

Onsekizinci Ulusal Üroloji Kongresi'nden İzlenimler

Böbrek ve testis tümörleri

Dr. M. Derya Balbay
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Antalya'da 2-7 Ekim 2004 tarihleri arasında düzenlenen XVIII. Ulusal Üroloji Kongresinde "Böbrek ve Testis Kanseri" oturumunda 24 adet poster sunuldu. Bunlardan 15 poster böbrek tümörleri, 2 poster sürrenal kitleler, 1 poster retroperitoneal kitleler ve 6 poster de testis tümörleri ile ilgiliydi.

Erkizan ve arkadaşları; 76 renal hücreli karsinom olgusunda normal böbrek parankimi ve tümör dokusunda çeşitli çevresel ve patolojik streslerin etkisiyle salınan ve bazı kanserlerin gelişiminde rolü olduğu düşünülen Heat-Shock Protein-27 (HSP-27) düzeylerini, immünohistokimyasal yöntemlerle incelemişler ve normal böbrek parankimine göre tümörlü dokuda farklı düzeylerde yükseldiğini saptamışlardır. Tümör evresi ile ters ilişki saptanmasına karşılık, doku HSP-27 düzeyleri ile hastalısız sağ kalım, tümör derecesi, lenf nodlarına veya uzak bölgelere metastaz açısından herhangi bir ilişki saptanamamıştır.

Tuna ve arkadaşları da renal hücreli karsinomlu 71 hastada, immünohistokimyasal yöntemlerle enflamasyon ve karsinogenez arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere tümör, tümör çevresi enflame ve enflame olmayan alanlarda COX-2 aktivitesini incelemişlerdir. Renal hücreli karsinomların %63'ünde COX-2 aktivitesinde yükseklik saptanırken, tümöre komşu enflame alanlarda da yükseklik olduğu, COX-2 düzeyindeki yüksekliğin tümör evresi, derecesi ve boyutu ile ilgili bulunurken, yaşam süresi arasında ilişki bulunmadığı anlaşılmıştır.

Şengül ve arkadaşları, renal hücreli karsinom nedeniyle radikal nefrektomi yapılan 52 hastada immünohistokimyasal yöntemlerle p27 düzeyini incelemişler ve düşük düzey p27 ile boyanmanın tümör çapı arasında (tümör çapı arttıkça boyanmanın azalması şeklinde) anlamlı ilişki izlenirken, hastalığın evresi, nükleer derecesi, nodüler tutulum, organ metastazı ve 14 aylık izlem süresinde sağkalım ara-

sında herhangi bir ilişki bulamamışlardır.

Yağlıbasan ve arkadaşları, radikal nefrektomi ile tedavi edilen 52 renal hücreli karsinom olgusunda immünohistokimyasal yöntemlerle tümöral dokuda p53 düzeylerine bakmışlar ve p53 düzeyi ile tümörün evresi, nükleer derecesi, nodal tutulum, organ metastazı ve 14 aylık izlem süresinde sağkalım süresi ile ters ilişkili olduğunu, özellikle sarkomatoid tip renal hücreli karsinom olgularında p53 düzeyinin arttığını bildirmişlerdir.

Bedük ve arkadaşları, herhangi bir üst üriner sistem semptomu olmaksızın alt üriner sistem semptomlarıyla başvuran ve kontrol amacıyla üst üriner sisteminde ultrasonografik olarak değerlendirildiği 11355 incelemeden 37 olguda (%0.33) rastlantısal böbrek kitlesi saptamışlardır. Bu hastaların ileri incelemeleri ile 10 hastada renal hücreli karsinom düşünülerek opere edildiği ve patolojik olarak renal hücreli karsinom tanısı aldıklarını bildirmişler ve rastlantısal böbrek tümörü tanısı açısından ultrasonografi ile taramanın uygun olmadığına kanaat etmişlerdir.

Türkölmez ve arkadaşları, radikal nefrektomi ile tedavi ettikleri 201 hastada tomografi ile saptanan tümör boyutu ile patolojik spesimende ölçülen boyutları karşılaştırmışlar ve iki ölçüm arasında anlamlı korelasyon olduğunu, tümör boyutu 40 mmden küçük olanlarda korelasyon en iyi iken (%72) tümör boyutu arttıkça azaldığını ve 70 mmden büyük tümörlerde en düşük olduğunu (%37) bildirmişlerdir.

Göğüş ve arkadaşları, pT2N0 evresindeki 44 hastayı tümör boyutuna göre 7-10 cm ve 10 cm ve daha büyük olmak üzere ikiye ayırarak tümör boyutu ile prognoz arasındaki ilişkiyi incelemişler, 5 yıllık sağkalım açısından anlamlı bir fark bulamamışlardır.

Baltacı ve arkadaşları, radikal nefrektomi yaptıkları hastalarda sağ kalım açısından evrenin mi yoksa tümör boyutunun mu daha önemli olduğunu incelemişler ve tümör boyutu 7 cm'den büyük pT2N0 hastaların 5 yıllık sağkalım oranlarının ile tümör boyutundan bağımsız pT3aN0 evresindeki hastalardan daha iyi olduğunu (%82 ve %39), bu nedenle sağkalım üzerinde tümör boyutundan çok kapsül invazyonunun daha önemli olduğunu göz-

lemlemişlerdir.

