

Altıncı Ankara Üroonkoloji Kursu'ndan İzlenimler

Dr. Çağ Çal

Prof. Dr. Haluk Özen Ankara Üroonkoloji Kursu'nun çıkış noktasını, Amerikan Üroloji Derneği'nin yıllık toplantılarına katılma şansını bulamayan ürologların bilgilerini güncelleyebilecekleri bir ortam yaratmak olarak tanımlıyor. İlk olarak 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Toplantı Salonlarında gerçekleştirilen bu kurs, geçen yıllar içerisinde konuşmacı ve program zenginliğinden ödün vermeksizin çoğu meslektaşımızın ajandasında katılınması gereken bir toplantı olarak yerini aldı. Günümüz Türkiye'sinde gerçekleştirilen birçok organizasyonun "geleneksel" kelimesinin özündeki anlamla gelişmesine rağmen Ankara Üroonkoloji Kursu rüştünü seneler önce ispatlayarak rakipsiz olduğu kulvarında her iki yılda bir çitasını daha da yukarıya yükselterek gelişmektedir.

Kurs süresince ürolojinin çalışma sahasına giren dört organın; böbrek, mesane, prostat ve testisin malign tümörlerine ait en son literatür bilgileri özetlenerek kursiyerlere aktarıldı. Özellikle halen çözüm bekleyen ikilemlere yönelik yaratılan tartışma ortamları kurs programına ayrı bir zenginlik kattı. Şüphesiz, yaşamdan haz almaya bilen bir hekim grubunu oluşturan ürologların bu niteliklerini tatmin edecek şekilde düzenlenen sosyal programlar da kursiyerlerin kursa yönelik motivasyonunu kamçladı.

Prostat kanserine yönelik oturumlarla başlayan kursun ilk oturumunda Dr. Catalonia "Prostat Kanserindeki Yeni Belirleyici" arayışlarını ve gelinen noktayı anlattı. Özellikle prostat kanserinde yükselen proPSA üzerinde durarak bu tümör belirleyicinin serum toplam PSA değeri 2-4ng/ml olan erkeklerde prostat kanseri tanısı koymada değerli katkılarının olabileceğini vurguladı.

Dr. Lange sunuşunda serum PSA değerinin 4-10ng/ml arasında olmasının prognoza etkilerini sorguladı ve bazı hastalarda serum toplam PSA değeri düşük olsa da prognozunu kötü olabileceği yorumunu yaptı. Dr. Catalonia'nın ikinci konuşmasının konusu "Biyopsi Kararı Vermek İçin PSA Üst Sınırını Düşürmeli miyiz?" olarak belirlenmişti. Dr. Catalonia'ya göre serum PSA değeri, yaş grubunun ortanca PSA değerinden yüksek olan bireylerde 3 kat daha fazla prostat kanseri görülme riski vardır. Serum PSA düzeyi 2.5-3.0ng/ml olan erkeklerde %22-25 oranında prostat kanseri saptanmaktadır. Prostat kanseri tarama çalışmalarının amacı olumlu prognostik faktörleri taşıyan hastalara erken tanı koymak olduğu için biyopsi kararı vermede daha düşük PSA değerlerinin kullanılması organ sınırlı prostat kanseri tanısı koyma olasılığını arttıracaktır. Ancak, bu yorumun farklı açılımının daha fazla biyopsi olduğu ve gereksiz biyopsilerden de hastalarımızı korumamız gerektiği gerçeği unutulmamalıdır.

Avusturya'dan Dr. Bartsch, 1993 yılında başlattıkları 45-70 yaş arasındaki gönüllü erkeklerin serum PSA değerlerinin tarandığı çalışmanın sonuçlarını kursiyerlerle paylaştı. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre, prostat kanseri tanısı konulan popülasyondaki ortalama PSA değeri yıllar içerisinde azaldı, ancak Gleason değerinin ortalamasında bir değişim saptanmadı. Taramanın sürdürüldüğü dönemde organ sınırlı prostat kanseri tanısında artış olurken metastatik tümürlü hastaların sayısı azaldı.

