

Retur, tekrarlanan tur, ikinci bakış, ikinci tur, tekrar tur. Yapılmalı mı, ne zaman yapılmalı, nasıl yapılmalı?

Dr. Ali F. Şahin, Dr. Rauf Taner Divrik

Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Üroloji Kliniği, İzmir

ABSTRACT

Transurethral resection of the bladder tumours is the mainstay approach in the diagnosis and the treatment of bladder cancer. The first and the most important rule is the complete resection of the superficial bladder cancer. This procedure is not only mandatory for adequate staging but also serves as the completion of TURB for most of the superficial tumours. Because of the complexities of definitions, both the rate of the residual tumour and under staging after the second TUR was reported in a wide range. The TUR after incomplete resection has to be called repeat resection. If second intervention was done to provide additional pathologic information for the muscularis propria, it has to be called restaging TUR. Second TUR has to be used only if the procedure was done after complete and correct TUR. The significant risk of residual tumour after the initial TUR has been demonstrated in many studies. The tumour may be under staged by the initial resection. Second TUR should be performed when a high-grade, non-muscle invasive tumour or a T1 tumour has been detected at the initial TUR. Second TUR reduces recurrence and progression and improves the initial response rate to BCG instillation therapy. Most authors recommend resection at 2-6 weeks after the initial TUR. The procedure should include a resection of the primary tumour site.

ÖZET

Mesane kanserinin tanı ve tedavisinde trans üretral rezeksiyon temel yaklaşım yöntemi olmaya devam etmektedir. Yüzeysel mesane kanserinde ilk ve temel kural tam bir rezeksiyondur. Bu sadece evreleme için gerekli olmayıp aynı zamanda TURMT(trans üretral rezeksiyon mesane tümörü)'ün tamamlanması için de şarttır. Kavramlardaki karmaşıklık nedeni ile, ikinci TUR'dan sonra bildirilen residüel tümör ve eksik evreleme oranları geniş bir yelpazededir. Muskülaris propria için yapılan ek girişimler varsa bunu tekrar evreleyici TUR olarak adlandırmak daha doğrudur. İkinci TUR sadece tam ve doğru yapılmış bir TUR'dan sonra yapılmışsa böyle adlandırılmalıdır. İlk TUR sonrası residüel tümör olması bir çok çalışmada gösterilmiştir. İlk rezeksiyon sonrası tümör eksik evrelendirilmiş olabilir. İlk TUR'da T1veya yüksek dereceli kasa invaze olmayan tümör saptanırsa kinci TUR yapılmalıdır. İkinci TUR rekürrens ve progresyon riskini azaltır ve BCG'ye verilecek başlangıç cevabını artırır. Uzmanların çoğu ikinci TUR'un ilk TUR'dan 2-6 hafta sonra yapılmasını ve mutlaka primer tümörün olduğu bölgeyi kapsamasını önermektedirler.

Mesane tümörünün transüretral rezeksiyonu (TUR) hem tanı hem de tedavisinde altın standarttır ve ilk uygulanması gereken yöntemdir. Başlangıçta yapılacak olan tümör rezeksiyonunda üç ana hedef vardır;

i) mesane tümörünün histolojik tipi ve derecesini belirleyecek patolojik materyal elde edilmesi,

ii) tümörün derinliği ve invazyonunun değerlendirilmesi ve

iii) görülebilir tüm yüzeysel ve invaziv tümörlerin çıkarılması.

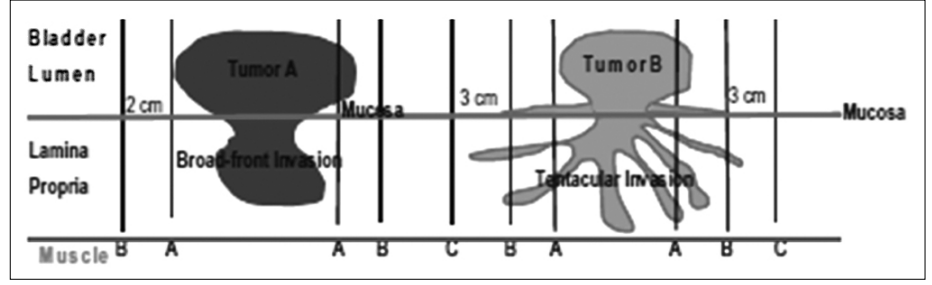
Sonuçta elde edilecek bulgular hem ek tedaviyi hem de sonrasında uygulanacak takip şemasını belirleyecek ve prognozunu öngörülmesini sağlayacaktır (1).

