

AMERİKAN KLİNİK ONKOLOJİ DERNEĞİ (ASCO) 39. KONGRESİ “GENİTOÜRİNER KANSER KISMININ ÖZETİ”

Dr. Atıf Akdaş

BÖBREK TÜMÖRLERİ

Amerika Birleşik Devletlerinde, 2003 yılında 31900 yeni böbrek tümörü hastası öngörülmüş olup, yıllık ölümlerin ortalaması 12000 olduğu ve özellikle metastatik hastalıkta immünoterapinin yetersiz kaldığı bilinmektedir.

Grade 3-4 toksisitenin nispeten daha fazla görüldüğü Gemcitabine + Cisplatin kombinasyonunda cevap oranı %20 bulunmuş ve sitokin tedavisinden daha etkili olmadığı bildirilmiştir (Abs.1549).Renal hücreli karsinomda “Thalidomide” tedavisi ile ilgili çalışmalardan üçünde immünoterapi ile kombinasyon sonucunda %14-36 değerlerinde klinik cevaplar (tam “CR” ve kısmi yanıt “PR”) rapor edilmiştir (Abs.1614,1554,1556).

“Gefitinib” (ZD1839) ile sadece bir minor cevap, “Bortezomib” (PS-341, “proteasome inhibitörü”) ile % 4-11 klinik cevap bildirilmiştir (Abs.1550,1551).

MESANE KANSERLERİ

Amerika Birleşik Devletlerinde 2003 yılı için öngörülen hasta sayısı 57400 dür. “Celecoxib” (cyclooxygenase-2 inhibitörü) yüzeysel mesane tümörlerinin tedavisinde nüks oranını azalttığı bildirilmiştir (Abs.1539).

SWOG 8710 çalışmasında MVAC + sistektomi sonucu yaşam oranının sistektomiye göre daha yüksek olduğu ve çok değişkenli analizde cerrahi sınırda tümör olmaması, on veya daha fazla lenf nodunun çıkartılmasının yaşam süresini uzattığı ancak kemoterapinin daha sınırlı bir cerrahiye olanak sağlamadığı bildirilmiştir (Abs.1540).

Metastatik veya inoperabl tümörlerde MVAC ve Docetaxel + Cisplatin karşılaştırılmış ve MVAC grubunda cevap oranı %55.4 ve ortalama yaşam süresi 14.2 ay iken, diğer grupta cevap oranının %36.8 ve sürenin 9.3 ay olduğu rapor edilmiştir (1541).

ECOG çalışmasında ise MVAC ve Car-

boplatin + Paclitaxel karşılaştırılmış ve 330 hastada çalışma planlanmasına karşın 85 hastada kapatılmış olup, cevap oranı MVAC ta %40 ve diğer grupta % 28.2 bulunduğu bildirilmiştir (Abs. 1542).

Yeni ilaçlardan 3. jenerasyon vinca alkaloidi “Vinflunine” de cevap oranı %16 ve oxaliplatin ile % 5 olduğu rapor edilmiştir (Abs.1971,1638).

Ayrıca farnesyl protein transferase inhibitörü olan SCH 66336 ve Gemcitabine kombinasyonu ile cevap oranının %40 olduğu bildirilmiştir (Abs.1667).

PROSTAT KANSERİ

Radikal prostatektomi (R.P) ve adjuvan tedavi uygulanmamış 329 hastada biyokimyasal kötülemeye kadar geçen süre 7.5 yıl ve ölüme kadar geçen sürenin ise 6.5 yıl olduğu, çok değişkenli analizde cerrahi sonrası iki yıl içinde nüks görülmesi, Gleason skoru ve PSA “doubling” zamanının uzak metastaz oluşumunu önceden belirlediği bildirilmiştir (Abs. 1527).

Prostat kanseri spesifik ölüm riski radikal prostatektomi yapılan orta riskli grupta 4.9 ve yüksek riskli grupta 14.2, radyoterapi (R.T) uygulanan orta riskli grupta 5.6 ve yüksek riskli grupta 14 olarak, 7316 hastalık grubun değerlendirilmesi sonucu rapor edilmiştir (Abs.1528).