Teber ve arkadaşları, laparoskopik yöntemle radikal nefrektomi ile düşük kan kaybı ve komplikasyon oranlarıyla açık cerrahi benzer onkolojik sonuçlara ulaşıldığını ve özellikle parsiyel nefrektomi düşünülmemeyen T1 tümörlerinde en iyi sonuç alındığını bildirmişlerdir.

Akdoğan ve arkadaşları, böbrekte yer işgal eden kitle nedeniyle radikal nefrektomi (RN) yapılan 226 hasta ve nefron koruyucu cerrahi (NKC) uygulanan 87 hastayı incelemişler RN grubunda %9, NKC grubunda ise %39 hastada iyi huylu patoloji (IHP) saptamışlardır. IHP boyut olarak kanserlerden daha düşük olduğu, kadınlarda ve genç yaşlarda daha fazla rastlandığını bildirmişlerdir. Boyutu 4 cm'den küçük kitlelerin %29'unda IHP tanımlanmış ve özellikle bu grupta NKC ile organ kaybının önlenebileceği bildirilmiştir.

Şanlı ve arkadaşları, NKC yaptıkları 30 hastada frozen kesit analizinde cerrahi sınır pozitif olarak bildirilen iki hastadan birinde sonuç patolojisi onkositom olarak bildirilirken diğer hastada ise sınırda tümör olmadığı, frozen kesit ile benign olarak bildirilen olguların hiç birinde sonuç patolojisinde malign tümör görülmediği bu nedenlerle de frozen kesit analizinin hastalığın tedavisine anlamlı katkısı olmadığını ileri sürmüşlerdir.

Eroğlu ve arkadaşları ise, 20 parsiyel nefrektomi ameliyatı sırasında tümör yatağından aldıkları en az 3 biyopsi almışlar, makroskopik olarak normal görünümlü olmasına karşılık 3 hastada tümör yatağında tümör varlığı bildirilmiştir. Bu çalışma sonucunda tümör yatağı makroskopik olarak normal görünse bile frozen kesit yapılması gerektiğine kanaat etmişlerdir.

İmamverdiyev ve arkadaşları, parsiyel nefrektomi ile tedavi ettikleri 9 hastadan beşinde tümör, dördünde ise tümör dışı patolojiler saptamışlar ve parsiyel nefrektomi ameliyatının önemine dikkat çekmişlerdir.

Önal ve arkadaşları elektif ve zorunlu endikasyonlarla NKC yaptıkları hastaları tümör ve operatif özellikleri yönünden karşılaştırmışlardır. Major komplikasyon oranlarının zorunlu endikasyon grubunda daha fazla olduğu (15 hastanın 12'sine), genel ve kansere özgü sağkalım oranlarının elektif endikasyonlarla NKC

yapılan grupta daha iyi olduğunu (%98, %100 ve %88, %96) bildirmişlerdir.

Karadeniz ve arkadaşları, böbrek tümörü nedeniyle RN ile tedavi edilen ortalama tümör boyutu 5.8 cm olan 47 hasta ile NKC ile tedavi edilen ortalama tümör boyutu 4.7 cm olan 31 hastayı 5 yıl süreyle lokal nüks ve sağkalım bakımlarından karşılaştırmışlar ve bir fark bulamamışlardır (RN %4.2 ve %87, NKC %6.4 ve %84).

Çalışkan ve arkadaşları, sürrenal kitle nedeniyle ameliyat ettikleri 79 hastayı incelemişler ve patoloji sonucuna göre feokromositoma tanısı alan hastaların (grup 1) feokromositoma olmayanlara göre (grup 2) sadece hormonal yönden aktif olmak dışında (%57, %4.6) radyolojik ve cerrahi özellikler bakımından bir farkları olmadıklarını bildirmişlerdir.

Dalkılıç ve arkadaşları, adrenal kitle tanısı ile opere ettikleri 12 hastayı patolojik özellikler ve uygulanan cerrahi teknikler açısından retrospektif olarak incelemişler ve laparoskopik cerrahinin giderek popülerite kazandığı ve adrenal kitlelere multidisipliner olarak yaklaşılması gerektiğine kanaat etmişlerdir.

Divrik ve arkadaşları, ileri evre NSGCT tanısı ile kemoterapi verilen 77 hastayı iki kür kemoterapi sonrası tümör belirleyici-

leri ile tedaviye yanıt verenler (Grup 1) ve yanıt vermeyenler (Grup 2) olarak ayırdıklarında ölüm oranları ve sağ kalım sürelerinin grup 1'de %4.3 ve 70 ay, grup 2'de ise %35.3 ve 34 ay olarak bulmuşlar, bu nedenle iki kemoterapi sonrası tümör belirleyicilerinde iyileşme gözlenmeyen grupta yeni tedavi rejimlerine gereksinim olduğuna kanaat etmişlerdir.

Divrik ve arkadaşları, klinik evre 1, NSGCT tanısı almış 45 hastada embriyonel komponentin %50'den fazla, pT1den daha ileri evrede tümör olmasının ve lenfovasküler invazyon varlığının relaps açısından risk faktörleri olduğunu, en az bir risk faktörü olan grupta %36, sadece bir risk faktörü olanlarda %26, 2 ve 3 risk faktörü olanlarda ise %66 relaps olduğunu bildirmişlerdir.