Dr. Catalonia ise prostat kanseri taramasında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki görüşü kursiyerlere aktardı ve sunuşunda prostat kanserinin etkin tedavisi yoksa erken tanının kanser kontrolünde bir fark yaratma şansının olup olmayacağını sorguladı. Serum PSA değerinde yükselme ile saptanan prostat kanserlerinin çoğu klinik önemi olan kanserlerdir ve prostat kanserine bağlı ölüm oranı azalıyorsa bundan PSA taramasıyla sağlanan etkin tedavi sorumludur.

Prostat kanserinin tanısı ve tedavisinin planlanmasında prostat biyopsisinin özel bir yeri vardır. Bu kadar önemli olmakla beraber, prostat biyopsisiyle ilişkili aydınlatılması gereken açmazlarda bulunmaktadır. Dr. Sözen "Biyopsi: Ne zaman, nasıl, kaç adet, ne sıklıkla, kime, rebiyopsi kriterleri" isimli konuşmasında bu soruların yanıtlarını aradı. Dr. Sözen'e göre alınan biyopsi sayısının artırılması prostat kanseri tanısı konulma olasılığını da arttıracaktır. Ancak fazla sayıda örnekleme ilk set biyopside kullanılmamalıdır. Hastalara rebiyopsi yapıldığında %20-40 olguda daha kanser saptanacaktır ve rebiyopsi sırasında apikodorsal bölüme özellikle yönelmek gereklidir. Ayrıca ilk biyopside yüksek dereceli PIN veya atipi saptanan alanlarla bunlara komşu alanlara da rebiyopsi sırasında dikkatle önem verilmelidir. İlk set biyopsi sonrasında prostat kanseri %90 oranında saptanmaktadır. Bununla beraber, 3. ve 4. set biyopsilerde düşük oranda da olsa prostat kanseri saptanabilir. İlk biyopsinin lokal anestezi altında alınması hastaların rebiyopsi gerekliliğini daha kolay kabullenmelerini sağlar. Dr. Sözen'e göre daha iyi alan tanımlayacak ultrasonografi problemleri ve tekniklerin geliştirilmesiyle gereksiz biyopsi yapılmasının da önüne geçilebilecektir.

Prostat kanserinin optimal evrelendirilmesi Dr. Lange tarafından irdelendi. Prostat kanserli hastaların evrelendirilmesinde kemik sintigrafisi, transrektal ultrasonografi (TRUS), bilgisayarlı tomografi (BT), rektal coil ile manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılabilir. Serum PSA değeri <20ng/ml olan olgularda evreleme için kemik sintigrafisinin kullanılması bir katkısı olmayacaktır. Yine de, Gleason skoru 8≤ olan olgularda PSA değerine bakılmaksızın kemik sintigrafisi ile metastaz taraması yapılmalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme sadece kemik sintigrafisinin

deki verilerin korelasyonu için kullanılmalıdır. Tümörün lokal yayılımını belirlemede TRUS çok etkin değildir. Klinik olarak evre T3-T4 ayırımı için BT' den yararlanılabılır. Özel durumlar dışında bu amaçla MRG kullanılmamalıdır. Eğer hastanın PSA değeri 40< veya Gleason skoru 9/10 ise BT ile lenf nodları görüntülenmelidir. Bugün için ProstaScint' in lenf nodu tutulumunu göstermede yeterli olduğu gösterilememiştir. MRG' de lenf nodu görüntülemesinde yeterince duyarlı değildir. Evreleme için yararlanabilecek bir diğer araç nomogramlardır.

Kursun ikinci oturumunda Dr. Bartsch, Dr. Catalonia ve Dr. Debruyne kendi uyguladıkları radikal prostatektomi yöntemlerini kursiyerlere video görüntüleri ile anlattılar. Ayrıca Dr. Zlotta da laparoskopik radikal prostatektomi uygulamasını gösteren bir video sundu.

Dr. Freiha'nın yönettiği tartışma oturumunda evre T3 prostat kanseri olgularında tedavi seçeneği olarak radikal prostatektomi (Dr. Smith) ve radyoterapi ile birlikte hormonoterapinin kullanımı (Dr. Debruyne) sorgulandı.