Yüzeysel mesane tümörlerinde ilk ve en önemli kural tümörün tam ve doğru rezeksiyonudur. Bu işlem sadece doğru bir evrelemeyi sağlamayacak, aynı zamanda tümörün tekrarını ya da ilerlemesini geciktirecek veya önleyecektir. Tam ve doğru bir rezeksiyon yapıldığını söyleyebilmek için, makroskopik olarak saptanan tüm tümörleri, tümör tabanını ve tümör ile komşu sağlam sınır dokuları ayrı ayrı parçalar halinde rezeke etmek, kas dokusunun rezeke edildiğinden emin olmak gerekmektedir. Farklı bölgelerden alınan parçalar ayrı kaplar-

da ve nereden alındıklarını belirtilerek patoloğa yollanmalıdır. Rezeksiyon sırasında dokunun zedelenmesini önlemek için gereksiz koter kullanımından azami surette kaçınmak gerekir. Patoloji raporunda lezyonun derecesi, mesane duvarında tümör invazyonunun derinliği ve lamina propria veya kas tabakasının bulunup bulunmadığına dair bilgi bulunmalıdır (2).

Yüzeysel mesane tümürlü hastaların ilk kontrol sistoskopilerinin %41-76 kadarında yineleme saptanmaktadır. Bunun ilk tümörün yetersiz rezeksiyonu mu ya da yeni bir tümör oluşumu mu olduğu tartışmalıdır. İlk kontrol sistoskopisinde tümörün saptanması hastalığın prognozu açısından önemli ipuçları vermekte ve olumsuz prognostik faktör olarak kabul edilmektedir (3,4). Yüzeysel mesane tümörlerinin zaman içinde kasa invaze hale gelmesinin tanı anında kasa invaze olan tümörlere göre daha kötü prognozu işaret ettiği bildirilmiştir (5). Bu da kasa invaze olmayan tümörlerde ilk tedavinin önemini vurgulamaktadır (6). Özellikle çoklu ve invaziv tümörlerde tek TUR'un hastalıklı dokuyu çıkarmada yeterli olmayacağı ve ek intravezikal tedaviye rağmen erken yinelemelere ve evre ilerlemesine sebep olabileceği öne sürülmektedir (7). Göz ardı edilmemesi gereken bir

“...gibi “tam” bir TUR yapıldıktan 2-6 hafta sonra yapılan TUR için İkinci TUR tanımının kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz. “



Şekil.1 Mesane tümörünün invazyon tipleri A) geniş tabanlı B) ağimsı (1)

diğer durum da TUR'a ek olarak verilen intravezikal kemoterapilerin TUR'daki yetersiz rezeksiyonu karşılamayacağıdır (8).

Tanımlamada karışıklık

Literatüre baktığımızda **tamamlayıcı TUR** (ReTUR - Repeat TUR), **ikinci TUR** (Second TUR - Second look TUR) ve **yeniden evreleme TUR'u** (Restaging TUR) terimlerinin birbirlerinin yerine, bazen de aynı terimin farklı anlamlar için kullanıldığı görülmektedir. Aslında birbirinden farklı olan bu üç yaklaşımın aynı anlam ya da kavram için kullanılması sonucunda ikinci işlemde (Second TUR / ReTUR / Restaging TUR) artık (rezidüel) tümör saptama oranları %28 ile %74 ve düşük evreleme (understaging) oranları %1,7 ile %64 gibi çok geniş bir aralıkta verilmiştir (9-14).

Bazı yayınlarda, ilk TUR sonrası patoloji örneklerinde kas dokusu bulunmadığında ya da teknik nedenlerden (kanama, perforasyon, vb.) dolayı ilk TUR tam olarak yapılmadığında, eksik rezeksiyonu tamamlamak için yapılan TUR'a da İkinci TUR terimi kullanılmıştır. Buna karşılık İkinci TUR, tam bir TUR sonrası yapılan yeniden değerlendirme için de kullanılmıştır. Hatta bazen aynı çalışmada İkinci TUR olarak ifade edilen hastaların arasında her iki çeşit tanımlamaya sahip hastalar aynı anda yer almaktadır.