Karademir ve arkadaşları, Evre I NSGCT tanısı almış 38 hastayı orşiektomi sonrası RPLND yapıncaya kadar geçen süre bakımından iki gruba ayırmışlar, 60 günden daha uzun süre sonra RPLND yapılan grupta lenf nodu tutulumu olasılığının arttığını (%14'ten %72'ye), bu nedenle de RPLND'nin 60 günden önce yapılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Baltacı ve arkadaşları, Evre 2b ve 3'teki germ hücreli testis tümörlerinde kemoterapi sonrası tümör belirleyici düzeyleri

normale inen ve rezidüel kitlesi kalan 27 hastayı inceleyerek kesin patolojik tanı koymak ve yüksek oranda sağkalım oranları elde etmek için RPLND'yi tavsiye etmişlerdir.

Çalışkan ve arkadaşları, inmemiş testis nedeniyle adölesan çağda orşiektomi yaptıkları 62 hasta grubu ile 50 kişilik kontrol grubunu karşılaştırmışlar, inmemiş testis grubunda sperm parametrelerinde anormallik, inguinal herni oranı, atipik hücre oranı ve mikrokalsifikasyon oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Gürbüz ve arkadaşları nadir görülen ve çok kötü seyirli retroperitoneal bölgede bağ dokusu kökenli 6 hastadaki deneyimlerini ve bu hastalara agresif yaklaşım ve yakın takip gerektiğini bildirmişlerdir.

Şanlı ve arkadaşları, testis tümörü nedeniyle opere edilen erkeklerde preoperatif ultrasonografi ile testiküler mikrolitiazis saptanan 78 hastanın %80'inde 1-3 mm'lik alanda (grup 1), %20'sinde ise bilateral diffüz (grup 2) intratestiküler mikrokalsifikasyon saptamışlardır. Bu hastaların %21'inde tamamı mikrokalsifikasyonun bulunduğu testiste olmak üzere grup 1'de %20 ve grup 2'de ise %26 oranlarında testis tümörü olduğunu bildirmişlerdir.

Benign prostat hiperplazisi

Dr. Serkan Demirydoğan,
Dr. Özgür Erdoğan, Dr. Çağ Çal
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji
Anabilim Dalı, İzmir

Benign prostat hiperplazisi (BPH), yaşamı tehdit edici olmamasına karşın özellikle yaşlı erkeklerde klinik belirtileri ile yaşam kalitesinde belirgin azalmaya yol açan bir hastalıktır. Multifaktöriyel bir hastalık olan BPH'ya neden olan önlebilir risk faktörleri kesin olarak belirlenmemiştir. Sigara, alkol kullanımı, vazektomi ve obezitenin klinik BPH gelişimindeki rolü üzerine güçlü kanıtlar yoktur. Bununla beraber, son yıllarda diyabet ve BPH arasındaki ilişki daha fazla gündeme gelmektedir.

Toplumun geniş bir kesimini etkileyen bir hastalık olması nedeni ile ürologların BPH üzerine ilgisi devam etmekte, her geçen gün yeni tanı ve tedavi stratejileri tanımlanmaktadır. Klinik değerlendirme-

de kullanılan testler, özellikle semptom skorlamaları, sürekli sorgulanmakta ve duyarlılığı, özgüllüğü daha yüksek, cerrahiden görülecek yararı öngörmeyi hedefleyen, daha ucuz yöntemler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Cerrahi tedavide halen altın standartın transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) olmasına karşın teknolojik ilerlemeler sonucunda yeni minimal invazif tedavi seçenekleri geliştirilmekte ve etkinlikleri TUR-P ile karşılaştırılmaktadır. Gelecekte BPH tedavisinde TUR-P'nin rolünün giderek azalması şaşırtıcı bir son olmayacaktır.

Antalya'da 2-7 Ekim 2004 tarihleri arasında düzenlenen 18. Ulusal Üroloji Kongresi'nde BPH ile ilgili çalışmalar 15 sözel ve 25 poster sunuşla katılımcılara aktarıldı. Sunuların büyük bölümünün tedavi yöntemleri üzerine olması dikkat çekici bir noktadır.

BPH gelişimindeki olası risk faktörlerini belirlemeye yönelik iki çalışmada hiperinsülinizmin bu hastalığın gelişimini arttırdığı belirtildi (1, 2). Saha çalışması şeklinde planlanan çalışmalar prevalans araştırması (3) ve hastalığın doğal seyiri (4) üze-

rineydi. Alt üriner sistem semptomlarının varlığı ile erektil disfonksiyon (ED) ilişkisini sorgulayan çalışmada, alt üriner sistem semptomlarının şiddetindeki artışın ED görülme sıklığı ve şiddetini de arttırdığı vurgulandı (5). İnfravezikal obstrüksiyonda mesanede oluşan histolojik değişiklikler ve bunların klinik bulgularla ilişkisi değerlendirildiğinde bazı klinik parametrelerle histolojik değişiklikler arasında ilişki olabileceği görülecektir (6).

BPH semptomlarının şiddetini ve tedavinin etkinliğini değerlendirmede en yaygın IPSS skorlama sistemi kullanılmaktadır. IPSS'in türkçe çevirisinin hastalar tarafından anlaşılabilirliğini ve güvenilirliğini sorgulayan çalışmada IPSS çevirisinin hastaların gerçek şikâyetlerini yansıtmaktan uzak olduğu ve daha anlaşılır anketlere gereksinim olduğu saptandı (7).

