelendiği Yuh ve ark. yaptığı çalışmada YK sorgulamasında FACT-BL (Functional Assessment of Cancer Therapy-Bladder) YK formu operasyon öncesi ve sonrası 1,3 ve 6. ayda kullanılmıştır (23). Sorgulama formunun fiziksel, sosyal, emosyonel ve fonksiyonel bölümlerini içeren skor toplamları arasındaki fark değerlendirilmiştir. 6. ay sonunda fiziksel ve fonksiyonel durumu sorgulayan soruların skorlarında azalma saptanırken emosyonel durumu inceleyen soruların skorlarında istatistiksel olarak anlamlı artışlara rastlanmıştır. FACT-BL ve FACT-General sorgulama formlarına göre erken zamanda skorlarda azalma zaman içinde yerini skorlarda artışa bırakmıştır. Çalışma sonunda yazarlar bu yöntemin yaşam kalitesi açısından faydalı olduğu sonucuna varmışlardır (23).

Gene Almanya dan yapılan bir çalışma da RS sonrası YK nın her anlamda 1 yıl için de normale döndüğünü rapor etmişlerdir (24).

Yukarıdaki çalışmalara baktığımızda RS sonrası yaşam kalitesini değerlendirmede en erken dönemin 1. yıl sonu olması gerektiği görülmektedir.

Bunların nedenlerini incelediğimizde Do-nat in yaptığı çalışma da RS sonrası lokal ve uzak metastaz görülme zamanının ortalama 10,7 ay olması önemli bir faktör gibi gözük-mektedir (25).

RS sonrası hastaların yaşam kalitesini belirleyen en önemli unsurlardan biriside idrar depolama-boşaltma sorunlarının olmaması ve cinsel fonksiyonların korunmasıdır. RS sonrası bu fonksiyonların korunması ameliyat tekniği ve hasta seçimindeki titizlikle doğru orantılıdır.

Sinir koruyucu cerrahi, sfinkterin korunması, fizik kurallarına uygun bir idrar rezervuarı yapılması gibi konular başarıda anahtar noktalarıdır. Kontinan stomalarda idrar depolama ve boşaltma sorunlarının olmaması rezervuarın en az 500 cc olmasına, idrarın steril olmasına, ve rezidüel idrarın miktarı ile alakalıdır.

Gündüz idrar kontrolünün kazanılması gece idrar kontrolünün kazanılmasından daha önce olmaktadır. Bunun en yüksek seviye ulaşması için yaklaşık 6-12 aylık bir süre gerekmektedir. Burada en önemli olan unsur mesane kapasitesinin en az 450-550 ml ve yeterli kompliansa sahip olmasıyla doğru orantılıdır. Yapılan çalışmalarda RS- ortotopik mesane sonrası gündüz idrar kontinans oranı % 87–98 gece idrar kontinans oranı da %72–95 dir (26).

Hekal ve ark. tarafından 45 hasta üstünde yapılan randomize çalışma da sinir koruyucu RS sonrası % 78.8 hastanın postoperatif dönemde sertleşmelerini sürdürdüklerini uluslararası erektil fonksiyon skorlaması ve penil Doppler ultrason ile belli aralarla değerlendirerek rapor etmişlerdir. Bir yıl sonunda kavernoza sinir hasarına bağlı ortaya çıkan veno-oklüsif disfonksiyonun ve erektil işlev bozukluklarının düzeldiğini sonuçlarına eklemişlerdir (27).

RS sonrası erektil fonksiyonun geri dönme oranı % 33-100 oranında rapor edilmektedir (28-29).

