

Altmış üç yaşında erkek hasta Gross pıhtılı hematüri ile başvurdu

SUNUM: Dr. Murat Lekili

YANITLAYAN: Dr. Süleyman Ataus

iki yıl önce nonfonksiyone böbrek tanısıyla sağ nefrektomi olmuş ve patolojisi kronik pyelonefritik böbrek olarak belirlenmiş olan hastada yapılan kontrollerde mesane sol yan duvarında 2x2 cm'li dolun defektine rastlandı. Böbrekte herhangi bir patoloji yoktu. Endoskopide mesane sol yan duvarında, tabanda ve sağ yan duvarda 2x1, 1x2 ve 1x1 cm'lik tümöral oluşumlar görüldü ve TUR-T uygulandı (1998). Patoloji DEHC, T1 Grade II olarak belirlendi.

Hastaya bu noktada yaklaşımınız ne olurdu? Rekürens riski nedir? Intravezikal tedavi gerekiyor mu?

Hasta ilk kez mesane tümörü tanısı konmuş ve grade II olması nedeniyle orta risk grubunda olarak değerlendirilebilir. Bu durumda hastaya ilave herhangi bir tedavi yapmayıp üç ay sonra kontrol sistoskopisi yapılabilir. Ancak hastanın tek böbrekli olduğu, yaşının nispeten genç olması, dolayısıyla mesane tümörüne bağlı komplikasyonları ortaya çıkması için uzun süre olduğu göz önüne alınırsa rezeksiyon sonrasında tek doz intravezikal tedavi de düşünülebilir. Bu aşamada intravezikal immüno-terapi düşünmezdim.

Intrakaviter BCG 6 hafta ve idame tedavisi veriliyor.

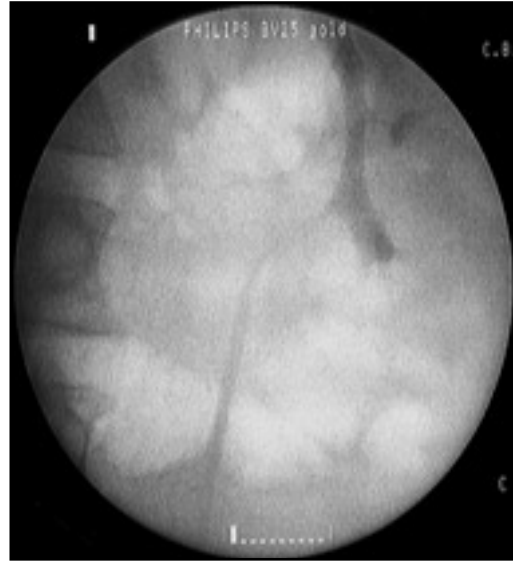
18.ay, 24.ay kontrol sistoskopilerinde rekürens olması ile yeniden TUR'lar yapıyor. Tümör progresyonu yok. Yani her iki TUR'da da patoloji T1 olarak bildirildi.

Bu noktada radikal sistektomi gündeme getirilmeli mi? Progresyon olmasına karşın reküren T1 ler olduğunda intravezikal tedavi vs radikal yaklaşım konusunda düşünceleriniz nelerdir?

Tümörler T1 olarak yineliyor ancak grade'in ne olduğu konusunda bilgimiz yok. Ancak yine T1 GII olsa bile, intravezikal BCG tedavisi yapılmış olması, buna idame tedavisinin de ilave edilmiş olması ve buna rağmen rekürens göstermiş olması, bence sistektominin gündeme getirilmesini gerektiriyor. Olasılıkla bu kadar sık T1 olarak nüks eden tümörde grade de yüksek olacaktır; yüksek gardeli T1 tümörlerde, hele bir kez intravezikal tedaviye rağmen nüks durumu varsa, erken sistektominin sağ kalım süresini uzattığı artık kanıtlanmış bir gerçek.

Hastaya yönelik bilmediğimiz diğer bir bulgu da tümörle birlikte karsinoma in situ'nun varlığı. Şayet varsa, o zaman başka bir tedavi yaklaşımı düşünmeden sistektomiyi önerirdim.

2002 yılında 36.ay sistoskopide tekrar rec. olması üzerine üst üriner sistem değerlendiriliyor. Herhangibir patoloji saptanmı-



Resim 1.

yor. (Retrograd pyelografi ve sitoloji ile). Tümörde yine progresyon yok (Resim 1-3)

YMT'de Üst üriner sistemin değerlendirilme sıklığı konusunda düşünceleriniz nelerdir

Yüze mesane tümörlerinde üst üriner sistemin değerlendirilmesi hakkında net olarak oluşmuş bir fikir birliği yok. Değişik araştırmacılar senede bir kez ile beş senede bir değerlendirme arasında, kendi takip protokollerine göre yaklaşım göstermektedirler. Kişisel yargım, yukarı idrar yollarının incelemesinin mesanedeki tumor rekürenslerine göre yapılması yönünde. Sık nüks eden bir tümör olduğu takdirde üst üriner sistemin de daha sık olarak tetkik edilmesi gerektiğine inanıyorum. Bu durumda senede bir kez, sistoskopiden önce yapılacak olan üriner sistem ultrasonografik incelemesi yeterli olabilir. Ancak anamnezinde mesane tümörü olan, sistoskopi ile mesane de herhangi bir tümöre rastlanmayan, karsinoma in situ da olmadığı kanıtlanan hastalarda, hematüri devam ettiği takdirde, hematüriyi açıklamak için görüntüleme yöntemlerinden başlayarak, separe idarda sitolojik tetkike kadar, üst üriner sistemi irdeleyecek tüm çalışmalar yapılmalıdır.

En son 2003 yılı ağustos ayında BUN, Kreatinin yükselmesi ve hematüri ile yeniden değerlendirilmeye alınan hastada bu defa sol hidroüreteronefroz saptandı. Endoskopide mesane içinde multiple yüzeysel papiller tümöral oluşumlar ile birlikte sol üre-



Resim 2.

ter orifisinden sarkan papiller oluşumlar görüldü. Üreteroskopi kanama nedeniyle başarılı olmadı.

Sistoprostatektomi+üreter eksizyonu (frozen'da normal üreter görülene kadar üreter eksize edildi) ve ileal conduit uygulandı.

Patoloji: TCC, Grade II, lamina propria invazyonu var. Kas dokusunda tümör yok. Üreter TCC, grade II.

Bu hastanın takibi için önerileriniz ve prognoz hakkında düşünceleriniz nelerdir?

Bu hasta, ilk tanıdan beş sene sonra üreterde de tümör çıkmış olması ancak yıllar içinde, son patoloji de dahil olmak üzere



Resim 3.

herhangi bir patolojide adale tutulumu olmaması nedeniyle özellik gösteriyor. Geriye dönük bakıldığında, patolojilerde hiç grade III saptanmadığı varsayılırsa, bu hastada sistektomi endikasyonu sık yineleyen ve intravezikal tedaviye yanıt vermeyen T1 tümör olurdu. Bu ise, üroonkolojide yanıtı net olmayan diğer bir konuyu gündeme getirmeyi gerektiriyor: T1 ama grade III olmayan ve mesane içi ilaç uygulama tedavisine yanıt vermeyen hastalara da erken sistektomi yapılmalı mı?