RTOG 85-31 çalışmada R.T ye ilaveten hormonal tedavi uygulanması hastalarda on yılda lokal nüks oranını %23 ,sadece radyoterapi uygulananlarda ise %39 (p<0.001), uzak metastaz oranının kombine tedavi grubunda % 25 ve diğer grupta %39 (p<0.001) bulunduğu ve kötü prognozu olan yüksek riskli grupta hormonal tedavinin R.T ye ilavesinin yaşam süresini uzatma yararı olduğu rapor edilmiştir (Abs.1530).

RTOG 92-02 çalışma sonucunda ise R.T sonrası uzun süreli hormonal tedavinin (24 ay) uygulandığı hastalarda prostat kanseri spesifik ölüm riskinin 1.5 kat artmasının sebebinin erken dönemde andro-

jen bağımsız hücrelerin ortaya çıkmasına bağlı olduğu bildirilmiştir (Abs. 1529).

Lokalize hastalıkta, radyoterapi uygulanan hastalarda PSA yükselmesi ve prostat kanserine bağlı ölümlerin, 75 yaşından küçük yüksek riskli grupta (PSA>20, Gleason >=8>=T3A), ilişkili olduğu ve relatif ölüm riskinin 6 kat arttığı rapor edilmiştir (Abs.1526).

Lokal tedaviyi takiben önce Estramustine + Docetaxel ve daha sonra total androjen blokajı uygulanması sonucu hastaların %76 sında ortalama 29 ay PSA düzeyleri 0 olarak devam ettiği ve biyokimyasal olarak kötüleyen hastalarda erken dönem kemohormonal tedavinin yararı olabileceği bildirilmiştir (Abs.1609).

Androjen bağımsız tümürlü (AI) hastalarda Paclitaxel + Estamustine kombinasyonu ile %42 PSA cevabı, ortalama 16 ay yaşam süresi rapor edilmiştir (Abs.1615).

Metastatik hastalıkta Docetaxel+Bcl-2 antisense oligonukleotidi olan G3139 kombinasyon tedavisi uygulanan 29 hastadan %48 inde PSA % 50 den fazla düşmüş ve %21 inde ise PSA %75 den fazla düşmüş olduğu, ölçülebilir lezyonlarda PR %31 ve ortalama yaşam süresinin 605 gün olduğu bildirilmiştir (Abs.1580).

Calcitriol+Docetaxel+Dexamethasone tedavisinin aralıklı (intermittan) uygulanmasının sonucunda ortalama 5 ay tedavisiz dönem olduğu ve bir hastanın 68 hafta süre ile tedavi almadığı, PSA yüksekliği sonucu yeniden tedavi başlanan hastalarda en az 24 hafta süre ile PSA düzeylerinin düştüğü veya stabil kaldığı ve tedaviye ara verilmesinde özellikle halsizlik, dispne, anoreksi ve ishal şikayetlerinde azalma olduğu rapor edilmiştir (Abs. 1582).

Metastatik AI hastalarda uygulanan Estramustine + Docetaxel + Bevacizumab (anti-angiyojenik ajan) tedavisinde ölçülebilir lezyonu olan 32 hastanın %53 ünde PR ve PSA da %50 den fazla düşme oranının %65 olduğu , bir hastada fatal mesenterik

trombus ve bir hastada derin ven trombusu saptandığı bildirilmiştir (Abs. 1578). Yeni potent bir antimetabolit olan Epothilone B analogu olan "BMS-247550" tedavisi ile PSA da %50 den fazla düşüş oranı %56 ve objektif oranının %27 olduğu rapor edilmiştir (Abs.1584).

TESTİS TÜMÖRLERİ

"Lung Resistant Protein" (LRP) germinal hücre testis tümörlerinden teratom ve teratom komponenti olan mikst tümörlerde yüksek oranda salgılandığı bildirilmiştir (Abs.1754).

Klinik evre I nonseminomatöz testis tümörlü hastalarda damar invazyonu (VI "+") pozitif olanlarda nüks %40-50 iken, olmayanlarda bu oran %15-20 bulunmuş ve riskli gruba 2 kür BEP verilmesinin nüks oranını %10'a düşürdüğü bildirilmiştir (Abs.1604).