“Sonuç olarak İkinci TUR sonucuna göre hastaların üçte birinde tedavi değişikliğine gidilmesi gerekmiştir. Ancak burada birçok hastanın, özellikle patoloji örneklerinde kas dokusu bulunmayan hastaların tanım olarak İkinci TUR'a uymadığı dikkate alınmalıdır. “

Biz sadece yukarıda anlatıldığı gibi “tam” bir TUR yapıldıktan 2-6 hafta sonra yapılan TUR için **ikinci TUR** tanımının kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz. **ReTUR** ya da **Tamamlayıcı TUR** ise birçok nedene bağlı olarak ilk TUR'un tam olamaması ve cerrah tarafından tümörün tam bitmediğini düşündüğü zaman bitirme amaçlı yapılan ikinci TUR için kullanılmalıdır. İlk TUR'da lamina propria veya muskularis propria rezeke edilemediyse veya patolog tarafından değerlendirilemediyse doğru evreleme amacıyla yapılan ikinci rezeksiyona **Yeniden Evreleme TUR (Restaging TUR)** tanımı kullanılmalıdır (15).

İkinci TUR ile doğru evreleme ve tedavi değişimi

İkinci TUR'da artık tümör makroskopik veya mikroskopik, ilk rezeksiyon alanında ya da yeni bir alanda görülebilmektedir. Artık tümör saptanmasında başlangıçtaki tümörün derecesi, evresi, adedi ve boyutu etkili olmaktadır (9,16,17). Artık tümörün nasıl olduğunu açıklamada ilk TUR sırasındaki teknik olarak yetersizlik ya da tümör atlanması dışında bir diğer önemli faktör de mesane tümörünün invazyonunun farklılık göstermesidir (Şekil.1). Erken yineleyen tümörlerin önemli bir bölümü ilk tümörün perifer alanlarında görülmektedir (1).

İlk olarak 1991 yılında Klan ve ark. (18) T1 mesane tümürlü hastalarda İkinci TUR ile artık tümör saptandığını bildirmişlerdir. İlk TUR'dan 8-14 gün sonra İkinci TUR uygulanan 46 T1 tümürlü hastanın 40'ında cerrahın notu tam TUR olmasına rağmen 20 hastada artık tümör saptanmıştır.

Daha sonra 1999'da Herr (13) İkinci TUR'un öneminden bahsetmiştir. Birçok farklı merkezde mesane tümörü tanısı alan ve ilk rezeksiyonu yapılan 170 hastaya İkinci TUR önerilmiş ve bu hastaların 150 tanesi İkinci TUR olmayı kabul etmiştir. Derece ve evre olarak homojen olmayan ve ilk rezeksiyonları farklı merkezlerde, farklı deneyimlerde kişilerce yapılan ve teknik olarak tam bir TUR olup olmadığı bilinmeyen bu hastalarda yapılan İkinci TUR sonucu 116 hastada (%76) artık tümör saptanmıştır. Evresi Ta veya Tis

olan 38 hastanın 9'unda (%24) İkinci TUR ile lamina propria invazyonu, 3 hastada (%8) ise kas invazyonu saptanmıştır. Evresi T1 olan 58 hastanın 16'sında (%28) İkinci TUR sonrası kasa invaze hastalık saptanmıştır. İlk rezeksiyon sonrası patoloji örneklerinde kas dokusu örneği bulunmayan 23 T1 tümürlü hastanın 11'inde (%49) İkinci TUR'da kas invazyonu saptanmıştır. Sonuç olarak İkinci TUR sonucuna göre hastaların üçte birinde tedavi değişikliğine gidilmesi gerekmiştir. Ancak burada birçok hastanın, özellikle patoloji örneklerinde kas dokusu bulunmayan hastaların tanım olarak İkinci TUR'a uymadığı dikkate alınmalıdır.

Brausers ve ark. (11) 42 yüksek dereceli T1 (G2-3) tümürlü hastada İkinci TUR ile %64 artık tümör ve %24 düşük evreleme saptamışlardır. Schips ve ark. (19) retrospektif bir analizde yeni mesane tümörü tanısı almış ve İkinci TUR yapılan 110 hastanın 40'ında (%36,4) artık tümör saptamışlardır. Bu artık tümörlerin 26'sı makroskopik iken 14'ü mikroskopik artık tümör olarak saptanmıştır. Dokuz hastada (%8,2) düşük evreleme saptanmıştır.