Kongre sırasında prostat spesifik anti-jen (PSA) ile ilgili toplam 4 adet çalışma sunuldu (8-11). Tekin ve arkadaşları çalışmalarında (8) biyopsi sonucunu öngörebilecek yeni bir gösterge tanımladılar. Serum PSA değişkenlik katsayısı adını

verdikleri bu göstergeyi ve hastanın serbet PSA, total PSA, prostat volümü gibi değişkenlerini kullanarak karar ağacı adını verdikleri bir algoritma geliştirdiler. Karar ağacı kullanılarak, biyopsi sonuçlarını öngörmede %100 duyarlılık ve %60 özgünlük değerlerine ulaşılmaktadır. PSA üzerine diğer bir çalışmada açıklık ya da tokluğun PSA düzeylerini etkilemediği ve günün herhangi bir saatinde kan örneği alınabileceği gösterildi (9).

BPH ile ilgili sunulan 26 çalışmadan altısı medikal tedavi yöntemlerini irdelemekteydi. BPH tedavisinde kullanılan dört farklı alfa reseptör blokerinden terazosin ve doksazosin hastaların lipid profilleri üzerine olumlu etki gösterirken alfuzosin ve tamsulosin ile bu etki gözlenmedi (12).

Diyabeti olan BPH hastalarında, mesane boşalma fonksiyonları depolama fonksiyonlarından daha fazla etkilenmektedir (13). Bu hastalarda alfa reseptör blokeri ile etkin tedavi sağlanabilir ve etkinlik diyabet süresi ile değişmemektedir. BPH' lı hastalarda aralıklı tamsulosin tedavisinin değerlendirildiği çalışmada; günde bir kez tamsulosin 0,4 mg kullanımı ile gūnaşırı tamsulosin 0,4 mg kullanımı karşılaştırıldı. İki grup arasında üriner akım ve semptomlarındaki düzelme açısından bir fark bulunamadı (14).

TUR-P öncesi kısa süreli finasterid kullanımı operatif kanama miktarını ve kanamaya bağlı komplikasyonları azaltmaktadır (15).

BPH tedavisinde kullanılan minimal invazif tedavi seçeneklerinden birisi de plazmokinetik yöntemidir. Sunulan dört çalışma BPH tedavisinde TUR-P' ye alternatif olarak plazmokinetik yöntemini değerlendirmekteydi (16-19). Bu çalışmaların biri plazmokinetik vaporizasyonu (16), ikisi plazmokinetik rezeksiyonu (17, 18) değerlendirirken diğerinde her iki yöntem (19) tek başlık altında TUR-P ile karşılaştırılmıştı. Çalışmalardan birisinde %8 oranında transfüzyon gerektiren kanama bildirilirken diğerinde transfüzyon gereksinimi olmadığı vurgulandı. Kateter çekme süreleri çalışmalar arasında küçük farklılıklar göstermekle birlikte TUR-P uygulamalarında daha erken kateter çekilmesi dikkat çekicidir. Üç çalışmada hastaların ortalama bir yıllık takip süresi sonunda semptom skorları ve maksimum idrar akım hızları açısından, TUR-P uygulanan grupla aralarında anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı. Plazmokinetik tedavisi ile TUR-P uygulamasını periopera-

tif sıvı emilimi açısından değerlendiren çalışmada ise plazmokinetik yönteminde sıvı emiliminin anlamlı derecede az olduğu görüldü (18).

Gyrus aygıtı ile elektrovaporizasyon uygulanan 23 olguluk seride postoperatif 3. ayda IPSS, idrar akım hızı ve serum PSA değerlerinin preoperatif değerlerden anlamlı olarak farklı olduğu saptandı ve elde edilen sonuçların TUR-P ile karşılaştırılabilir olduğu öne sürüldü (20). Ancak çalışmada kontrol grubunun bulunmaması sonuçlar değerlendirilirken dikkate alınmalıdır.

Bipolar ve klasik monopolar elektrod kullanılarak yapılan TUR-P operasyonlarının karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise; kateter çekme zamanı, serum sodyum düzeylerinde düşüş, hastanede yatış süresi ve postoperatif hematokrit değerlerindeki değişim açısından bipolar elektrodun daha avantajlı olduğu görüldü (21).

Son dönemde ülkemizde popüler olan KTP lazerle fotoselektif prostat vaporizasyonu ile ilgili iki çalışmanın sonuçları da kongrede sunuldu (22, 23). Yöntemin erektil disfonksiyon üzerine etkilerini irdeleyen çalışmada %78 hastada ereksiyon işlev skorunun değişmediği ve %23 hastada iyileştiği belirlendi (22). Etkinliği değerlendiren çalışmada ise yöntemin erken dönem sonuçlarının etkinlik ve güvenilirlik açısından yüz güldürücü olduğu ancak uzun dönem sonuçlara da gereksinim duyulduğu belirtilmektedir (23).

Eşlik eden hastalıkları nedeniyle prostatik stent uygulanan 27 hastanın irdelendiği seride %85.1 oranında başarı bildirildi ve yöntemin konvansiyonel cerrahiye uygun olmayan hastalarda minimal invazif bir tedavi seçeneği olarak akılda tutulmasının gerektiği vurgulandı (24). Farklı prostatektomi yöntemleri uygulanan 80 yaş üzeri hastaların değerlendirildiği çalışmada, gelişen teknolojilerin yaşlı erkeklerde kabul edilebilir komplikasyon oranlarıyla uygun tedavi seçenekleri sunduğu gösterildi (25).