Diğer çalışmada ise VI (+) olan hastalara 2 kür BEP sonrası nüks %3, VI(-) olanlarda kemoterapi başlangıçta uygulanmamış ve nüks %11 bulunmuştur (Abs, 1558).

Klasik seminomlu hastalarda kemoterapi sonrası "PET" sensitivitesi %80, spesifitesi %10, "PPV" %100 ve "NPV" %95 saptandığı, $\geq 3\text{cm}$ kitlelerde ise vital hücre varlığının sensitivitesi %70, spesifitesi %71, "PPV" %37, "NPV" %91 olduğu, ve kemoterapi sonrası kitlelerin $\geq 3\text{cm}$ olanlarda "FDG-PET" (+) olması, canlı tümör hücrelerinin varlığını göstermede "prediktif" ise de, negatif olması yeterli olsada %100 güvenilirlik sağlamamaktadır (Abs.1532).

Metastatik germ hücre tümörlerinde ikinci basamak kemoterapide Gemcitabine + Cisplatin + Paclitaxel uygulanan hastalarda ortalama yaşam 11 ay ve objektif cevap

oranının %45 olduğu bildirilmiştir (Abs. 1692).

Kemoterapiye dirençli olan hastalarda Epirubicin + Cisplatin tedavisi ile %71 objektif cevap oranı elde edilmiştir (Abs.1557).

Temozolimide, cisplatin dirençli hastalarda veya nüks olan hastalarda uygulanmış ve cevap oranı %10 (2/20), ortalama yaşam 3.1 ay olarak bildirilmiştir (Abs.1757).

Testis tümörlü hastalarda yüksek doz Etoposid verilmesi sonrası myeloid lösemi riski 2.4 olarak rapor edilmiştir (Abs.1566).

Sunum: Dr. Ahmet Erözenci
Yanıtlayan: Dr. Tahir Turan

63 yaşında herhangi bir yakınması olmayan bir erkek, total PSA düzeyinin 35.4 ng/ml olması üzerine üroloğa başvurdu. Hastanın rektal muayenesinde prostat +, adenom kıvamında, belirgin bir nodül veya endürasyon palpe edilmiyordu. Yapılan 6 kor biyopsi sonucunda prostatta enflamatuvar değişiklikler saptandı, ancak malignite veya PIN belirlenmedi. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografisi ve idrar tahlili normaldi. Bu durumda ne önerirsiniz?

Böyle bir durumda ya PSA tayininde yapılmış bir teknik hata ya da serum PSA değerini prostat kanseri dışında yükseltecek diğer nedenler akla geliyor. Sonuncular arasında BPH, enflamasyon (prostatit, prostat infarktı) ve prostat manüplasyonu (prostat masajı ve biopsisi gibi) nedenler düşünülebilir.

Saptanan PSA değerini doğru varsayarsak, bu olguda yapılan biopsinin muhtemel bir prostat kanserini atlamış olma ihtimali oldukça yüksek. Bu aşamada, yüksek PSA değerini de göz önüne aldığımızda PSAD ve f/t PSA değerlerinin anlamlı olabileceğini düşünmüyorum. Biyopsi sonucu saptanan enflamatuvar bulgular her ne kadar bir antibiyotik tedavisi uygulamayı ilk aşamada düşündürse de, Xavier ve arkadaşlarının 2003 yılında yayınladıkları bir çalışmada yaş ortalamaları 51 olan 31 akut prostatitli olguda saptanan total PSA değerleri akut dönemde bile 20 ng/ml yi aşmamıştır. Bence mantıklı olanı hastaya 1 ay sonra mutlaka TRUS eşliğinde rebiopsi uygulamaktır. Gerstenbluth ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları bir çalışmaya göre, DRE normal ve PSA değerinin 30-39 arasında olduğu olguların yaklaşık % 80 inde TRUS-biopsi ile prostat kanseri saptanmaktadır.