Bu konuda yapılmış ilk prospektif çalışma 2003 yılında Grimm ve ark. (16) tarafından bildirilmiştir. Toplam 83 hastaya (63 Ta ve 20 T1 evre) İkinci TUR uygulanmış ve uzun dönem takipleri bildirilmiştir. Artık tümör %33 hastada, düşük evreleme %8 hastada görülmüştür. Artık tümör %46 hastada sadece ilk tümör alanında, %19 hastada sadece yeni bir alanda görülmüştür. Tekli analizlerde evre ve derecenin artık tümör saptanmasında anlamlı bulunmuştur.

İkinci TUR'da artık tümör saptanmasının cerrahın deneyimsizliğine bağlı olduğu öne sürülmüştür. Zurkirchen ve ark. (14) deneyimsiz (eğitim alan) kişilerin yaptığı rezeksiyon sonrası %37 artık tümör bulunduğunu, buna karşın deneyimli cerrahların yaptığı rezeksiyon sonrası ise %26 artık tümör bulunduğunu bildirmişlerdir. İki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmadığı gibi deneyimli cerrahlar için saptanan %26 bile oldukça yüksek bir orandır.

Schwaibold ve ark. (20) tarafından İkinci TUR yapılmış 136 T1 (\pm CIS) tümürlü hasta

değerlendirilmiş ve tüm hastaların ilk rezeksiyonlarının standart bir TUR olduğu bildirilmiştir. İkinci TUR'da 71 hastada (%52) artık tümör saptanmıştır. Evre ya da derecede ilerleme 28 hastada (%21) görülmüştür. Ancak bu hastaların 11'inde (%8) beraberinde CIS saptanmış. Artık tümör %86 hastada ilk rezeksiyon yerinde, %14 hastada farklı alanda görülmüş. Artık tümör görülmesi ilk tümörün çok odakta olması ile ilişkili bulunurken, ilk tümörün çapı ve derecesi ile ilişki saptanmamıştır. Ancak hastaların çoğunda yüksek dereceli (G2-G3) tümör ve bir kısmında da eşzamanlı CIS olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Ülkemizde yapılan prospektif bir çalışmada (9) yeni tanı konmuş 80 T1 tümörlü hasta değerlendirilmiş. Bu hastaların tümünün patoloji örneklerinde kas dokusu izlenmiş ve rezeksiyonlar deneyimli cerrahlar tarafından yapılmıştır. İlk TUR'dan 2-6 hafta sonra yapılan İkinci TUR'da 18 hastada (%22,5) makroskopik olarak artık tümör görülmüştür. Rutin olarak tüm hastalarda skar dokusu rezeke edilmiş ve makroskopik artık tümör görülmeyen 9 hastada (%11,3) da histopatolojik olarak artık tümör saptanmıştır. Artık tümörlerin %40,7'si (11/27) ilk rezeksiyon alanından farklı bir yerde görülmüştür. Toplamda %33,8 hastada artık tümör bulunmuş ve tümü T1 olan bu hastalarda artık tümör saptanmasında en anlamlı faktörün tümörün derecesi olduğu tespit edilmiştir.

İkinci TUR'un yineleme üzerine etkileri

Grim ve ark. (16) arkadaşlarının yaptığı prospektif çalışmada hastalar, yineleyene, ölene ya da en az 5 yıl takip süresi olana kadar takip edilmiştir. Ortalama 46 aylık takip sonunda İkinci TUR yapılan 78 hastanın 30'unda (%38), İkinci TUR yapılmayan 30 hastanın ise 19'unda (%53) yineleme saptanmıştır.

