

## XIII. AVRUPA ÜROONKOLOJİ KONGRESİNDEKİ ÜROONKOLOJİK BİLDİRİLER

Dr. Gökhan Özer

Avrupa Üroloji Derneği'nin (EAU) 18. kongresi 12-15 Mart tarihleri arasında İspanya'nın Madrid kentinde yapıldı. Üroonkoloji ile ilgili konular: 6 ana oturum, 2 cerrahi teknik toplantısı, 1 klinikopatolojik toplantı, 2 "uzmanından dinleyelim" toplantısı, 4 "state of art lecture" toplantısı, 7 ESU kursu, 2 workshop, 3 sempozyum, 6 sözel bildiri, 1 video oturumu ve 21 poster oturumunda tartışıldı. Yapılan bildirilerin konulara göre sayısal dağılımı aşağıda özetlenmiştir:

**Prostat Kanseri;** temel araştırma alanında 59, tanı ve evreleme hakkında 72, lokalize tümörlerin tedavisi hakkında 59, metastatik hastalıkla ilgili 28 bildiri sunuldu. (Toplam 318)

**Ürotelyal Tümörler;** temel araştırma alanında 32, tanı ve evreleme hakkında 30, yüzeysel tümörlerle ilgili 30, infiltratif tümörlerle ilgili 10 bildiri sunuldu. (Toplam 102)

**Böbrek Tümörleri;** temel araştırma alanında 17, tanı ve tedaviyle ilgili 44 sunu yapıldı. (Toplam 61)

Penis ve testis tümörleri ile ilgili toplam 26 bildiri vardı.

Perry ve ark'ları tarafından sunulan bir çalışmada son 5 yılda, tarama popülasyonu olmayan grupta prostat kanseri prezentasyonundaki değişiklikler irdelenmiştir. İngiltere'den yapılan bu çalışmada son 5 yıldır uygulanan PSA testlerinde %300'lük, tanı alan prostat kanseri sayısında %200'lük bir artış olduğu belirtildi. Tanı anındaki PSA düzeyi ortalama %50 azalma gösterirken PSA'sı 10 ng/ml altında olan hasta oranlarında, yaş ortalamasında bir değişiklik saptanmamış, hastaların evre dağılımında ise bir farklılık olmamıştır.

Djavan ve arkadaşlarının çalışmasında, Vieana nomogramının kullanılmasıyla, prostat kanserinde tanı oranlarının oldukça arttığı ve tekrar biopsilerine gerek kalmadığı vurgulanmaktaydı. Helsinki Üniversitesi'nin bir çalışması; PSA 4-10 ng/ml aralığında tPSA, fPSA, parmakla rektal muayene ve prostat hacminin hepsini bir arada değerlendiren algoritimle-

rin daha etkin olduğu vurgulamaktaydı.

Foley ve arkadaşlarının çalışmasında PSA'nın sık kullanıldığı günümüzde, 50 yaş altı ve üstü prostat kanserlerinin benzer özellikler gösterdiği savunuluyordu.

Remzi ve ark, radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal rekkürrenslerde lokal nüksün saptanmasında 'renkli doppler transrektal USG'nin %85 sensitivite, %90 spesifite oranlarıyla faydalı bir teknik olabileceğini bildirdiler. Almanya'dan Tunn ve ark ları radikal prostatektomi sonrası nükslerde devamlı androjen deprivasyonunu, aralıklı deprivasyonla karşılaştırdıkları faz III çalışmasında, ilk sonuçların aralıklı tedaviyi ilgi çekici bir seçenek haline getirdiğini vurguladılar.

EORTC, hormona refrakter prostat kanserinde stronsiyum 89 klorid uygulaması ve palyatif lokal alan radyoterapisinin kıyasladığı faz III çalışmada; palyatif radyoterapinin düşük maliyet oranlarıyla daha uzun sağkalım süresi sağladığını; (11 aya, 7 ay) bildirilmesi ilgi çekici oldu.

Bu kongrede Almanya 'dan Huschmann ve ark larının, İtalya'dan Braussi ve ark ları, 75 yaş üzeri prostat kanserli hastalarda da uygun seçimle radikal prostatektominin tercih edilebilecek bir yöntem olduğunu vurguladılar. Studer ve ark ları küratif lokal tedavi uygulanmayan asemptomatik hastalarda hemen hormonal tedavi ile, geciktirilmiş hormonal tedavi arasında yaşam süresi ve kalitesi açısından bir fark olmadığını bildirdiler.