TUR-P ile aynı seansta inguinal herni onarımı yapılması iki ayrı çalışma ile sorgulandı (26,27). Maliyet, hastanede yatış süresi ve işgücü kaybının azalması buna karşın morbiditede bir artış olmaması uygulamanın avantajıdır (26). Ayrıca tek seansta iki ayrı ameliyatın yapılması hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Benzeri şekilde diğer çalışmada da TUR-P ve inguinal herni onarımının birlikte yapılmasının pratik, güvenli ve etkili olduğu belir-

lendi (27). İki cerrahinin birlikte kullanımı sonucunda gelişen komplikasyon oranları sadece TUR yapılan hastalarla aynıdır.

TUR-P' de cerrahi deneyimin önemini, asistan ve uzmanların yaptıkları operasyonlarla öğretim üyelerinin yaptıkları operasyonları rezeke edilen volüm, rezeksiyon süresi, hemoglobin ve sodyum değerlerindeki düşüş açılarından karşılaştırarak araştıran çalışmanın sonucunda, TUR-P seyrinin esas olarak asistanlık sonrası kazanılan deneyime bağlı olduğu saptandı (28).

TUR-P ile miyokardiyal infarktüs ilişkisi 2 ayrı çalışmada sorgulandı (29, 30). TUR-P yapılan hastalarda postoperatif troponin-I bakılması klinik bulgu vermeyen kardiyak sorunları ortaya koyabilmektedir (29). TUR-P kardiyak açıdan özellikle koroner hastalık öyküsü bulunmadığında güvenilir bir operasyondur ve troponin T kullanılarak değerlendirildiğinde TUR-P' nin herhangi bir subklinik miyokard iskemisine yol açmadığı görülecektir (30).

Gelecekte de ürologların BPH üzerine ilgisi şüphesiz devam edecektir. Özellikle önlenebilir risk faktörlerini araştıran yeni çalışmalar tıp dünyasının ve insanlığın en önemli beklentisidir. Gereksiz biyopsilerin önlenmesi amacıyla daha spesifik tanı yöntemlerini ve belirleyicileri bulmak için de çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Yaşanan teknolojik gelişmeler yeni minimal invazif tedavi yöntemlerinin kısa sürede ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Bu yöntemlerin uzun dönem etkinlik ve güvenilirliklerinin değerlendirilmesi için klinik çalışmalara da gereksinim vardır.

Bildiriler

1. Akbulut ON, Çaşkurulu T, Arısan S, Altuntaş Y, Güney S, Ergenekon E. BPH gelişiminde bir risk faktörü: Hiperinsülinizm
2. Özden C, Urgancıoğlu G, Özdal L, Koyuncu H, Gökçaya S, Memiş A. Benign prostat hipertrofil hastalarda prostat büyümesi ile metabolik sendrom arasındaki ilişki.
3. Ayççek S, Akay AF, Aflay U, Şahin H, Bircan MK. Diyarbakır ili kırsal alanında benign prostat hiperplazisi prevalansı.
4. Gündüz K, Aksoy M, Yıldırım Ü, Eroğlu A, Hamurcu U, Zorlu F, Özgü I, Can E, Dinçer H. Benign prostat hiperplazisinin doğal seyri (prospektif saha çalışması-50 aylık takip sonuçları)
5. Rodoplu A, Altay B, Nazlı O, Umul M. Alt üriner sistem semptomlu hastalarda erektil disfonksiyonun araştırılması; testosteron, leptin, kan lipidleri ile ilişkisi ve alfa bloker (tamsulosin) tedavisi ile birlikte değerlendirilmesi.
6. Çam K, Çiçekçi B, Güven A, Kayık .I A, Akyüz O, Akman Y, Erol A. Benign prostat hiperplazisine bağlı infravezikal obstrüksiyonda mesane biyopsisinde elektron ve ışık mikroskopisi ile saptanan histolojik

değişikliklerin ve klinik parametrelerin histolojik evreyi belirlemedeki rolünün araştırılması.

7. Temiz Y, Tanıdır Y, İlker Y. Uluslar arası semptom skoru gerçekleri ne kadar yansıtıyor?

8. Tekin A, Bduroğlu İ, Erenay Z, Danış S, Yücebaşı E, Şengör F. Normal rektal muayene ve yüksek PSA düzeyleri (4.1-20ng/ml) olan erkeklerde prostat histolojisini öngörmede yeni bir gösterge: Serum PSA değişkenlik katsayısı.

9. Tuncel A, Aksüt H, Ağras K, Tekdoğan Ü, Ener K, Atan A. Serum prostat spesifik antijen düzeyi açlık ve tokluktan etkilenir mi?