Herr (21) BCG tedavisine yanıtta başarısızlığın ilk TUR'un yetersizliğinden kaynaklanıyor olabileceğini öne sürerek İkinci TUR'un BCG tedavisine olan etkilerini değerlendirmiştir. Son 3 ay içinde yeni tanı almış toplam 347 yüksek dereceli Ta ve T1 hastaya (\pm CIS) BCG tedavisine başlamadan önce yeniden evreleme amaçlı bir İkinci TUR önerilmiş ve bu hastalar değerlendirilmeye alınmıştır (Herr bu yayında "Second TUR" yerine "Restaging TUR" terimini kullanmaktadır). Tüm hastalara 6 hafta BCG indüksiyon tedavisi verilmiş ve 215'ine (%62) yeniden evreleme TUR'u yapılmıştır. İkinci TUR yapılmayan 132 hastanın 75'inde (%57) BCG sonrası ilk kontrol sistoskopisinde tümör saptanmıştır. İkinci TUR olanlarda ise bu oran %29 olarak (62/215)

"İkinci TUR ile artık tümör saptanmaması ilk TUR'un tam ve iyi bir rezeksiyon olduğuna işaret edebileceği gibi İkinci TUR'da artık tümör saptanmayan tümörlerin yayılım olarak veya davranış olarak daha salim tümörler olduğunu da düşündürebilir."

bulunmuştur. Tek TUR sonrası Ta hastaların %54'ü, T1 hastaların %67'si BCG tedavisinde başarısız olmuştur. İkinci TUR olanlarda ise bu oran Ta hastalarda %31 ve T1 hastalarda %24 olarak bulunmuştur. İkinci TUR yapılanlarda BCG tedavisine yanıtın tek TUR yapılanlara göre bariz üstün olduğu saptanmıştır. Ayrıca yineleme ve evre ilerleme oranları ilk kontrol sistoskopisinde tümör saptanan hastalarda daha yüksek bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan prospektif randomize çalışmanın ilk sonuçları 2006 yılında (8) yayınlanmış ve ortalama 31,5 ay takip sonucu İkinci TUR'un yinelemeyi önlemede etkin olduğu bildirilmiştir (3 yıllık yinelemesiz sağ kalım %77,67'ye %37,01). Çalışmanın uzun dönem verileri de yeni yayınlanmıştır (15). Ortalama 66,1 ay takip sonucu 5 yıllık yinelemesiz sağ kalım %59'a %32 bulunmuştur. Yineleme oranı İkinci TUR yapılan grupta %39,8 iken yapılmayanlarda bu oran %71,4 saptanmıştır. İkinci TUR yapılan gruptan yineleyenlerin %51,4'ü ilk yılda yinelenirken, bu oran İkinci TUR yapılmayan grupta %72,9 bulunmuştur. Ek intravezikal kemoterapiye rağmen İkinci TUR'un yinelemeyi önlediğini ve geciktirdiğini gösterilmiştir.

İkinci TUR'un ilerleme üzerine etkileri

Yüzeysel mesane tümörleri sıklıkla konseratif tedavi edilirler. Uzun dönemde Ta tümörlerin %10'u, T1 tümörlerin %35'i mesane kas duvarına invaze olmaktadır. Günümüzde Ta tümörlerin %5'i, T1 tümörlerin %20'si sistektomiye ihtiyaç duymaktadır (22). Yüksek dereceli T1 tümörlerin evre ilerleme ihtimali ortalama %30-50 olarak bildirilmiştir ve yüzeysel mesane tümörleri içinde ilerleme ihtimali en yüksek grup tümörlerdir.

İkinci TUR'un BCG tedavisi üzerine etkilerinin değerlendirdiği çalışmada (21) tek TUR yapılanların %34'ünde, İkinci TUR yapılan-

ların %7'sinde evre ilerlemesi saptanmıştır. İkinci TUR'un BCG'ye ek olarak %27 bir evre ilerlemesini önlediği bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan prospektif randomize çalışmanın 2006'da (8) yayınlanan ilk sonuçlarında İkinci TUR'un evre ilerlemesindeki etkisi istatistiksel anlamlı bulunmamış, ancak bu yönde bir eğilimin olduğu ve uzun dönem takipte saptanabileceği öngörülmüştür. Çalışmanın yeni yayınlanan (15) uzun dönem sonuçları ile ortalama 66,1 ay takip sonucu 5 yıllık evre ilerlemesiz sağ kalım %93'e %79 bulunmuştur. Evre ilerleme oranı İkinci TUR yapılan grupta %6,5 iken yapılmayanlarda bu oran %23,5 saptanmıştır. Evre ilerleme sonucu İkinci TUR grubunda 6 hastaya, yapılmayan grupta ise 23 hastaya sistektomi yapılmıştır. İkinci TUR sonrası kasa invaze olduğu belirlenip çalışma dışı bırakılan ve sistektomi yapılan 8 hasta da dahil edilerek yapılan analizlerde İkinci TUR yapılanlarda sistektomi sayılarının anlamlı düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bunlara ek olarak total sağ kalım da bir anlamlılık saptanmazken hastalığa özgü ölüm oranları (%16,7'ye %31,4) İkinci TUR grubunda anlamlı düşük bulunmuştur.

