

Mesane tümörü

Soru: Dr. Cenk Bilen

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Yanıt: Dr. Zühtü Tansuğ

Çukurova Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Adana

50 yaşında erkek hasta. 2000 yılında mesane kanseri nedeniyle TUR ve intravezikal kemoterapi almış. Patoloji ve intravezikal tedavinin tipi bilinmiyor. Hematüri ve prostatizm yakınmaları mevcut. Bu şikâyetlerle doktora gitmiş. IVP yapılmış (Resim 1). Hastanın genel durumu ve fizik muayenesi doğaldı. IVP'de mesane sol yan duvarın tamamı olmak üzere mesanenin 2/3'ünde dolun defekti mevcuttu. Böbrekler ve üreterlerde doğal görünümdeydi.

Soru 1: Hematürisi ve daha önce mesane kanseri tanısı almış hastada hangi görüntüleme yöntemini neden tercih edersiniz?

Yanıt 1: Transizyonel hücreli kanseri olan olguların %6'sında üst üriner sistemde tümöre rastlanıldığından üst üriner sistemin değerlendirilmesi önemlidir (1). IVP geleneksel bir değerlendirme yöntemi olup üst ve alt üriner sisteme ait lezyonlar gözlenebilir. Günümüzde bilgisayarlı tomografi teknolojisindeki gelişmelerle tüm üriner sistemin son derece detaylı görüntülerini elde etmek mümkündür. Birçok üroloji kliniğinde bu grup hastanın görüntülenmesinde bilgisayarlı tomografi IVP'nin yerini almış durumdadır. BT ile aynı seansta hem üst üriner sistemi, hem de alt üriner sistemi, ayrıca karaciğer, akciğer, lenf nodları gibi birçok organı da değerlendirmek mümkündür. Ayrıca varsa, tümörün evresi hakkında da bilgi verir.

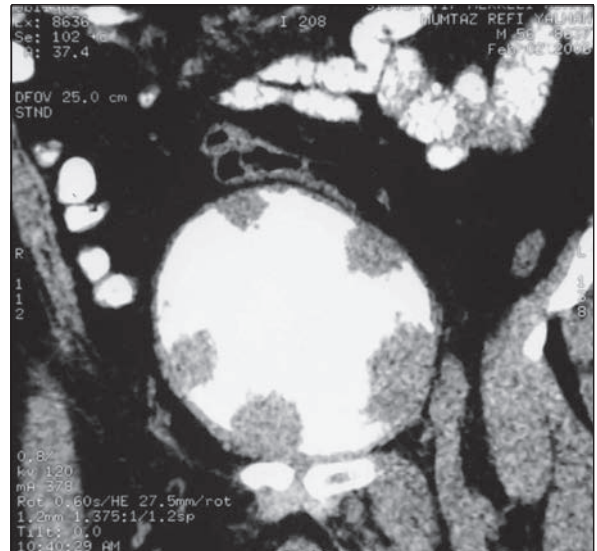
Hastanın histolojik tanısının olmaması nedeni ile sistoskopi + bimanuel muayene + TUR-B planlandı. Hastaya preoperatif abdominopelvik CT çekildi. CT nin pelvik fazında mesaneyi dolduran kitleler mevcuttu. Perivezikal alan doğaldı. Lenf nodu ve yayılım gözlenmedi. Sistoskopi yapıldı. Tüm mesaneyi dolduran papiller tümöral oluşumlar gözlemlendi (Resim 2). Yer yer sağlam mukoza mevcuttu. Bimanuel muayenede mesane mobildi. Uygun bir alandan rezeksiyon yapıldı. Mesanedeki tüm patoloji rezeke edilemedi. Patoloji raporunda TCC düşük grade, adale invazyonu olmadığı saptandı.

Soru 2: Bu aşama sonrası hastaya uygulanacak tedavi sizce Re TUR veya radikal sistoprostatektomi mi olmalıdır?