Dr. Smith'e göre bazı evre T3 prostat kanseri olguları cerrahi olarak sağtılabilirler. Uzak metastazı olan olgularda dahi hastalığın lokal kontrolünün sağlanması önemlidir. Ayrıca debulking cerrahisi adjuvant tedavinin etkinliğini arttıracaktır. Evre T3 hastalarda standart tedavi radyoterapi ile birlikte androjen deprivasyonudur, ancak daha genç hastalarda radikal prostatektomi agresif olmakla beraber uygulanabilecek bir yaklaşımdır.

Dr. Debruyne sunuşu sırasında neoadjuvant antiandrojenik tedavinin radikal prostatektomi ile kombinasyonunun getirisinin olmadığını bilmesine rağmen radyoterapi ile kombinasyonun hastalık kontrolünde avantaj sağladığını belirtti. Bununla beraber, neoadjuvant hormonoterapi ve radyoterapi kombinasyonunun hastalığın lokal kontrolü, uzak metastaz gelişimi üzerine etkilerinin olmasına karşın nedene özel mortaliteye etkisi yoktur. Yine de Gleason skoru 2-6 olan hastalar bu yaklaşımdan yarar görmekteyler. Dr. Debruyne' a göre de T3N0M0 hastalar için standart tedavi neoadjuvant androjen deprivasyonu ile radyoterapinin kombinasyonudur.

Dr. Smith, bir sonraki oturumda radikal prostatektomi uygulanmış hastalarda pozitif cerrahi sınırın sağ kalım üzerine etkileri ve pozitif cerrahi sınırın nasıl sakınılacağı konularını işledi. Radikal prostatektomi sonrasında pozitif cerrahi sınır bulunmasına etki eden faktörler hasta seçimi, patolojik analiz ve cerrahi tekniktir. Retropubik ve perineal radikal prostatektomide prostat apeksinin bulunduğu alanda, laparoskopik radikal prostatektomide ise posterolateralde pozitif cerrahi sınır daha fazla görülür.

Dr. Lange "Küratif Tedavi Sonrası Yükselen PSA" isimli konuşmasında, bu hastalarda prognozu belirlemede PSA ikiye katlanma zamanı ve tedavi sonrası PSA' daki ilk yükselişin saptandığı zamanın önemli olduğunu vurguladı. PSA nüksü tanımını kullanabilmek için serum değerinin 0.4ng/ml olarak alınması akılcı bir seçimdir. Bununla beraber, on yıllık izlemde PSA nüksü saptananlarla saptanmayanlarda genel yaşam süresi açısından farklılık yoktur. Biyokimyasal nüksün <2 yıl olması, PSA ikiye katlanma zamanının 10 ay olması, Gleason skoru değeri (5-7 ile 8-10 arası değerler) prognozu öngörmeye prediktif olabilirler. PSA nüksü sonrasında tedavi yaklaşımı olarak radyoterapi, endokrin tedavi, salvage tedavi uygulanabilir. Tedavi şeklinin belirlenmesinde en önemli faktör nüks yerinin saptanmasıdır.

Dr. Smith kurs programı dahilindeki bir diğer sunuşunda radikal prostatektomi sonrası cerrahi sınır pozitifliğini göze alarak potensin ve kontinansın korunması sorusuna yanıt aradı. Ereksiyon ve kontinansı korumak için yapılacak her girişim pozitif cerrahi sınır olasılığını arttıracaktır. Özellikle radikal prostatektomi sonrası potensin korunmasına yönelik yaklaşım hastanın yaşı gözönüne alınarak yapılmalıdır. Evre T2b, serum PSA > 15ng/ml ve Gleason skorunun 8 ≤ olduğu hastalarda sinir koruyucu radikal prostatektomi uygulaması yapılmamalıdır.

Tibbin birçok alanında geleceğin tedavi şekillerini belirleyecek bir yaklaşım olan gen tedavisindeki son gelişmeleri Dr. Debruyne katılımcılarla paylaştı.

Dr. Bartsch, hormonoterapiye dirençli prostat kanseri nedeniyle yaşamını yitiren hastaların çoğunun tümör dokusunda androjen reseptörlerinin bulunduğunu belirtti. Androjen reseptörleri mutasyona uğradıkça androjenler dışında faktörler prostat kanser hücrelerinin proliferasyonunu sağlarlar. Progesteron steroidler, adrenal androjenler, dihidrotestosteron metabolitleri, antiandrojenler bu etkiyi oluşturabilirler.