Hastaya bu aşamada başka bir şey yapılmadı. 4 ay sonra hastanın PSA'sı 16'ya düştü. Periferik zondan 6 biyopsi daha alındı. TRUS bulguları: volüm 21 cc, PSAD: 0.72 ng/ml/cc. Biyopsi sonucu BPH + bir alanda low grade PIN olarak geldi. İdrar kültürü sterilidi ama

buna rağmen hastaya Cipro 500 mgx2/gün verildi. 4 ay sonra hastanın PSA'sı 26.7 ng/ml olarak saptandı, serbest PSA oranı ise %28 idi. Üçüncü kez biyopsi yapar mısınız? Bu hastanın kanser olma olasılığı nedir? Başka yerlerden de biyopsi alınması gerekir mi?

Hasta muhtemelen ilk biyopsi sonrasında antibiyotik kullandığı için, PSA değerinde saptanan düşüş başlangıçta mevcut olan enflamasyonun azalmasına bağlı olabilir. Bununla birlikte PSA'nın 16 ng/ml seviyesine inmiş iken antibiyotik tedavisine rağmen 4 ay sonra 26.7 seviyesine çıkması, enflamasyonun tek başına bu olgudaki PSA yüksekliğini açıklamayacağını göstermekte. Yapılan biyopside saptanan PIN 1'in klinik anlamı tabii ki yok. Prostat volümünün fazla olduğu olgularda standart biyopsi ile kanser tanısı açısından başarısız olma ihtimalinin yüksek olduğu bilinmekle birlikte, olgumuzdaki prostat volümü 21 cc olarak saptanmış. PSAD değeri kanser lehine iken serbest PSA oranı BPH yi işaret ediyor. Ancak düşük volümlü bir prostat için 0.72 lik bir PSAD değeri prostat kanseri açısından oldukça anlamlı. DRE si normal olup total PSA değeri 26.7 olan bir olgunun kanser olma ihtimalinin yaklaşık %65 olduğunu düşünürsek, bu olguya tranzisyonel zonu ve apiko-dorsal bölgeyi de içeren rebiyopsiler önermek bence en mantıklı olanı. Ayrıca yine bu aşamada satürasyon biyopsisi de bir seçenek olabilir.

Rektal muayene normaldi, ve hastadan üçüncü kez 6 kadran biyopsi alındı ve yine kanser saptanmadı. 2 ay sonra hastada büyümüş bir supraclaviküler lenf nodu saptandı, buradan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucunu adenokanser metastazı olarak değerlendirildi. Bu aşamada PSA 162.7 ng/ml olarak saptandı. Bu noktadan sonra ne yaparsınız?

PSA değerinin 162.7 ng/ml olması ve aspirasyon biopsisi sonucunun adenokarsinom metastazı olarak gelmesi bu aşamada mutlaka mevcut lenf nodunun eksize

edilmesini gerektiriyor. Patolojik inceleme esnasında immünohistokimyasal yöntemler ile de (PSA boyası gibi) tanı desteklenmeli.

Supraklaviküler lenf noduna bir kez daha biyopsi yapıldı ve alınan parçaların immünohistokimyasal olarak PSA ile boyandığı ama CEA, CD15 ve kromogranin için negatif olduğu saptandı. Çekilen tomografide supraklaviküler, retroperitoneal ve sol iliak lenfadenopatiler ve sol grade 2 hidronefroz saptandı. Hastanın TONİM1 prostat kanseri olduğuna karar verildi. Tedavi için önerileriniz nelerdir?

Bu aşamada tanımımız metastatik prostat kanseri olarak netleşiyor. Tümör yükü açısından ise bence orta derecede bir olgu. Ancak kemik sintigrafisi yapılmamış. Sintigrafi sonucunu takiben hormonal tedavi ve tercihen de cerrahi orşiektomi bence ilk seçenek olmalı. Üriner obstrüksiyona sebep olmuş yaygın LAP'leri olan bir hastada antiandrojen monoterapisini pek düşünmem. Ama yine de hasta ile konuşularak tedavi seçenekleri konusunda bilgi verilmeli. Hasta orşiektomiye kabul etmezse medikal kastrasyon ile başlanabilir.