Yanıt 2: Kas invazyonu olmayan düşük grade'li yüzeysel bir tümörde standart yaklaşım transüretral rezeksiyon ve intravezikal kemo/immünoterapi uygulamalarıdır. Ancak yaygın ve büyük tümörlerde transüretral rezeksiyonun tam olarak yapılamaması, aynı



Resim 1



Resim 2

zamanda bu tür yüzeysel mesane kanserlerinde nüks ve progresyon riskinin de yüksek olması nedeniyle radikal sistektomi çoğunlukla tercih edilmektedir (2,3). Ortotopik mesanelerin kullanımı bu indikasyonu biraz daha genişletmiştir. Her ne kadar kontinan diversiyonlar radikal sistektomi uygulanan hastalarda yaşam kalitesini arttırıcı görünse de çeşitli risk ve dezavantajlara sahip bir yaklaşımdır. Diğer yandan bu grup hastada tekrarlayan TUR ve intravezikal BCG tedavisi ile başarılı sonuçlar elde etmek mümkündür. Tekrarlayan TUR ile hem hastalığın gerçek evresi hakkında bilgi edinmek mümkün olur, hem de hastaya mesane korunma şansı verilebilir. Özen ve ark.'nın benzer şekilde tedavi ettikleri 43 hastalık grupta tekrarlayan TUR ile 8 olguda aslında kas invaziv hastalık olduğu saptanmış, 4 olguda izlemde kas invazyonu gelişmiş, takibine devam eden 22 hastanın izleminde 6 hasta aynı evrede nüks ederken, 16 hasta tümörsüz kalmıştır (4). İyi seçilmiş hastalarda bu yaklaşımın uygun olduğu düşüncesindeyim. Ancak örnek hastada olduğu gibi tedaviye ve takibe uyumu düşük olan hastalarda radikal sistoprostatektominin en güvenli yaklaşım olduğuna inanıyorum.

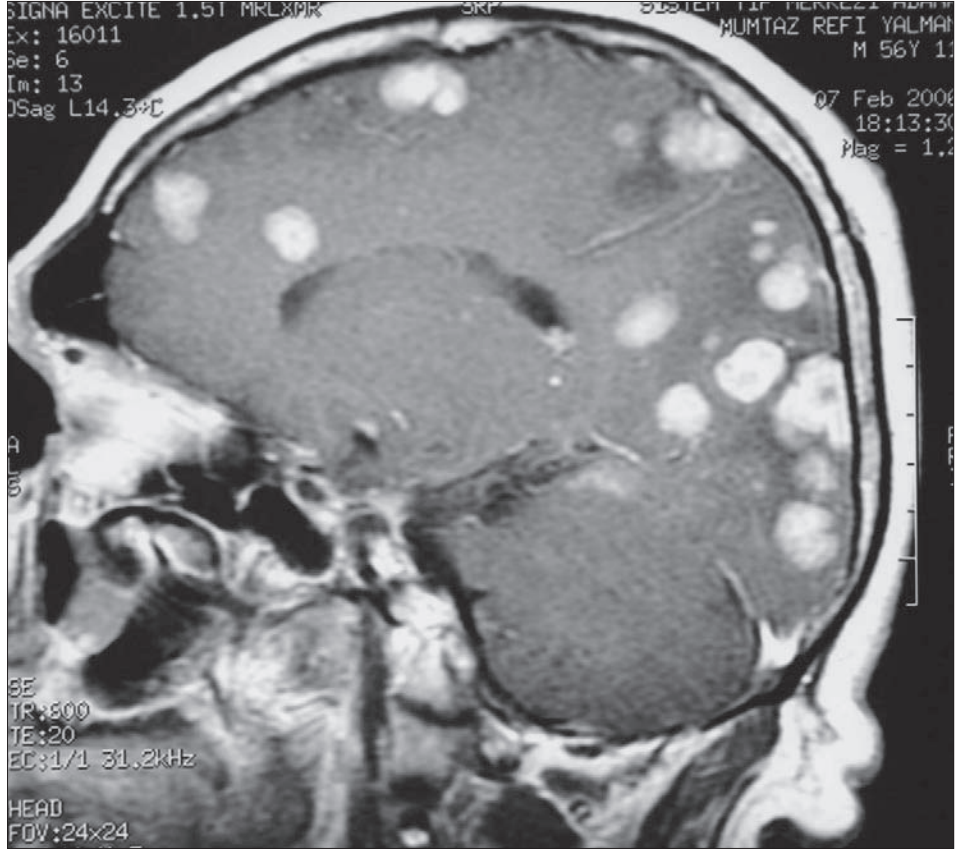
Hastaya radikal sistoprostatektomi planlandı.