10. Parlaktaş BS, Erdemir F, Uluocak N. Benign prostat hiperplazili hastalarda transüretal rezeksiyonunun serum prostat spesifik antijen konsantrasyonuna etkileri

11. Kefi A, Köseoğlu H, Çelebi İ, Yörükoğlu K, Esen A. Akut üriner retansiyona eşlik eden yüksek PSA ve prostatit ilişkisi

12. Acar D, Bozlu M, Doruk E, Akbay ES, Çayan S, Ülger S, Karazindiyanoğlu S, Akbay ER. Benign prostat hiperplazili olgularda dört farklı alfa blokerin lipid profili üzerine etkisi

13. Bozlu M, Ulusoy E, Çayan S, Akbay S, Görür S, Abidinoğlu D. Diyabetik ve diyabetik olmayan benign prostat hiperplazili hastalarda alfa bloker tedavilerinin karşılaştırılması

14. Yanardağ H, Göktaş S, Kibar Y, Kılıç S, Bedir S, Erduran D. Alt Üriner sistem semptomlu erkeklerde aralıklı tamsulosin tedavisi.

15. Özden C, Benli K, Özdal L, Gökkyaya S,

Koyuncu H, Memiş A. Prostatın transüretal rezeksiyonu öncesi kısa süreli finasterid kullanımının operatif kanama üzerine etkisi.

16. Mutlu N, Kuzey T, Özkan L, Soylu AG, Taneri C, Gökalp A. Prostatın transüretal rezeksiyonu (TUR-P) ile bipolar plazmakinetik teknolojisi ile elektrovaporizasyonun erken ve geç dönem sonuçlarının karşılaştırılması.

17. Nuhoğlu B, Ayyıldız A, Ersoy E, Cebeci Ö, Germiyanoglu C. Plazmakinetik prostat rezeksiyonunun etkinliği: 1 yıllık izlem.

18. Akçayöz M, Aki FT, Kaygısız O, Öztürk B, Adsan Ö, Çetinkaya M. Benign prostat hiperplazisi tedavisinde transüretal rezeksiyon (TUR-P) ile plazmakinetik transüretal rezeksiyon (PKTUR-P) uygulamasının sıvı emilim miktarları açısından karşılaştırılması.

19. Erbağcı A, Erturhan S, Yağcı F, Sarıca K, İnal Y, Solakhan M. BPH endoskopik tedavisinde plazmakinetik elektrovaporizasyon yöntemi: 112 hastada erken dönem sonuçlarımız.

20. Senkul D, Erden D. Benign prostat hiperplazisi tedavisinde Gyruş elektrovaporizasyonu: 23 olgudaki deneyimlerimiz.

21. Beşişik A, Yenmez K, Seviç C, Güzelburç V, Karadeniz T. ACMI VISTA (AVBL-TURP) bipolar loop elektrod ile yapılan prostat rezeksiyonunun klasik monopolar akımla yapılan TUR-P ile karşılaştırılması.

22. Hattat H, Erol A, Akkuş E. KTP lazerle

prostatın fotoselektif buharlaştırılması(PVP) yönteminin erektil disfonksiyon üzerine etkisi.

23. Karadeniz T, Beşişik A, Sevinç C, Topsakal M, Yenmez K, Güzelburç V. BPH tedavisinde 80W KTP fotoselektif lazer vaporizasyonun etkinliği

24. Özer C, Turunç T, Güvel S, Aygün C, Köylüoğlu E, Gören MR, Peşkirioğlu L, Özkardeş H. Prostatik stent deneyimimiz

25. Tefekli A, Baykal M, Çakır T, Altunrende F, Binbay M, Taş A, Müslümanoğlu AY. 80 yaş üzerinde prostatektomi

26. Güvel S, Nursal TZ, Kılınc F, Eğilmez T, Yaycıoğlu Ö, Özkardeş H. Aynı seansta transüretal prostatektomi ve inguinal herni sonuçları

27. Çimentepe E, İnan A, Ünsal A, Dener C. Transüretal prostat rezeksiyonu ve inguinal herni onarımının birlikte yapılması komplikasyon oranlarını artırır mı?

28. Oğuzülgen İ, Öztürk K, Gören R, Tekin Mİ, Özkardeş H. Transüretal prostat rezeksiyonu: Cerrahi deneyimin önemi

29. Güvel S, Yiğit F, Kılınc F, Eğilmez T, Özkardeş H. Transüretal prostatektomi geçiren hastalarda postoperatif erken dönemde oluşan myokardiyal hasar.

30. Altınel M, Arpalı E, Özer G, Aras D, Sargin S, Gönenç F. Transüretal prostat rezeksiyonu sonrası troponin T kullanılarak subklinik myokard infarktüsünün değerlendirilmesi

Prostat kanseri

Dr. Saadetin Yılmaz Eskiçorapçı,
Dr. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

18. Ulusal Üroloji Kongresi'nden en çok akılda kalan sunum Dr. Freddie C. Hamdy'nin yaptığı "THE USE OF PSA AS AN OUTCOME MEASURE AFTER TREATMENT OF PROSTATE CANCER" adlı konuşma idi.

Dr. Hamdy konuşmasının başında çok değerli ve kolayca akılda kalacak bilgiler aktardı. Belki bunları birçoğumuz çok iyi bilmekteyiz fakat ben yine de kısaca aktarmak istiyorum. 50-70 yaş aralığındaki hastaların ilk muayenedeki bulguları şöyle sıralanabilir:

- %10 hastanın PSA değeri >3ng/ml dir
- %20-30 hasta prostat kanseridir
- %60 organa sınırlı hastalıktır
- Organ sınırlı hastalık olan hastaların %35 inin PSA değeri <4 ng/ml dir
- PSA 0-4 olan hastaların %15 inin prostat biyopsisinde prostat kanseri vardır
- PSA'nın tek başına duyarlılık ve özgüllüğü prostat kanserini saptama ve evrelemede yeterli değildir.

