

# Mesane tümörü

Sümer Baltacı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Eyüp Gümüş

Şişli Etfal Hastanesi 2. Üroloji Kliniği

**B**ir aydır ağrısız makroskopik hematurisi olan, genel sağlık durumu iyi, 72 yaşındaki erkek hasta Kasım 2003 tarihinde doktora başvuruyor ve çekilen intravenöz pyelografide üst üriner sistemi normal, ancak mesane sağ yan duvarında dolma defekti olması üzerine kliniğimize gönderiliyor. Yapılan abdominopelvik ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide mesane sağ taban-arka bölümde 2.5X2 cm.lik solid oluşum tesbit ediliyor.Tomografik görüntülerde perivezikal yayılım ya da lenfadenopati (LAP) olmadığı bildiriliyor. Endoskopide bu oluşumun geniş tabanlı, invazif görüntüde olduğu görülüyor. Yapılan transuretral tümör rezeksiyon (TUR-Tm) patolojisi grade III değişici epitel kanseri (TCC) ve adale invazyonu pozitif olarak geliyor.

## Bu aşamada hastaya yaklaşımınız ne olurdu?

İnvazif mesane tümörlerinde altın standart tedavi radikal sistektomidir. 65 yaş için ortalama yaşam beklentisinin 16 yıl, 85 yaş için ise 6 yıl olduğunu hatırlamak gerekir. Literatürde yaşlılık için birçok sınır değer tanımlanmakta ancak genel olarak 70 yaş sınır değer olarak kabul edilmektedir. Artık günümüzde tecrübeli ellerde hemen hemen minimal morbidite ve mortalite oranlarıyla radikal sistektomi yaşlı hastalarda da yaygın olarak yapılmaktadır. Radikal sistektomi kararında hasta yaşından ziyade performans durumu önemlidir. Ülkemiz de de yaygın olarak kullanılan ASA skorlamasında evre 1 ve 2'de mortalite %1-2 iken 4 ve 5'te mortalite oranları %10'a çıkmaktadır. Yaşlı hastada radikal sistektomi kararında iyi kardiyak performans en önemli kriterdir. Özet olarak invazif mesane tümörlü yaşlı hastalar arasında özel bir gruba (mesane dışı yayılımı olmayanlar, genel sağlık durumu iyi olanlar) altın standart tedavi şansı verilmelidir.

Yukarıda tanımlanan hastada, hastanın genel sağlık durumunun iyi olması ve tümörün yapılan tetkik ve görüntüleme yöntemlerinde mesane dışına yayılım göstermemesi nedeniyle ilk yaklaşımım radikal sistektomi lehine olacaktır.

Hastaya radikal sistektomi + ortotopik ileal W-neobladder yapılıyor (Abol-Enein'in serous lined extramural ileal valve tekniği ile). Lenf nod diseksiyonu iliak bifurkasyon düzeyinin üzerine kadar yapılıyor. Patoloji sonucu; grade III TCC, tümör perivezikal yağ dokusu içine kadar fokal alanlar şeklinde uzanıyor ama cerrahi sınırdaki tümör yok şeklinde rapor ediliyor. Ayrıca, ureter ve uretra cerrahi sınırlarının da negatif olduğu bildiriliyor. Sağ ve soldan çıkarılan 8'er lenf bezinde de tümör olmadığı bildiriliyor (pT3aN0Mx).

## Bu aşamada yaklaşımınız ne olurdu?

Eğer sistektomi sonrasında mesane dışı yayılım var veya lenf pozitifliği varsa bu hastalarda metastatik progresyon riski yüksektir. Bu hastalarda nüks oranlarını azaltmak ve yaşam beklentisini arttırmak amacıyla adjuvan kemoterapi önerilmektedir. Radikal sistektomi sonrasında sisplatinli adjuvan kemoterapinin yaşam beklentisini arttırdığını bazı çalışmalar vurgulasa da, bu konuda prospektif, randomize çalışma olmaması adjuvan kemoterapinin yerini hala tartışmalı kılmaktadır.



Şekil 1

Bu aşamada yaklaşımınız ne olurdu?

Yukarıda tanımlanan hastada radikal sistektomide yüksek risk faktörleri bulunmamaktadır. Hastada mesane dışı yayılımı olmadığı cerrahi sınır negatifliği ile de doğrulanmıştır. Ayrıca genişletilmiş lenf nod diseksiyonu ile de lenf pozitifliği bulunmamıştır. Bu hasta tamamen lokalize mesane tümörüdür. Bu hastaya ilave tedavi düşünmezdim.

Hastaya ilave tedavi verilmiyor ve izleme alınıyor. Postoperatif 6. ay kontrolünde sağ böbrekte dilatasyon görülüyor ve sağa perkütan nefrostomi konuluyor. Nefrostografide üreterointestinal anastomozda ciddi darlık tesbit ediliyor (Şekil 1). Gerek retrograd, gerek antegrad kateter yerleştirme çabamız klavuz telin darlığı geçmemesi nedeniyle sonuç vermiyor. Bu aşamada yapılan abdominopelvik tomografide tümör nüksüne ait bir bulgu tesbit edilmiyor.