Soru 3: Yapılacak lenf nodu diseksiyonu nasıl olmalıdır?

Yanıt 3: Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelere rağmen klinik organ sınırlı mesane tümörü olan hastaların ¼'ünden fazlasında lenf nodu metastazı gözlenmektedir. Mesane kanserli hastalarda genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu hem prognoz hakkında bilgi sağlamakta, hem de terapötik etkinliği arttırmaktadır. Son yıllarda bir çok yayın genişletilmiş lenf nodu diseksiyonunun cerrahi tedavinin önemli bir parçası olduğunu vurgulamaktadır. Genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu hem hastalığın evresinden, hem de lenf nodu tutulumundan bağımsız olarak radikal sistektomi uygulanan hastalarda daha uzun hastaliksız sağkalım sağlamaktadır. Her ne kadar lenf nodu diseksiyonunun sınırları tartışmalı olsa da bugün için distal paraaortik, parakaval ve presakral lenf nodlarını da içerisine alan lenfadenektomi bu hasta için en uygun yaklaşım olarak görünmektedir (5,6).

Soru 4: Sistektomi sonrası yapılacak diversiyon şekli nasıl olmalıdır? Kontinan diversiyon seçilebilir mi?

Yanıt 4: Ortotopik mesane radikal sistektomi uygulanan hastalarda ileal kondüite göre çeşitli avantajları olan bir yöntemdir. Hastalara normale yakın bir mesane sağlayarak kontinan kalmalarını, spontan idrar yapabilmelerini



Resim 3

sağlayabildiği gibi, üretral nüks oranını azaltmakta, üretranın takibini kolaylaştırmakta ve daha iyi vücut imajı sağlamaktadır. Uygun olan her hastaya önerilmesi gereken bir diversiyon olmakla birlikte, prostatik üretrada tümörü olan, üretrada darlık ve benzeri hastalığı olan, algılama sorunu olan veya yeterli motivasyonu olmayan, mezenter kısılalığı, inflamatuvar barsak hastalığı olan olgularda tercih edilmemelidir (7). Bu olguda da hasta ve ailesi ile tartışılarak ortotopik mesane diversiyon yöntemi olarak seçilebilir.

Soru 5: Hastanın patolojik evresi pT2-pT3a ise ilave tedavi verilmeli mi?

Yanıt 5: Mesane kanseri tedavisinde neoadjuvan ve adjuvan kemoterapinin yeri halen tartışmalıdır. Adjuvan kemoterapinin rolü üzerine yapılan yayınlar birbirlerinde farklı sonuçlar vermiştir. EORTC tarafından koordine edilen uluslararası adjuvan kemoterapi çalışması sistektomi sonrası kemoterapinin sağkalımı artırıp artırmayacağını yakın bir sürede gösterecek. Şimdilik bu patolojik evrede kemoterapi verilmesini gerektiren net bir veri elimizde yok.