Hastaya ilk ayı flutamidle birlikte olmak kaydıyla LHRH analog mono terapisine başlandı. Bir ay sonra hastada derin ven trombozu gelişti ve coumarine başlandı. Sintigrafide L4'de blastik lezyon belirlendi. Yeni tomografide de retroeritoneal metastazlarda gerileme vardı ancak renal dilatasyon devam ediyordu. PSA 64.7 ng/ml'e düştü ve hasta klinik olarak da kendini iyi hissettiğini belirtti.

Dört ay sonunda kreatinin 1.5 mg/dl, PSA 40.6 ng/ml. Değerlerindeydi. LHRH tedavisi altındayken hastada şiddetli kemik ağrıları olmaya başladı ve oral morfin tedavisine başlandı. Tedavisinin 8. ayında PSA 210 ng/ml olarak belirlendi, bu aşamada alkalin fosfataz da 440 U/L idi.

Tomografide retroperitoneal lenfadenopatilerde ve renal dilatasyonda gerileme olduğu ancak supraklaviküler LAP'ın toraxa doğru büyüdüğü saptandı. Bu aşamada tedavi konusunda ne önerirsiniz? Hastanın prognozu hakkında söylelenebilecek bir şey var mı?

Hastada PSA'nın artması tabii ki prognozun çok olumlu olmadığını gösteriyor. Retroperitoneal lenf büyümelerinde ve renal dilatasyonda gerileme olması olumlu ancak supraklaviküler lenf nodunun toraxa doğru büyümesi ileride komplikasyon yaratabilir. Hastayı hormo-

narefrakter olarak kabullenmek de güç, çünkü tedavinin hiçbir aşamasında tam olarak yanıt vermedi, PSA normal sınırlara inmedi. Tedavi olarak hormonal tedavi devam ederken adriamycin ve estracyt destekli kemoterapi veya taxol içeren bir kemoterapi gündeme getirilebilir. Doğal olarak radyoterapi de seçenekler arasında olabilir, aslında bu lenf nodunda daha hızlı bir gerilemeyi de sağlayabilir. Ancak burada unutulmaması gereken artık prosttan kaynaklandığı varsayılan bir kanseri tedaviden ziyade hastalığın komplikasyonlarının tedavisine odakla-

nıldığı; dolayısıyla hangi tedavi yapılırsa yapılsın, hastanın sağkalım süresinin fazla olacağını sanmıyorum.

Hastaya lenf noduna lokal radyoterap uygulandı ve lenf nodunda gerileme, ağrılarında azalma oldu. Tanıdan bir sene sonra PSA 267 ng/ml olarak saptandı. Ancak dört ay içinde hasta yeniden kötüleşti, çekilen yeni tüm vücut bilgisayarlı tomografide retroperitoneal ve mediastinal lenfadenopatiler belirlendi. Hasta bunu takip eden üç ay içinde (tedavinin başlangıcından 14 ay sonra) exitus oldu.

Sunum: Dr. Ahmet Erözenci

Yanıtlayan: Dr. Süleyman Ataus

27 yaşında, erkek hasta Ocak 1988'de hematüri yakınmasıyla başvurdu. Hastanın anamnezinde 11 yıldır günde yarım paket sigara içtiği vardı. Yapılan sistoskopisinde mesanede multipl (>5 odak) tümör saptandı, hepsine TURT uygulandı. Patoloji Ta grade II olarak belirlendi. Hastaya bu noktada önerileriniz ne olur?

Hasta tümörlerinin multipl ve grade II olması nedeniyle orta risk grubuna giriyor. Her ne kadar T1 tümörü yoksa da ileride nüks olasılığı %40'dan fazla. Ayrıca sigara içmesi de olumsuz bir etmen. Mesane tümörleriyle sigara arasındaki ilişki artık kanıtlandı. Hastanın yaşı göz önüne alındığında beklenen yaşam süresinin uzun olduğu da bir gerçek. Dolayısıyla bu aşamada hastaya sigarayı kesinlikle bırakmasını ve tümör faktörlerini açıklayarak intravezikal tedavi önerirdim. Daha da önemli olan, hastaya hangi intravezikal tedavinin yapılacağı. Her ne kadar en etkin intravezikal ajan BCG ise de bu hastada intravezikal bir kemoteröpatik düşünülebilir. Bu düşüncenin ardında, etkin ajan olan BCG'yi ileride T1 nüks olduğunda kullanma mantığı yatıyor. Tabii, 1988 yılında gündemde olmayan ama günümüzde kullanılan bir yöntem olan rezeksiyondan hemen sonra tek doz intravezikal bir ajanın verilmesi de düşünülebilir.