Dr. Özcan, prostat kanserinin hormonal tedavisinde yalnızca kastrasyon ile maksimum androjen blokajını karşıladığı konuşmasında bu iki tedavi seçeneğini karşılaştıran çalışmalarda birbirleriyle çelişkili sonuçlar elde edildiğini vurguladı. Bununla beraber, bir metaanaliz çalışmasına göre maksimum antiandrojen tedavisinin tek başına kastrasyona üstünlüğü bulunmamaktadır.

Dr. Akdaş, prostat kanseri tanısının giderek daha erken yaşlarda konulduğunu ve erken yaş grubundaki hastalarda potensin korunmasının önemli olduğunu vurguladı. Bu nedenle, antiandrojen monoterapisinin seçilmiş hastalarda kullanılabilecek bir tedavi yöntemi olarak belirtti.

Dr. Bedük, prostat kanserinin antiandrojen tedavilere başlangıçta yanıt verse de sonuçta kaçınılmaz şekilde bu tedaviye dirençli hale geleceğini vurguladı. Aralıklı antiandrojen tedavinin amacının progresyona kadar geçen süreyi uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak olduğunu açıkladı. Bu tedavi radikal prostatektomi veya

radoterapi sonrası nüks gelişenlerde, definitif tedavi kullanılmayanlarda, TxN+MO olgularda, metastatik ancak seksüel aktif kişilerde kullanılabilir bir tedavidir.

Dr. Vogelzang, sunuşunda metastatik prostat kanserli hastalara yönelik tedavi seçeneklerini açıkladı. Bu hastalarda tedavi kararı verilirken hastanın performans durumu, semptomlar, eşlik eden hastalıklar, metastatik hastalığın lokalizasyonu dikkate alınmalıdır. Androjen reseptörlerinde antiandrojenlere karşı çapraz direnç gelişmediği için hormonoterapiye direnç geliştiği düşünülen olgularda bir antiandrojenin yerine bir başkası kullanılabilir. İkincil hormonal tedavilere de direnç gelişen hastalarda sitotoksik tedavi gündeme gelecektir. Bunun için farklı kombinasyonlar denense de henüz ideal ilaç ve protokol tanımlanamamıştır. Taksoter tek başına veya kombine kullanımda umut veren bir ilaçtır. Bu hastalara yönelik bifosfonat kullanımı yaşam süresine olumlu katkı sağlasa da bu farklılık anlamlı değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde hormonal tedavilere dirençli hastalarda standart yaklaşım dositaksel ve estramustin kombinasyonudur.

Kursun ikinci gün programı yine geçmiş yıllarda olduğu gibi günün erken saatlerinde başladı. Dr. Catalona'nın yönettiği prostat kanseri olgu tartışmasında Dr. Özen, Dr. Kırkcalı, Dr. Dillioğlugil, Dr. Zorlu ve Dr. Türkeri sunulan hastalara yönelik görüşlerini açıkladılar.

Dr. Droller idrarda atılan maddelerin mesane tümörü tanısı konulmasında kullanılabilirliğini vurguladığı konuşmasında "Mesane Kanseri Tanı ve İzleminde Kullanılan Noninvazif Tetkikler" den sözetti. Bu amaçla, idrar sitolojisi, floresans in-situ hibridizasyon (FISH), surface antigen fluorescent labelling ve üriner belirleyiciler kullanılabilir.

Dr. Droller, ikinci sunuşunda hangi hastalara tekrar transüretral rezeksiyon (TUR) yapılmasının gerekli olduğunu irdeledi. Evre Ta, multipl tümörlerde TUR'un yeterliliğini belirlemek, T1 tümörlerde evrelemenin güvenilirliğini belirlemek, kas invazyonu olan olgularda penetrasyonun derinliğini belirlemek ve invazif tümörlerde mesane koruyucu protokollerde tekrar TUR (re-TUR)'dan yararlanılır.