Tüm bunlar hasta ile tartışılırken ve tedavi planlanırken hastanın nörolojik problemleri olduğu görüldü (sol ayağında kuvvet ve denge kaybı). Hastaya nöroloji konsültasyonu ve

beyin tomografisi yapıldı. beyin tomografisinde metastatik tümöral oluşumlar görüldü (Resim 3).

Soru 6: Bu durumda hastaya planlanan tedavi seçeneği sizce ne olmalı?

Yanıt 6: Mesane kanserinin beyin metastazları nadir gözlenmekle birlikte, agresif kemo-terapi rejimlerinin uygulanması ile insidansın arttığını iddia eden yayınlar vardır (8). Bu hastada olduğu gibi yaygın beyin metastazlarında standart yaklaşım tüm beyin radyoterapisi olmasına rağmen sonuçlar çok iç açıcı değildir. Ekstrakranial hastalığı olmayan, tek beyin metastazı olan ve Karnofski performans durumu iyi olan seçilmiş bir grup hastanın %10'u 1-2 yıldan daha fazla sağkalılabilmektedir. Soliter lezyonlarda cerrahi ardından uygulan radyoterapi uygun olgularda seçilebilecek başka bir yaklaşımdır. Metastatik mesane kanserinde ardışık kemoterapi ve cerrahi uygulamaları ile beklenenden daha uzun süre sağkalım sağlanabilir (9). Multipl metastazlarda sistematik radyoterapi ve yeni kemoterapötiklerin kombinasyonu ile de sağkalımın uzadığını bildiren anektodal yayınlar vardır (10). Ancak halen hangi grup hastaya ne tür yaklaşım sergileneyeceği netleşmemiştir. Bu hasta da kemo/radyoterapinin en uygun yaklaşım olacağı düşünüyorum

Beyin cerrahi konsültasyonu istendi. Beyindeki tümöral oluşumların yaygın olması nedeniyle cerrahiden uzaklaştırıldı. Hastaya Re TUR-B + sistemik kemoterapi planlandı. Hasta çok hızlı progresyon kaydetti. 3 ay içinde hasta kaybedildi.

Kaynaklar

1. Barentsz J, Wickstrom M, Ruijs J. What is new in bladder cancer imaging. *Urol Clin North Am* 1997;24(3):583-602.
2. Freeman JA, Esrig D, Stein JP, et al. Radical cystectomy for high risk patients with superficial bladder cancer in the era of orthotopic urinary reconstruction. *Cancer* 1995;76:833.
3. Amling CL, Thrasher JB, Frazier HA, et al. Radical cystectomy for stages Ta, Tis and T1 transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* 1994;151:31.
4. Ozen H, Ekici S, Uygur MC et al. Repeated transurethral resection and intravesical BCG for extensive superficial bladder tumors. *J Endourol* 2001;15:863-867.
5. Stein JP, Quek ML, Skinner DG. Lymphadenectomy for invasive bladder cancer: I. historical perspective and contemporary rationale. *BJU Int* 2006;97:227-231.
6. Stein JP, Quek ML, Skinner DG. Lymphadenectomy for invasive bladder cancer: II. Technical aspects and prognostic factors. *BJU Int* 2006;97:232-237.
7. Meyer JP, Fawcett D, Gillat D, Persad R. Orthotopic neobladder reconstruction-what are the options. *BJU Int* 2005;96:493-397.
8. Mahmoud-Ahmed AS, Suh JH, Kupelian PA et al. Brain metastasis from bladder carcinoma: presentation, treatment and survival. *J Urol* 2002;167:2419-2422.
9. Siefker-Radtke AO, Walsh GL, Pisters LL et al. Is there a role for surgery in the management of metastatic urothelial cancer? The M. D. Anderson Experience. *J Urol* 2004;171:145-148.
10. Protzel C, Zimmerman U, Asse E, et al. Gemcitabine and radiotherapy in the treatment of brain metastases from transitional carcinoma of the bladder: a case report. *J Neuro-Oncol* 2002;57:141-145.