Hastaya bu aşamada ilave tedavi yapılmamış. Mayıs 1988'deki kontrol sistoskopisinde sağ orifis üzerinde 1 cm'lik tümör, sağ yan cidarda üç adet tümör saptanıyor. Rezeksiyon sonrası patoloji Ta grade II olarak belirleniyor. Bu aşamadaki önerileriniz nedir?

Hasta şimdi nüks etmiş olması nedeniyle progresyon ve ilerideki nüksler açısından riskli durumda. Mutlak surette intravezikal bir tedavi gerekiyor. İlacın ne olacağı bir önceki sorunun yanıtındaki mantık çerçevesinde belirlenebilir. Bunun yanı sıra hastanın sigara kullanmayı bırakıp bırakmadığını öğrenmek isterim.

Hasta sigarayı içmeye devam ediyor ve karakteri nedeniyle de rahat iletişim kurulan bir kişi değil. İntravezikal adri-

amycin tedavisine başlandı, ancak komplikasyonsuz seyreden tedavi hastanın gelmemesi nedeniyle dördüncü kürden sonra kesildi. Hasta bundan sonra ekim 1989'da yine hematüri yakınmasıyla geldi ve sistoskopide mesanede geniş tabanlı, 2x2 cm boyutlarında soliter bir tümöre rastlandı, TURT sonrası patoloji Ta grade II. Sorgulamasında sigara içmeye devam ettiği öğrenildi. Bu aşamada hastaya yaklaşımınız nasıl olurdu?

Her şeyden önce hastanın şanslı olduğunu söylemek gerekir. Anladığım kadarıyla, en azında sigara içme konusunda yaşamına dikkat etmiyor, verilen tedaviyi yarıda kesmiş ve neredeyse 1.5 sene sonrasındaki nüksü yine Ta grade II. Bu aşamada mutlak surette intravezikal BCG tedavisi önerir ve hastaya tümörünün progrese olma olasılığının yüksek olduğunu, ileride sistektomi seçeneğinin gündeme gelebileceğini söyledim. Karsinoma in situ ile ilgili bir bilgi olmamasını, bu antitenin olmadığı yönünde yorumluyorum. Ancak, Cis araştırılmadıysa, bu hastada mutlak surette araştırılması gerekir.

Hastada Cis yoktu. İntravezikal BCG tedavisi önerildi ancak hasta bunu kabul etmedi. 1989-1992 yılları arasında düzensiz olarak yapılan kontrollerde hastada tümör saptanmadı. Ancak ekim 1992'de sağ yan duvarda 2 adet ve arka duvarda multipl tümörler saptandı, hepsinin patolojisi Ta grade II olarak belirlendi. Hasta önerilen intravezikal BCG tedavisini yine reddetti.

Ocak 1993'e kadar kontrole gelmeyen hastada bu tarihte her iki orifis üzerinde ve kubbede birer adet tümör saptandı ve patoloji bu kez T1 grade II olarak belirlendi. Çekilen abdominopelvik tomografide herhangi bir LAP veya organ metastazı yoktu. Bu aşamadaki önerileriniz ne olurdu?

Tanıdan bu yana 5 yıl geçmiş durumda ve hasta progresyon gösteriyor. Yaşını göz önüne alarak mutlak surette intravezikal BCG tedavisi, yapılan kontrol sistoskopisinde yine tümör saptandığı tak-

dirde de sistektomiye gündeme getirirdim. Yineleyen yüzeysel tümörlerde erken dönemde yapılan sistektominin sağ kalımı olumlu yönde etkilediği artık biliniyor. Bu hastada sistektomiye birinci seçenek olarak düşünmemin nedeni hastanın yaşı, bir anlamda ona bir şans daha vermek ve yaşam kalitesini olabildiğince koruyabilmek.