Dr. Zlotta, "Primer ve Rekürren Karsinoma İn situ" ların Tedavisi" konulu konuşmasında primer karsinoma in situ (Cis) olgularının tümöre eşlik eden tipe göre daha nadir olduğunu açıkladı. Cis tedavisinde standart tedavi seçeneği intravezikal BCG instilasyonudur. Bununla beraber, BCG tedavisinin uzun dönem sonuçları bilinmemektedir. Henüz araştırma aşamasında olan ilaçlar ise bu sorunun tedavisinde umit vermektedir.

Dr. Droller gün içerisindeki bir diğer sunuşunda "Risk Kontrollü İntravezikal Kemoterapi" üzerinde durdu. İntravezikal tedavinin hedefleri nüksü önlemek, progresyonu engellemek, nüksler arasında geçecek zamanı uzatmaktır. Kombine tedaviler, intravezikal etkinliği arttıracak ortam yaratılması (ilaç emilimini arttıracak uygulamalar gibi) ve gen tedavisi yüzeyel mesane tümörlerinin gelecek dönemlerdeki tedavi seçenekleri olabilir.

Dr. Zlotta, yüzeyel mesane tümörlerinin tedavisinde kullanılan intravezikal BCG'nin etki mekanizması, ideal dozu ve uygulama şeması ile ilgili konuşmasında BCG tedavisinde geleceğin doz ayarlamasına yönelik araştırmalar ve rekombinan teknolojilerdeki gelişmelerle şekilleceğini belirtti.

Dr. Freiha'nın yönettiği tartışmanın konusu yüzeyel mesane tümörleri arasında özel bir yeri olan T1G3 kanserlerin sağlığında erken sistektomi ve intravezikal tedavi uygulamalarının karşılaştırılmasına yöneliktir. Dr. Baltacı'nın bu tümörlerde erken sistektomi uygulamasına ve Dr. Zlotta'nın intravezikal tedavi ile sağlığa yönelik sunuşlarında değişici epitel karsinomlarında hastanın prognozunu belirleyen en önemli parametrelerden birisinin cerrahi olduğu görüşü öne çıktı. Hastaların tümörsüz kaldığı süreler, rekürren G2-G3 tümörler ve Cis varlığı progresyona etki eden risk faktörleridir. Eğer hastada kısa sürelerde nüksler ortaya çıkıyorsa ve diğer olumsuz faktörler de varsa erken sistektomi yapılabilir. Bununla beraber, hastaların genel yaşam sürelerine bakıldığında intravezikal tedavilerle sağlığını olgularla erken sistektomi yapılan olgular arasında farklılık bulunmadığı görülecektir. T1G3 tümörlerde hatalı düşük evrelemenin %34-60 oranında yaşanabileceği ve gecikmiş sistektominin hastalığı kontrol altına alınmasını garantileyemeyeceği de unutulmamalıdır.

Radikal sistektomi uygulamaları Dr. Freiha'nın "Erkeklerde Sistektomiyi Nasıl Yapıyoruz?" ve Dr. Lange'nin "Kadında Sistektomiyi Nasıl Yapıyoruz?" isimli sunuşları ile tamamlandı.

Radikal sistektomi uygulanan hasta için uygun diversiyon tipinin belirlenmesinde hastaya ve cerraha ait faktörlerin belirleyici olduğu Dr. Droller tarafından sunuş sırasında vurgulandı. Eşlik eden hastalıkların bulunması, fizyolojik durum, ne kadarlık bir yaşam süresi beklentisinin olduğu ve olgunun yaşam kalitesine yönelik beklentileri diversiyon tipinin belirlenmesinde hastaya yönelik faktörlerdir. Cerrah açısından bakıldığında ise diversiyon tipinin seçimini, cerrahi birikim, uygulanacak diversiyon tipine yönelik deneyim ve cerrahi sonrasında gerekecek teknik desteğin verilebilmesi için gerekli donanımın bulunmasıdır.

