

Mesane tümörü

Soru: Dr. Recep Büyükalpelli

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Yanıt: Dr. Bülent Akduman

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

SORU: 58 yaşında erkek hasta 15 gündür aralıklı devam eden ağrısız pıhtılı hematüri yakınması ile başvurdu. İntravenöz pyelografi tetkikinde mesane sol yan duvarda 3x4 cm ebatında negatif dolma defekti görüldü. Sistoskopide sol üreter orifisinin yaklaşık 3 cm üst lateralinde 3x4 cm ebatında papiller tümöral oluşum tespit edildi. Kitle transüretal yolla rezekt edildi ve tümör tabanındaki kas dokusundan ayrı biyopsi örneği alındı. Postoperatif erken dönemde tek doz 50 mg/50 ml farmarubicin intravezikal olarak uygulandı. Doku örneklerinin histopatolojik incelemesi Transizyonel Hücreli Karsinom, Ta G II olarak rapor edildi. Yaklaşımınız nasıl olur?

CEVAP: Transizyonel hücreli mesane tümörleri heterojen bir grup hastalık olup yaklaşık %80 oranında tekrarlama riskine sahiptir. Bu tümörlerin TUR sırasında implantasyonuna bağlı olarak görülen tümör implantasyonları TUR işleminden hemen sonra yapılan tek dozluk intravezikal kemoterapi uygulamaları ile önlenir. Mevcut vakada bu amaçla tek doz epirubicin intravezikal olarak verilmiş. TUR sonrası ilk 6 saat içerisinde verilen intravezikal kemoterapinin tümör rekürrenslerini azalttığı bilinmektedir. Bu yaklaşımın minimal yan etki ve düşük toksisite profiline sahip olduğu bilinmesine rağmen TUR işlemi sırasında perforasyon yapıldığı şüphesi var ise kontrendike olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

TUR sonrası hastaya yaklaşım tümörün cerrahi sonrası tekrarlama ve progresyon riski göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Düşük risk grubu olarak tanımlanan tek odakta 3 cm'nin altında TaG1 tümör varlığında ek bir tedaviye gerek olmamakla birlikte bu grup hastaların takibi yeterli olmaktadır. Yüksek risk grubu olarak tanımlanan 3 cm üzerinde çapa sahip, multifokal, sık tekrarlayan, karsinoma in-situnun eşlik ettiği T1G3 tümörlerde ise intravesikal olarak BCG uygulanması önerilmektedir. Bu iki risk grubunun arasında yer alan tüm olgular intravezikal kemoterapi ile profilaksiye alınabilir. Bu vakada histopatolojik olarak orta derecede risk görülmesi sebebiyle tek dozluk intravezikal uygulamayı takiben 4-8 uygulamayı içeren intravezikal kemoterapinin uygun olduğunu düşünmekteyim..

SORU: Bu hastaya farmarubicin uygulaması haftalık aralıklarla 6 kez tekrarlandı. Takip yaklaşımınız nasıl olmalı?

CEVAP: TUR sonrası mesane tümörü tespit edilen olguların takibinde sistoskopinin altın standart olduğunu biliyoruz. Tüm olgularda cerrahi sonrası 3. ayda sistoskopi yapılmalıdır. Bununla beraber yüksek risk grubunda bulunan hastalarda ilk sistoskopi rezeksiyonu takip eden 4-6 hafta içerisinde de yapılabilir. Bu grup hastalara 4-6 hafta içerisinde yapılan sistoskopi ve biyopsi işlemlerinden sonra %35 oranında tümör tespit edilmiş olmakla birlikte erken sistoskopinin tümör rekürrensi ve progresyonu üzerindeki rolü henüz gösterilmemiştir. Üçüncü aydan