Dr. Hamdy daha sonra "PROSTAT KANSERİ TAKİBİNDE PSA'NIN KULLANIM ALANLARI" nı şu şekilde özetledi:

1. Aktif izlem (Active monitoring)

Dr. Hamdy "Watchful Waiting" tanımının artık kullanılmaması gerektiğini bunun yerine Aktif izlem(Active monitoring) denilmesinin daha uygun olacağını belirtiyor. Aslında takipte bir değişiklik olmamasına rağmen, hasta psikolojisini düşündüğünüz zaman bu görüşün uygun olduğu kanısındayız.

Bu noktada Dr. Hamdy, D'Amico ve arkadaşlarının 2004 yılında New England Journal of Medicine dergisinde yayımlanan yazısına atıfta bulunarak aktif izlemin planını çizmeye çalışıyor. Bu yazıda radikal prostatektomili (RP) 1095 hastanın verileri incelenmiş. 1989-2002 yılları arasında PSA taraması ile saptanmış lokalize prostat kanserli hastaların ortanca PSA değeri 4,3 ng/ml ve ortanca izlem süresi 5 yıldan fazladır. Tüm hastaların operasyon öncesi PSA değişim hızı (velositesi) ölçülmüştür. Sonuçta şu hastalarda sağkalım süreleri anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur:

- Operasyon öncesi PSA>10ng/ml
- Klinik evre T1c olmayıp T2 olan
- Gleason >7 olan
- Operasyondan önceki yıl için hesaplanan PSA değişim hızı > 2ng/ml olan

Bu bulguların ilk üçünü daha önceki çalışmalardan bilmekteydik. Fakat PSA değişim hızının 2 ng/ml den fazla olmasının kötü prognostik olması ve bu hasta-

ların prostat kanserinden ölme olasılıklarının daha yüksek olması bizim için yeni bir kavramdır. Dr. Hamdy aktif izlem yapılacak hastalarda PSA değişim hızının bu bağlamda önemli olduğu noktasının altını çizmiştir.

2. Radikal prostatektomi sonrası izlem

Dr. Hamdy RP sonrası 0,2 ng/ml PSA değerinin, makul bir eşik değer olarak görüldüğünü ve PSA seyirlerine bakılarak hastaları aşağıdaki gibi iki gruba ayırmaya önemli olduğunu belirtmektedir:

- RP sonrası ilk 1-2 yıllık süreçte PSA yükseliği saptanan hastalar: Sistemik hastalığı düşündürür
- RP sonrası iki yıldan sonra PSA yükselmesi saptanan hastalar: Lokal rekürrensi düşündürür.

Dr. Hamdy bu noktada kötü apikal diseksiyonun ve buna bağlı olarak rezidüel prostat doku bırakılmasının PSA takibini kötü etkileyeceğini belirtmektedir. Ayrıca RP sonrası yavaş yükselen PSA değerleri olan hastalarda, klinik rekürrenslerin genelde ilk PSA yükselmesinden çok sonraları (9 yıl sonra) çıktığını belirterek, özellikle bu hastalarda takipte ek tedavilere geçmek için acele edilmemesini belirtmektedir.

3. Radikal radyoterapi sonrası izlem

Dr. Hamdy, Radikal Radyoterapi(RR) sonrası PSA izleminin zorluğundan bah-

setti. Bu zorluğun nedenleri ise şu şekilde sıraladı:

- RP operasyonunda olduğu gibi prostat dokusunun çıkarılmaması
- BPH ve selim prostat dokularının PSA artışından sorumlu olabileceğini
- RR sonrası biyopsilerin yorumlanmasındaki güçlükler
- Takipte net olarak tanımlanmış PSA sınırlarının olmaması

Bu zorlukları yenmek için "ASTRO guidelined" olarak bilinen kriterler kullanılmaktadır. "PSA progresyonu var" diyebilmek için 3-6 aylık aralıklar ile ölçülen ardışık PSA değerlerinde artış olması gerekliliği vurgulanmıştır.

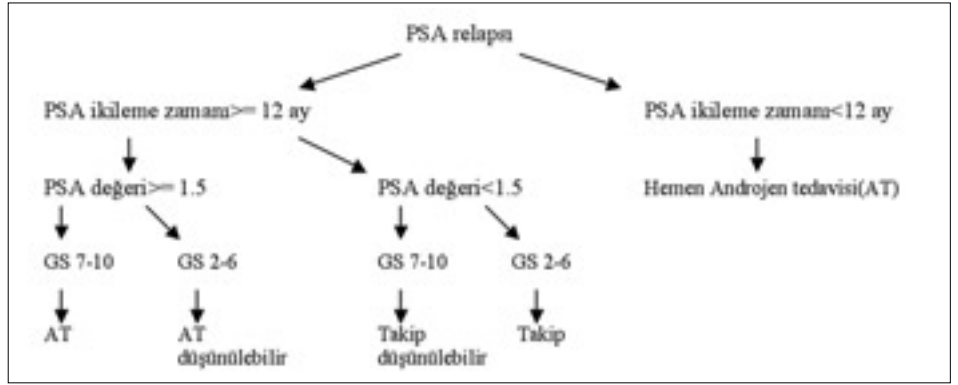
Bu noktada Dr.Hamdy RP veya RR sonrası "PSA ikileme zamanının" bir başka deyişle PSA değerinin referans değere göre 2 katına çıkma zamanının önemine dikkat çekmiştir.