İntravezikal BCG tedavisine başlandı ancak ikinci kürde 8 saat süren 39 derece ateşi oldu.. Bu kez de INH tedavisine başlandı. Hastanın BCG tedavisi devam etmeli mi?

Bilindiği gibi EORTC protokolünde ateş < 38.5 derece olduğunda durum BCG sistiti olarak değerlendiriliyor. Hafif halsizlik de yapan bu durumda tedavi kesiliyor ve semptomlar geçene kadar BCG verilmiyor. Ateş 38.5 derecenin üzerinde ve 12-24 saat sürüyorsa INH 300 mg/gün tedavisine başlanıyor ve tedavi 3 ay sürdürülüyor. Şayet BCG'ye bağlı artrit, myalji döküntü gibi semptomlar ortaya çıkarsa yine aynı dozda INH tedavisine başlanıyor; tedaviye devam kararı ise tedavinin yararı ile riskleri göz önüne alındığında hangisinin daha fazla olduğuna göre veriliyor. Bu hastada ateşin 8 saat sürmesi ve sonrasında düşmesi tedavinin kesilmesi için bir endikasyon değil. Ayrıca anamnez ve tümör faktörleri de göz önüne alındığında zaten BCG tedavisi gerekli.

Hasta intravezikal tedavi istemediğini belirtti. Mayıs 1993'de yapılan kontrol sistoskopisinde mesane yaygın tümörler saptandı, hepsinin patolojisi T1 Grade III olarak belirlendi. Bu aşamada sitoloji (+) idi. Hasta önerilen sistektomiye, empotans olasılığı nedeniyle reddetti. Bunu göz önüne alarak ne önerirsiniz? Bu durumda elimizde iki seçenek kalıyor. Ya yine bir intravezikal tedavi (tercihan BCG) denenecek, ya da radyoterapi yapılacak. Radyoterapinin küratif olduğu yönünde bir veri yok, ayrıca ileride yapılacak olası bir sistektomi cerrahisini de güçleştirebilir. Ancak hastanın uyumsuzluğu da göz önüne alınırsa, burada önerilenlerden çok hastanın kendi geleceğini belirlediği ortaya çıkıyor. Yine de

hastaya hastalığının artık yaşamını tehdit eder hale geldiğini anlatırdım.

Hasta intravezikal tedaviyi kabul etti ama bir önceki deneyimine dayanarak BCG'yi reddetti. Bunun üzerine 8 hafta süreyle intravezikal epirubisin tedavisi yapıldı. Tedavi komplikasyonsuz seyretti. Eylül 1993'de yapılan kontrol sistoskosisinde sağ orifisten sarkan tümör tes-

pit edildi, ayrıca mesanede de multipl tümörler vardı. Hepsinin patolojisi T1 grade III olarak belirlendi. İki alanda Cis saptandı. Hastaya sistektomi önerildi ve hasta yine empotans gerekçesiyle reddetti. Aralık 1993 kontrol sistoskosisinde mesanede T1 grade III multipl tümörler ve Cis saptandı. Bu kez yapılan intravezikal BCG tedavisi sorunsuz seyretti. Mart 1994'de yapılan sistoskospide yine

mesanede multipl tümörlerin yanı sıra sağ üreterde ve üretrada tümör saptandı. Hasta bundan sonra uzun süre kontrole gelmedi. 2002 yılında toksik tabloyla kliniğe başvurduğunda çekilen tomografi-lerde yaygın akciğer ve karaciğer metastazları saptandı ve hasta 2002 yılında exitus oldu.

Derneğe "Asil Üye" olmak üzere başvuracak adayların;

1. En az 2 yıllık üroloji uzmanı olması,
2. Ürolojik Onkoloji alanında yayımlanmış en az 3 adet yayını bulunması,
3. Üyelik başvuru formunda 2 asil üyenin imzasının bulunması gereklidir.

Bu özellikleri taşımayan başvurular dikkate alınmayacaktır.

Üyelik başvuru formu www.uroonk.org sitesinde yer almaktadır.