Hastada sistektomide mesane dışı yayılım ve lenf pozitifliği gibi yüksek progresyon riski bulunmadığından bu tabloya tümör nüksünün neden olması oldukça uzak bir ihtimaldir. Zaten yapılan görüntüleme yöntemiyle de tümör nüksüne ait bir bulgu saptanmadığı belirtilmektedir. Abol-Enein tarafından popülerize edilen W-ileal ortotopik yeni mesane oluşturulmasında üreterler subserozal yatak içine gömülmektedir. Bu yatak hazırlanırken üreter çapı dikkate alınarak ve üretere bir baskı oluşturmayacak bir şekilde hazırlanması gerektiği, aksi halde yatak içinde kalan üreter segmentinde beslenme bozukluğuna bağlı ciddi darlıklar meydana gelebileceği vurgulanmaktadır. Mansura grubu kendi serilerinde üreterointestinal darlık oranını %3.8 olarak bildirmişlerdir. Bu vakada büyük olasılıkla

problem üreterointestinal darlık gelişmesidir. Antegrad ve retrograd minimal invazif yaklaşımlar denenmiş ve başarı sağlanamaması dikkate alındığında bundan sonraki müdahale aşaması eksplorasyon yapılması ve subserozal segment içinde daralmış üreterin rezeke edilmesidir. Sonrasında üreterin poş'a direk anastomozu ile problem çözülebilir.

Hasta eksplore ediliyor ve üreterin anastomoz yerinin yaklaşık 4-5 cm yukarısından itibaren iskemik olduğu görülüyor. Ayrıca distal paravenakaval bölgede ve üreterointestinal anastomozda yakın yerlerde çapı 1 ve 1.5 cm olan iki adet sert lenf nodu çıkarılıyor. Bu lenf bezlerinin frozen sonucunun malign olması üzerine vena kava etrafındaki diğer lenf bezleri de olabildiğince çıkarılıyor. Üreterle neobladder arasındaki mesafenin primer üreterointestinal anastomozda izin vermeyecek kadar uzun olması üzerine, neobladderdan tıpkı klasik Boari Flep ameliyatındaki gibi flep çevrilerek üreterointestinal anastomoz gerginlik olmadan tekrar oluşturuluyor. Hastaya 3 kür Gemcitabine + Cisplatin kemoterapisi veriliyor. Kemoterapisi Eylül 2004'de biten hastanın Şubat 2005'de yapılan yeni abdominal tomografisinde interaortokaval çapı 1-2 cm arasında değişen birkaç adet lenfadenopati tesbit ediliyor.

### **Akciğer grafisi normal, gösterilebilir başka metastazı olmayan hastaya bu aşamada yaklaşımınız ne olur?**

Post-kemoterapi 5. ay abdominal tomografi ile saptanan bu küçük çaplı lenfadenopatilerin malign potansiyel taşıyıp taşımadıklarını noninvazif bir yöntem olan ve ülkemizde de üç

merkezde bulunan PET SCAN ile öncelikle değerlendiririm. Eğer bu görüntüleme yöntemi ile bu lenf nodlarında aktif glikoz tutulumu yoksa, hastayı izleme alır ve rutin aralıklarla yine BT ile takip ederim. Eğer PET görüntülemeye aktif tutulum varsa, bu malign potansiyel anlamına gelir. Burada iki seçenek vardır: Birincil seçenek; Birincil kemoterapi kombinasyonunun etkili olmadığı sonucuna vararak, direk hastayı ikincil kemoterapi protokollerine alırım. Gemcitabin ve paclitaxel kombinasyonunun daha önce sisplatin bazlı tedavi almış, başarısız olmuş hastalarda etkili olduğu vurgulanmaktadır. İkincil seçenek; Bugün tartışmalı da olsa post-kemoterapi cerrahisinin yapılmasıdır. Herr ve ark. Memorial Sloan-Kettering Kanseri Merkezinde yaptıkları bir çalışmada post-kemoterapi cerrahisinin özellikle lenf pozitif hastalarda önemli sağkalım avantajı sağlayabileceğini vurgulamışlardır. Post-kemoterapi cerrahisinde hem lenf pozitifliğinin patolojik tanısı konmuş olur, hem bu lenflerin çıkarılmasıyla küratif etki sağlanır ve sonrasında ayrıca gözden kaçabilecek pozitif lenf nodları veya mikrometastazlar için de ikincil kemoterapi kombinasyonu uygulanarak işlem tamamlanır. Sonuç olarak, hastanın yaşını ve geçirdiği iki önemli cerrahi müdahaleyi dikkate aldığımızda tanımladığım her iki seçeneği hastaya ayrıntılı olarak izah eder ve onun vereceği karar doğrultusunda iki seçenektan birini uygularım