sonra yapılması gereken sistoskopilerin sıklığı tümörün riskine göre düzenlenebilir. Düşük riske sahip tümörlerde 3. aydan sonra ilk sistoskopi 9. ayda yapılabilir. Bunu takip eden sistoskopiler rekürrens görülmediği takdirde yıllık aralıklarla 5 yıl devam ettirilebilir. Yüksek riske sahip hastalarda ilk 2 yıl 3 ayda bir, üçüncü yıl 4 ayda bir, 5 yıla kadar 6 ayda bir ve sonrasında yıllık takiplerle yapılabilir. Mevcut vaka orta riske sahip bir tümör olduğu için bu iki şemanın arasında sıklıkta bir takip seçilebilir. İlk 2 yılda rekürrens riski dikkate alındığında ilk 2 yıl için 3'er aylık takipler sonrasında da 6 aylık takipler nüks ile karşılaşılmadığı takdirde uygun olacaktır. Sistoskopiye ek olarak idrar sitolojisi düşük gradeli tümörlerdeki düşük duyarlılığına rağmen hasta takibinde önerilmektedir.

SORU: Postoperatif ilk bir yıl içerisindeki sitolojik ve endoskopik tetkiklerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. 18. aydaki idrar sitolojisi pozitif bildirilirken, endoskopik incelemede mesane ve prostatik üretranın tamamen normal olduğu görüldü. Mesaneden alınan random biyopsiler negatif olarak değerlendirildi. Bu aşamada tanınan amaçla ek olarak neler yapılabilir?

CEVAP: Hastanın operasyon sonrası 18. aydaki takibinde idrar sitolojisi pozitif olarak değerlendirilmiş. Bunun üzerine yapılan random biyopsilerde tümöre rastlanmamış. Sistoskopide bir lezyonun görülmediği pozitif sitolojiye sahip olgularda prostatik üretra, üst üriner sistem ya da normal görülen mesane mukozası gibi olası muhtemel kaynaklar dikkatle araştırılmalıdır. Bu amaçla mesaneden alınan random biyopsiyi takiben prostatik üretradan transüretal rezeksiyon yoluyla alınacak doku örnekleri histopatolojik olarak incelenmelidir. Bunun yanısıra üst üriner sistemi değerlendirmek amacıyla intravenöz pyelografi ve retrograd pyelografi yapılabilir. Yine flexible üreterorenoskopi yardımı ile üst üriner sistem doğrudan gözlemlenerek lezyon görüldüğü takdirde biyopsi alınabilir.

Teknolojik olarak mümkün olduğu takdirde intravezikal 5-ALA uygulamasını takiben floresan ışıkta yapılan sistoskopi ile normal ışıkta görülemeyen karsinoma in-situ odakları tespit edilebilir. Bu yöntem ile hastalığın tanısında duyarlılığı artırmak mümkün olmakla beraber, özgüllüğün düşük olabileceği hatırlanmalıdır. Bütün bu ek yöntemlerin kullanılması ile pozitif sitolojiye ve negatif sistoskopiye sahip olguların yaklaşık 2/3'ünde tümör odağı tespit etmek mümkün olabilmektedir.

SORU: Pozitif idrar sitolojisini aydınlatmak için yapılan tüm gayretlere rağmen tümöre rastlanmadı. Bu aşamada yaklaşımınız nasıl olmalıdır?

CEVAP: Ek tanı yöntemlerinin yardımıyla tümör odağı tespit edilen olguların tedavisi uygun şekilde yapılmakla beraber tümör odağı tespit edilemeyen olgular için farklı yaklaşımlar düşünülebilir. Bu yaklaşımlar

hastayı 3 ay sonra yeni bir sitoloji ve sistoskopi ile tekrar değerlendirmek ya da pozitif sitolojinin muhtemel kaynağının tespit edilemeyen bir karsinoma in-situ odağı olabileceği varsayımı ile 6 kür intravezikal BCG tedavisine almak şeklinde özetlenebilir. Bu bağlamda Amerikan Üroloji Derneği doku tanısı olmaksızın teda-

viye başlamayı önermemektedir. İntravezikal BCG tedavisinin olası yan etkileri ve tedavideki kısa süreli gecikmenin hastanın sağ kalımı üzerine gösterilmiş bir olumsuz etkisinin olmaması nedeniyle takibin bu hasta için en uygun seçenek olduğunu düşünüyorum.