### **Sonuç**

RS ve üriner diversiyon sonrası hastaların YK sını bozan başlıca sorunların (Erektil işlev bozukluğu, idrar kaçırma, vücut bütünlüğünün bozulması ve kanser reküransi) ilk bir yıl içinde netleşmesi ve hastaların mevcut durumlarına psikolojik olarak adapte olmalarından dolayı YK sorgulamalarının operasyon sonrası 1. yılın sonunda yapılması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Jemal A Siegel R, Ward E, et al. Cancer Statistics 2006. *CA Cancer J Clin*, 2006;56:106-130
2. Zorlu F, Eser SY, Fidaner C. İzmir ilinde ürogenital kanser insidansı hızları (1995-96) Üroonkoloji Bülteni 2004;1:2-9
3. Messing EM, Young TB, Hunt VB, et al. Comparison of bladder cancer outcome in men undergoing hematuria home screening versus those with standard clinical presentations. *Urology*. 1995;45(3):387-96; discussion 396-7.
4. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. *CA Cancer J Clin*. 2001 Jan-Feb;51(1):15-36.
5. Messing EM. Urothelial umors of the urinary tract. In: Walsh PC, Retik Ab, Vaughan ED, Wein AJ, eds. *Campbell's 8th. ed. Pennsylvania: SAunders*. 2002: 2750-2751
6. Ahmed HU, Arya M, Patel HR. Bladder carcinoma: understanding advanced and metastatic disease with potential molecular therapeutic targets. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2005;5(6):1011-22
7. Prout GR, Marshall VF. The prognosis with untreated bladder tumors. *Cancer*. 1956 ;9(3):551-8.
8. Hamdy FC. Technical aspects of radical cystectomy. *EAU Update series*. 2005;3:117
9. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol*. 2001;19(3):666-75.
10. Stenz A, Nagele U Kuczyk M. Cystectomy-Technical Consideration in male and female patients. *EAU Update Series*.2005;3:138-146
11. (No authors listed). Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol*. 1996; 14(2):671-9.
12. Mansson A, Henningsohn L, Steineck G, et al. Neutral third party versus treating institution for evaluating quality of life after radical cystectomy. *Eur Urol*. 2004;46:195-199
13. Boyd SD, Feinberg SM, Skinner DG, Lieskovsky G, Baron D, Richardson J. Quality of life survey of urinary diversion patients: comparison of ileal conduits versus continent Kock ileal reservoirs. *J Urol*. 1987;138(6):1386-9.
14. Bjerre BD, Johansen C, Steven K. Health-related quality of life after cystectomy: bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey. *Br J Urol*. 1995;75(2):200-5.
15. McGuire MS, Grimaldi G, Grotas J, Russo P. The type of urinary diversion after radical cystectomy significantly impacts on the patient's quality of life. *Ann Surg Oncol*. 2000;7(1):4-8.
16. Hardt J, Filipas D, Hohenfellner R, et al. Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: first results of a prospective study. *Qual Life Res*. 2000;9:1-12
17. Porter MP, Penson DF. Health related quality of life after radical cystectomy and urinary diversion for bladder cancer: a systematic review and critical analysis of the literature. *J Urol*. 2005;173(4):1318-22.
18. Gerharz EW, Månsson A, Hunt S, Skinner EC, Månsson W. Quality of life after cystectomy and urinary diversion: an evidence based analysis. *J Urol*. 2005 ;174(5):1729-36.
19. Fawzy FI, Greenberg DB. Oncology. In: Rundell JR, Wise MG, editors. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Pres: 1996.p. 673-94.
20. Kulaksizoglu H, Toktas G, Kulaksizoglu IB, et al: When should quality of life be measured after radical cystectomy? *Eur Urol* 42: 350-355, 2002
21. Hisli N Beck Depresyon Envanterinin Gecerliliği Uzerine Bir Calisma. *Psikoloji Dergisi*, 1988;6: 118-126.
22. Şahin HN, Savaşır I. Bilişsel Davranışçı Terapiler: Sık Kullanılan Ölçekler: Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1997: 9, Ankara, 1-38, 61-66, 71-85.
23. Yuh B, Butt Z, Fazili A, et al. Short-term quality-of-life assessed after robot-assisted radical cystectomy: a prospective analysis. *BJU Int*. 2009;103(6):800-4.
24. Filipas D, Egle UT, Büdenbender C, et al. Quality of life and health in patients with urinary diversion: a comparison of incontinent versus continent urinary diversion. *Eur Urol*. 1997;32(1):23-9.
25. Donat SM. Staged based directed surveillance of invasive bladder cancer following radical cystectomy: valuable and effective? *World J Urol*. 2006;24(5):557-64.
26. Kessler TM, Burkhard FC, Permenis P et al. Attempted nerve-sparing surgery and age have a significant effect on urinary continence and erectile function after radical cystoprostatectomy and ileal orthotopic bladder substitution. *J Urol* 2004; 172 : 1323-7
27. Hekal IA, El-Bahnasawy MS, Mosbah A, et al. Recoverability of erectile function in post-radical cystectomy patients: subjective and objective evaluations. *Eur Urol*. 2009;55(2):275-83.
28. Colombo R, Bertini R, Salonia A et al. Overall clinical outcomes after nerve and seminal sparing radical cystectomy for the treatment of organ confined bladder cancer. *J Urol* 2004; 171: 1819-22
29. Ramesh Thuraiaraja, Fiona C. Burkhard and Urs E. Studer. The orthotopic neobladder *BJU Int*. 2008; 102: 1307-13