İkinci TUR'da artık tümör saptanmasının önemi

Brauser ve ark. İkinci TUR sonrası artık tümör saptanmayan yüksek dereceli T1 hastalarından ortalama 5 yıl takip sonucunda hiçbirinin ilerlemediğini bildirmişlerdir. İkinci TUR ile artık tümör saptanmaması ilk TUR'un tam ve iyi bir rezeksiyon olduğuna işaret edebileceği gibi İkinci TUR'da artık tümör saptanmayan tümörlerin yayılım olarak veya davranış olarak daha salim tümörler olduğunu da düşündürebilir. Ancak kontrol grubu olmadığı için bu hastalarda tümörün ilerlememesine İkinci TUR'un etkisi tam olarak değerlendirilememektedir.

Herr ve Donat (7) tarafından 710 İkinci TUR yapılmış hasta değerlendirilmiştir. Çoklu analizlere göre, yineleme ve ilerleme için en önemli öngörücü faktörün İkinci TUR patolojisi olduğu bildirilmiştir. İkinci TUR patolojisi yüksek dereceli (G3) T1 bulunan tümörlerin, ek intravezikal BCG tedavi alsa bile, en ölümcül tümörler olduğu ve bu tür hastalarda erken sistektominin düşünülmesi gerektiği bildirilmiştir.

Aynı yazarlar tarafından (23) yapılan başka bir çalışmada çoğunluğu yüksek dereceli olan ve yeniden evreleme TUR'u yapılmış 352 T1 tümörlü (\pm CIS) hasta değerlendirilmiştir. Bu hastaların tümüne ek olarak BCG indüksiyon tedavisi uygulanmıştır. Artık tümörü T1 olmayanlarda 5 yılda yineleme ve evre ilerleme oranları %58 ve %19 olarak bulunurken, artık tümörü T1 olanlarda aynı

“İlk TUR’dan 2-6 hafta sonra yapılması gerektiğine dair bir görüş birliği oluşmaktadır.”

oranlar sırasıyla %88 ve %82 olarak bulunmuştur. Çoklu analizlerde evre ilerlemesi için en önemli öngörücü faktör ikinci TUR patolojisi olarak saptanmıştır. Ancak hastaların büyük kısmının birden çok sayıda ve yüksek dereceli olduğu ve bir kısmına da eşzamanlı CIS varlığı vurgulanmalıdır. İkinci TUR patolojisi T1 saptanan T1 tümürlü hastalarda BCG tedavisine devam etmek yerine erken sistektominin düşünülmesi gerektiği öne sürülmüştür.

Buna karşın Nordic Üroloji Grubunun yayınladığı (24) yeni tanı konmuş T1 evre tümör- lülerde (\pm CIS) BCG ile Epirubicin+interferon- α 2b karşılaştırmasının yapıldığı prospektif çalışmada, çoklu analizlerde iki yıllık takip sonucu ikinci TUR patolojisinin yineleme ve evre ilerlemede öngörücü olmadığı bildirilmiştir.

İkinci TUR: Kime, ne zaman ve nasıl

Avrupa Üroloji Derneğinin kılavuzlarına (2) göre ilk rezeksiyon yetersiz olduğunda, çok sayıda ve/veya büyük tümörlerde ve patoloji örneğinde kas dokusu bulunmayanlarda TUR’un tekrarlanması önerilmektedir. Ayrıca yüksek dereceli Ta tümörlerde ve tüm T1 tümörlerde ikinci TUR önerilmektedir. Ortalama 2-6 hafta sonra olması gerektiği ve ilk rezeksiyon alanının rezeke edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Amerikan Üroloji Derneğinin kılavuzlarında (AUA 2007) ise tüm yüksek dereceli T1 tümörlerde ve seçilmiş yüksek dereceli Ta tümörlerde ikinci TUR (“Repeat TUR”) önerilmektedir.

Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi’ndeki otörler 2006 yılında yayınlanan bir makalede (7) sadece yüksek dereceli mesane tümörlerine ikinci TUR önermek- ten 2009 yılında aynı merkezden yazarlar (25) yeni tanı konmuş tüm mesane tümörlerine ikinci bir *yeniden evreleme TUR*’u önermektedirler. Ancak referans merkez durumundaki büyük kliniklerin (26) ilk rezeksiyonu tam bir TUR olup olmadığı bilinmeyen, hatta kas dokusu örneği bulunmayan hastalarda yapılan

tamamlayıcı TUR’u da bu kapsamda önerdiği göz ardı edilmemelidir.

İkinci TUR’un yapılacağı en uygun zamana dair henüz net bir bilgi yoktur. Literatürde yedi gün ile üç ay arası süreler önerilmiştir. Üç ay, ek intravezikal tedavi için bir gecikme gibi görülmektedir. İlk TUR’dan sonra yedi günün ikinci bir TUR yapmak için yeterli bir süre olduğu öne sürülmektedir. Ancak çok erken yapılacak ikinci bir TUR işlemi hem hasta için kabul edilmesi zor bir durumdur, hem de ilk rezeksiyona bağlı yangısal değişiklikler şüpheli lezyonların değerlendirilmesinde güçlükler yol açacaktır (27). İlk TUR’dan 2-6 hafta sonra yapılması gerektiğine dair bir görüş birliği oluşmaktadır.

İkinci TUR’un nasıl yapılacağı da önemli bir konudur. İkinci TUR’da eski rezeksiyona ait skar dokusu rezeke edilmelidir. Artık tümörün eski rezeksiyon alanının çevresinde olduğuna dair veriler (16,19) göz önüne alınarak skar dokusunun sınırları da rezeke edilmelidir. Normal mukozadan rastgele biyopsiler alınması önerilse de henüz rutin uygulamaya girmemiştir (27).

Kaynaklar

- Herr HW and Donat SM. Quality control in transurethral resection of bladder tumours. BJU Int. 2008 Nov;102(9 Pt B):1242-6.
- Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, Kaasinen E, Böhle A, Palou-Redorta J; European Association of Urology (EAU). EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder. Eur Urol. 2008 Aug;54(2):303-14.
- Kurth K, Schroeder FH, Debruyne F, Senge T, Pavone-Macaluso M, de Pauw M, ten Kate F, Sylvester R. Long-term follow-up in superficial transitional cell carcinoma of the bladder: prognostic factors for time to first recurrence, recurrence rate, and survival. Final results of a randomized trial comparing doxorubicin hydrochloride, ethoglucid, and transurethral resection alone. EORTC Genitourinary Tract Cancer Cooperative Group. Prog Clin Biol Res. 1989;303:481-90.
- Fitzpatrick JM, West AB, Butler MR, Lane V and O’Flynn JD. Superficial bladder tumors (stage pTa, grades 1 and 2): the importance of recurrence pattern following initial resection. J Urol. 1986 May;135(5):920-2.
- Schrier BP, Hollander MP, van Rhijn BW, Kiemeny LA, Witjes JA. Prognosis of muscle-invasive bladder cancer: difference between primary and progressive tumours and implications for therapy. Eur Urol. 2004 Mar;45(3):292-6.
- Sedelaar JP and Witjes JA. Technique of TUR of Bladder Tumours: Value of Repeat TUR and Random Biopsies. EAU-EBU update series 5 2007:139-144.
- Herr HW, Donat SM. A re-staging transurethral resection predicts early progression of superficial bladder cancer. BJU Int. 2006 Jun;97(6):1194-8.
- Divrik RT, Yildirim U, Zorlu F, Ozen H. The effect of repeat transurethral resection on recurrence and progression rates in patients with T1 tumors of the bladder who received intravesical mitomycin: a prospective, randomized clinical trial. J Urol. 2006 May;175(5):1641-4.
- Divrik T, Yildirim U, Eroglu A, Zorlu F, Özen H. Is a second transurethral resection necessary for newly diagnosed pT1 bladder cancer? J Urol. 2006;175(4):1258-1261.
- Rigaud J, Karam G, Braud G, Glemain P, Buzelin JM, Bouchot O. Value of second endoscopic resection in stage T1 bladder tumors. Prog Urol. 2002;12:27-30.
- Brauers A, Buettner R, and Jakse G. Second resection and prognosis of primary high risk superficial bladder cancer: is cystectomy often too early? J Urol. 2001;165:808-810.
- Dutta SC, Smith JA Jr, Shappell SB, Coffey CS, Chang SS, Cookson MS. Clinical understaging of high risk nonmuscle invasive urothelial carcinoma treated with radical cystectomy. J Urol. 2001;166(2):490-493.
- Herr HW. The value of a second transurethral resection in evaluating patients with bladder tumors. J Urol. 1999;162:74-76.
- Zurkirchen MA, Sulser T, Gaspert A and Hauri D. Second transurethral resection of superficial transitional cell carcinoma of the bladder: a must even for experienced urologist. Urol Int. 2004;72(2): 99-102.
- Divrik RT, Şahin AF, Yildirim Ü, Altok M and Zorlu F. Impact of routine second transurethral resection on the Long-term outcome of patients with newly diagnosed pT1 urothelial carcinoma with respect to recurrence, progression rate, and disease-specific survival: a prospective randomised clinical trial. Eur Urol 2010 Epub ahead of print.
- Grimm MO, Steinhoff C, Simon X, Spiegelhalder P, Ackermann R, Vogeli TA. Effect of routine repeat transurethral resection for superficial bladder cancer: a long-term observational study. J Urol. 2003 Aug;170(2 Pt 1):433-7.
- Jakse G, Algaba F, Malmström PU, Oosterlinck W. A second-look TUR in T1 transitional cell carcinoma: why? Eur Urol. 2004 May;45(5):539-46.
- Klän R, Loy V. and Huland H. Residual tumor discovered in routine second transurethral resection in patients with stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder. J Urol. 1991 Aug;146(2):316-8.
- Schips L, Augustin H, Zigeuner RE, Gallé G, Habermann H, Trummer H, Pummer K, Hubner G. Is repeated transurethral resection justified in patients with newly diagnosed superficial bladder cancer? Urology. 2002 Feb;59(2):220-3.