Dr. Droller invazif mesane kanseri hastalarında uygulanacak lenfadenektominin sınırlarını belirlemeye yönelik de bir sunuş yaptı. Bu hastalarda lenfadenektominin rolü, mesane dışı hastalığın tanısının konulması ve genişliğinin belirlenmesi, hastanın prognozuna yönelik veriler elde edilmesi ve lenfadenektominin olası tedavi edici etkisinden yararlanılmasıdır. Mesane kanseri olgularında standart lenfadenektomi aortik bifurkasyona kadar uzanmalıdır. Olgulardaki lenf nodu tutulumu yaşam süresi ve evre ile ilişkilidir. Lenf nodu negatif olan hastalarda yaşam süresi çıkarılan lenf nodu sayısı ile korelasyon göstermektedir. Yine yaşam süresi tutulu lenf nodu sayısı ile de orantılıdır ve 4< lenf nodu tutulumu olması kötü prognozu gösterir.

Dr. Vogelzang ürologların korkulu rüyası olan "Kemorezistan Testis Kanseri Ol-

gularla Kurtarıcı Tedaviler" konusunda bir sunuş gerçekleştirdi. Yeni kemoterapötiklerin bu hastaların sağlığında kullanılması ile olumlu sonuçlar alınabileceğine yönelik mesajlar verdi.

Dr. Maese ise metastaz yapmış mesane değişici epitel hücreli karsinomlarının yeni kemoterapötik ajanlarla tedavisine yönelik sunuşunda, bu hastalarda birincil kullanılacak tedavinin gemitabin ve sisplatin kombinasyonu ya da MVAC olduğunu belirtti. Bununla beraber, günümüzde umit veren gelişmeler olsa da ikincil tedavi kullanılabilir standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır.

Mükroskopik hematürisi olan iki olgu Dr. Droller tarafından yönetilen panelde tartışıldı. Dr. Altuğ, Dr. Özkardeş, Dr. Türkeri, Dr. Esen ve Dr. Uygur bu hastalara yönelik tanı ve tedavi görüşlerini kursiyerlere aktardılar.

"Testis Tümöründe Kemoterapi" isimli konuşmasında Dr. Vogelzang kötü risk faktörlerini taşıyan hastalarda 4 kürüklü BEP tedavisinden daha iyi sonuç veren bir kemoterapi protokolünün henüz tanımlanmadığını belirtti. Testis tümörlerinde yüksek doz kemoterapinin kurtarma (salvage) kemoterapiye üstünlüğü bilinmemektedir. Testis tümürlü hastalarda gözlenen geç relaps genelde kemorezistandır ve bu olgularda standart tedavi protokolleri yeterli olamayacaktır.

Üroonkoloji Kursunun son gün oturumları Dr. Vogelzang'ın "Metastatik Renal Hücreli Karsinom (RCC)" un Medikal Tedavisi" isimli sunuşuyla başladı. Böbrek kanseri genç-orta yaşta görülen bir malignitedir. Metastatik RCC tedavisinde 1960 yılından bu yana kemoterapi kullanılmakta, ancak tedaviye alınan yanıt maalesef belirli bir oranın üzerine çıkamamaktadır. İnterferon uygulamaları RCC tedavisinde kabul edilebilir standart tedavi olarak yerini aldı. Peg interferon daha az toksik ve hasta için kullanımı daha rahattır. RCC tedavisinde kullanılan interlökin-2 dozunun artırılması yanıt oranını arttıracaktır. RCC tedavisinde yeni immunoterapi modalitelerinin geliştirilmesi gereklidir. RCC'nin histolojik alt tiplerinde vaskülarite farklılıkları bulunmaktadır. Bu nedenle, antianjiyogenik tedaviler de araştırılmalıdır.

Dr. Lekili, böbrek tümörlerinin histolojik tipinin belirlenmesinin uygulanacak tedaviyi seçmede yol gösterici olacağını açıkladı. Örneğin toplamca kanal hücreli tümörlerin tedavisinde kemoterapi immunoterapiden daha etkindir. Yeni sitogenetik sınıflandırmada 4 ana grubun altında subtipler tanımlandı.

"Böbrek Tümörlerinde Prognostik Faktörler" i irdelleyen Dr. Kırkcalı, RCC' de insidans ve mortalitenin arttığını belirtti. RCC nedeniyle opere edilen üç hastadan birisinin progresyonu görülecektir. Tümörle ilişkili prognostik faktörler; evre, tümörün derecesi, metastaz varlığı, cerrahi sınır pozitifliği, tümör boyutu, ven tutulumu, histolojik tip, nükleer yapı ve VEGF varlığıdır. Tedavi ile ilişkili prognostik faktörler ise nefrektominin yapılması, metastatektomi ve immunoterapi uygulanmasıdır.