Cannon ve arkadaşlarının 2003 yılında Urology dergisinde yayınlanan yazısında, RP sonrası PSA ikileme zamanı 10 aydan daha kısa olan hastalarda metastazsız yaşam süresinin anlamlı olarak daha kısa olduğu bildirilmiştir. Albertsen ve arkadaşlarının 2004 yılında Journal of Urology dergisinde yayınlanan ve RP veya RR+/- Androjen ablasyon tedavisi almış 1136 hastalık Connecticut serisinde PSA ikileme zamanı 12 aydan kısa olan hastalarda hastalığa özgü yaşam sürelerinde belirgin azalma saptanmıştır. Bu yazıda PSA ikileme zamanı 12 aydan kısa olan hastalar 10 yıl içinde prostat kanserinden ölüm açısından "Yüksek riskli", 12 aydan uzun olanlar "Düşük riskli" olarak tanımlanmıştır.

4. Androjen tedavisi sonrası izlem

Dr. Hamdy Androjen tedavisini takiben PSA'nın çoğunlukla istenen seviyelere ulaştığını belirtmiş ve bunun nedenlerini şu şekilde belirtmiştir:

- Prostat hücrelerinin çoğunluğunun androjene duyarlı olması
 - Testosteron düzeyinin kastrasyon düzeylerine inmesi
 - Tümörün PSA salgılayan tümör olması
- Androjen tedavisi sonrası PSA yükselmesi ile ilgili ise şu yorumlarda bulunmuştur:
- Genelde "hormonal escape" yani hormonal kaçak düşünülmesi gerektiğini



Şekil 1. RR sonrası PSA relapsı görüldüğünde neler yapılmasını gerektiğini çok iyi özetleyen bir algoritma

- Tedavi başlangıcından sonra genelde 2-3 yıl içinde olduğunu
 - Klinik öneme ulaşma süresinin çok uzun zaman alabileceğini belirtmiştir.
- Bu noktada Dr. Hamdy RR sonrası PSA relapsı görüldüğünde neler yapılmasını gerektiğini çok iyi özetleyen bir algoritma sunmuştur (Şekil 1).

Sonuç

Sonuç olarak Dr. Hamdy şu mesajları vermiştir:

- Aktif tedavi almayan hastalara diğer bir deyişle izlem yapılan hastalara tedavilerini "Watchful waiting-Bekleyerek izlem" olarak tanıtmak yerine "Active monitoring-Aktif izlem" olarak tanıtmak gerektiğini
- Aktif izlem yapılan hastalarda PSA değişim hızının prostat kanserinden ölme riskinin saptanmasında önemli olabileceğini
- Radikal tedavi alan hastalarda PSA ikileme zamanının 12 aydan daha kısa olmasının hem hastalığa özgü hem de genel yaşam beklentisi açısından kötü prognostik bir gösterge olduğunu
- Radikal tedavi alan hastalarda PSA'nın hızlı yükselmesi görüldüğünde sistematik hastalık düşünülmalıdır
- Radikal tedavi alan hastalarda PSA'nın yavaş yükselmesi görüldüğünde lokal rekürrens düşünülmalıdır

Dr. Hamdy'nin son cümlesi ise tüm konuşmasını bir özeti ve hepimiz için bu tür hastaların tedavisinde ilk öncelik olmalıdır:

"Treat the patient, not his PSA!" yani "Hastanın PSA'sını değil kendisini tedavi et!"

Bu konu ile ilgili okunması önerilen kaynaklar

1. Catalona WJ, Smith DS, Wolfert RL, Wang TJ, Rittenhouse HG, Ratliff TL, Nadler RB.: Evaluation of percentage of free serum prostate-specific antigen to improve specificity of prostate cancer screening. JAMA. 1995 Oct 18;274(15):1214-20.
2. Partin AW, Kattan MW, Subong EN, Walsh PC, Wojno KJ, Oesterling JE, Scardino PT, Pearson JD.: Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update. JAMA. 1997 May 14;277(18):1445-51.
3. Thompson I. M., Pauler D. K., Goodman P. J., Tangen C. M., Lucia M. S., Parnes H. L., Minasian L. M., Ford L. G., Lippman S. M., Crawford E. D., Crowley J. J., Coltman C. A. Jr.: Prevalence of Prostate Cancer among Men with a Prostate-Specific Antigen Level 4.0 ng per Milliliter. N Engl J Med 2004; 350:2239-2246, May 27, 2004.
4. D'Amico AV, Chen MH, Roehl KA, Catalona WJ.: Preoperative PSA velocity and the risk of death from prostate cancer after radical prostatectomy. N Engl J Med. 2004 Jul 8;351(2):125-35.
5. Albertsen PC, Hanley JA, Penson DF, Fine J.: Validation of increasing prostate specific antigen as a predictor of prostate cancer death after treatment of localized prostate cancer with surgery or radiation. J Urol. 2004 Jun;171(6 Pt 1):2221-5.
6. Cannon GM Jr, Walsh PC, Partin AW, Pound CR.: Prostate-specific antigen doubling time in the identification of patients at risk for progression after treatment and biochemical recurrence for prostate cancer. Urology. 2003 Dec 29;62 Suppl 1:2-8.