20. Schwaibold HE, Sivalingam S, May F, Hartung R. The value of a second transurethral resection for T1 bladder cancer. *BJU Int.* 2006 Jun;97(6):1199-201.
21. Herr HW. Restaging transurethral resection of high risk superficial bladder cancer improves the initial response to bacillus Calmette-Guerin therapy. *J Urol.* 2005 Dec;174(6):2134-7.
22. Miladi M, Peyromaure M, Zerbib M, Saïghi D, Debré B. The value of a second transurethral resection in evaluating patients with bladder tumours. *Eur Urol.* 2003 Mar;43(3):241-5.
23. Herr HW, Donat SM, Dalbagni G. Can restaging transurethral resection of T1 bladder cancer select patients for immediate cystectomy? *J Urol.* 2007 Jan;177(1):75-9.
24. Duchek M, Johansson R, Jahnson S, Mestad O, Hellström P, Hellsten S, Malmström PU; Members of the Urothelial Cancer Group of the Nordic Association of Urology. Bacillus Calmette-Guérin is superior to a combination of epirubicin and interferon-alpha2b in the intravesical treatment of patients with stage T1 urinary bladder cancer. A prospective, randomized, Nordic study. *Eur Urol.* 2010 Jan;57(1):25-31.
25. Dalbagni G, Vora K, Kaag M, Cronin A, Bochner B, Donat SM, Herr HW. Clinical Outcome in a Contemporary Series of Restaged Patients with Clinical T1 Bladder Cancer. *Eur Urol.* 2009 Dec;56(6):903-910.
26. Han KS, Joung JY, Cho KS, Seo HK, Chung J, Park WS, Lee KH. Results of repeated transurethral resection for a second opinion in patients referred for nonmuscle invasive bladder cancer: the referral cancer center experience and review of the literature. *J Endourol.* 2008 Dec;22(12):2699-704.
27. Sivalingam S, Probert JL, Schwaibold H. The role of repeat transurethral resection in the management of high-risk superficial transitional cell bladder cancer. *BJU Int.* 2005 Oct;96(6):759-62.