Dr. Zlotta metastatik RCC' de nefrektominin yerini sorguladığı sunuşunda bu hastaların tedavisinde cerrahi ve immunoterapi kombinasyonu kullanıldığında sadece immunoterapi uygulananlardan daha iyi yaşam süreleri elde edildiğini belirtti. Bu nedenle metastatik RCC tedavisinde yeni seçenekler araştırılırken etkinliği göstermeye yarayacak standart tedavi kontrol kolunun nefrektomi+immunoterapi olması gereklidir.

Kurs programındaki tartışma oturumlarından bir diğerini Dr. Richie yönetti. Normal kontrateral böbrekli olguda küçük solid renal kitlenin güncel tedavisini konu alan tartışmada Dr. Lange tedavi seçeneği olarak radikal nefrektomiyi önerirken Dr. Esen nefron koruyucu cerrahi uygulamasına yönelik yorumlarını aktardı. Küçük tümörlerde radikal nefrektomi ya da parsiyel nefrektomi yapılması yaşam süresi üzerinde farklılık oluşturmamaktadır. Küçük tümörlerin %22 oranında benign lezyonlardan köken aldığı da dikkate alınırsa küçük renal tümürlü hastaların neden parsiyel nefrektomi için uygun birer aday oldukları anlaşılacaktır.

Yoğun kurs programının son oturumu Dr. Richie'nin "Testis Tümörü Tanısında Gelişmeler" adlı sunuşu ile başladı. Bireylerde testis tümörü görülme olasılığı erkek kardeşlerinde tümör varsa 8 kat, babada veya oğlunda varsa 4 kat artış göstermektedir. Testis tümürlü hastaların evrelendirilmesinde AFP, beta HCG, akciğer grafisi, primer tümör histolojisi önemlidir. Melanoma antijen gene family (MAGE) seminom için potansiyel bir tümör belirleyici olabilir.

"Düşük Evreli Seminom Hastalarında Tedavi Seçenekleri" Dr. Maese tarafından anlatıldı. Bu hastalarda izlem, radyoterapi ve kemoterapi tedavi seçeneği olabilirler. Evre I hastalarda standart tedavi adjuvant radyoterapi (25Gy) veya hastanın yakın takibi mümkün olabileceyse izlem olabilir. Evre IIA - B hastalar infradiaphragmatik radyoterapi (25Gy+10Gy) ile sağlanmalıdır. Evre IIC - IV hastaların ise prognostik faktörler dikkate alınarak 3 veya 4 kür BEP ile tedavi edilmesi uygundur.

Dr. Özgök'ün yönettiği panelde Dr. Lange "Evre I Nonseminomatöz Testis Tümörlerinde Tedavi Seçenekleri" isimli sunuşuyla açış yaptı. Daha sonra söz alan Dr. De Mulder ve Dr. Richie evre I nonseminomatöz testis tümürlü hastalarda primer izlem, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) ve kemoterapi uygulamaları ile elde edilen yaşam sürelerinin birbirlerine eşitliği, RPLND ve kemoterapiye ait göreceli morbiditeler ve açık RPLND'nin yerinin laparoskopik yaklaşım alabilirliği sorularına yanıt aradılar.

Dr. Richie'nin RPLND uygulamasının anlatıldığı video sunuşunun ardından Dr. De Mulder "İleri Evre Germ Hücreli Testis Tümörleri: Standart Bir Tedavi Var mı?" isimli konuşmasını gerçekleştirdi. "Kemoterapi Sonrası Kurtarıcı Cerrahi" konularındaki görüşlerini aktaran Dr. Richie daha sonra Dr. Özen, Dr. Cüreklibatır, Dr. Erözenci, Dr. İşeri ve Dr. Akdaş'ın panelist olarak katıldıkları testis tümörü olgularının tartışıldığı oturumu yönetti.

Oturum üzerinde konuşmacı ve panelistin sunuş yaptığı ve 800' den fazla kursiyerin katıldığı 6. Ankara Üroonkoloji Kursu başarıyla tamamlanan yoğun programın ardından sona erdi.