Zlotta ve ark'larının ilginç çalışmasında PSA 10 ng/ml, gleason skorunun 7'nin altında olması veya skorun 6 olduğu grupta biyopside kolları %50 den az tutulmuş olması koşuluyla, radikal prostatektomide seminal veziküllerin korunabileceği iddia edildi. Damber'in sunduğu bir çalışmada anjiogenez inhibitörü olan trombospondinin BPH'da ekspres olmasında sadece prostat kanserinde ekspres olduğuna işaret edildi. Machtens ve

arkadaşlarının çalışmasında IIC – asetat pozitron emisyon tomografisinin primer prostat kanseri tanısında ve antiandrojen tedavinin monitorizasyonunda etkin bir yöntem olabileceği ifade edildi. Kahn ve arkadaşları sunularında MRI'ın prostat kanserinin evelemlenmesinde çok sınırlı bir role sahip olduğunu bildirdiler. Rober, Addlo ve Türkiye 'den İnal'ın çalışmalarında prostat biopsilerinde uygulanan lokal anestezinin önemi vurgulanıyordu. Djavan'ın sunusunda tekrar biopsilerinde dorsolateral ve apikal bölgelere ve de transizyonel zona ağırlık verilmesi ile %78 daha iyi sonuç alındığı bildirildi. Herkommer'in sunduğu bildiride 3609 prostat kanserli hasta incelendiğinde %0.8 oranında pT0 hasta saptandığı ve bunu belirleyecek bir prognostik faktörün bulunmadığı vurgulandı. Kanada'da yapılan bir çalışmada Aprikian ve arkadaşları UPM3 moleküler testinin prostat kanser hücrelerini idrarda tespit edilebildiğini ve umut verici olduğunu söylediler. Hamburg Üniversitesinde yapılan bir çalışmada palpe edilemeyen prostat kanserlerinde, TRUSG bulgusunun olmamasının gleason skoru, patolojik evre ve kanser volümü açısından daha iyi bir tabloya işaret ettiği bildirildi. Prostat kanserinin cerrahi olmayan tedavileri ile ilgili üç çalışma HIFU, iki çalışmada kriyoablasyonun umut vadeden yöntemler olduğunu vurguluyordu.

Mesane kanserlerinde C825T polimorfizminin genotiplemesinin tümörün biyolojik potansiyelini yansıtabileceği Almanya'dan Lumme ve arkadaşlarının çalışmasında belirtildi.

Bir başka çalışmada Tanaka ve ark., bir fosfataz olan PTEN gen tedavisinin PTEN için genetik alterasyon gösteren mesane tümörlerinin tedavisinde umut vaad ettiğinin altı çizildi. Saint ve ark.'larının çalışması yüzeysel mesane tümörlerinde tedavi öncesi p53 nükleer overekspresyonunda BCG tedavisinden sonra rekkürrens, progresyon ve ölüm şansı açısından yüksek riske işaret ettiğini bildirdiler. Lu Fe Üniversitesinden yapılan

bir çalışmada ise mikroevreleme ve p53 ün prognostik değerinin oldukça yüksek olduğu vurgulanmaktaydı. Hautman ve ark. larının çalışması mesane kanserinde sitolojinin immunocyt ile kombine edilmesinin diğer tanısal testlere göre daha yüksek sensitivite oranlarına sahip olduğuna işaret edildi.

Avrupa ve Amerika da yürütülen çok merkezli bir çalışmada mesane tümörlerinde rekkürrenslerin Ha-Haase testiyle, BTA-stat, Hemastix, UBC Rabbit testine göre daha etkin bir şekilde monitörize edilebileceği öne sürüldü. Bern Üniversitesinden yapılan bir sunuda radikal sistektomi ile birlikte yapılacak ciddi ve incelelikli bir lenfadenektominin sadece evrelemede değil 1/3 vakada küratif etkisinden dolayı önemli olduğu vurgulanmıştır. Peş peşe yapılan iki bildiride 80 yaş üzerindeki hastalarda iyi seçilmek kaydıyla sistektominin tercih edilebile-

cek bir tedavi olacağı öneriliyordu. İspanya'dan sunulan bir çalışmada T1G3 veya Tis mesane yüzeysel kanserlerinde 81 mg. standart BCG dozunu 27 mg. ile kıyasladıklarında etkinlik yönünden bir fark görülmezken yan etkiler açısından, 27 mg.'ın daha avantajlı olduğunu öne sürdüler. Kanada'dan Morales ve arkadaşlarının çalışması; BCG drençli Tis mesane kanserlerinde "Mycobacterial Cell Wall Complex" (MCC) etkinliğini sorguluyor ve ilk bulguların ümit vaat ettiğini bildiriyordu. Witjes ve arkadaşları intrakaviter Gemcitabin kullanımının güvenli olabileceğini bildirdiler.

Böbrek tümörleriyle ilgili toplantılarda ise, Lipton ve arkadaşlarının çalışması kemik metastaslarında Zoledronic acid kullanımının komplikasyonları azalttığını vurguluyordu. Huland ve arkadaşlarının çalışması yüksek riskli pulmoner metastazlı böbrek tümörlerinde inter-

lökün-2 inhalasyon tedavisi ile 10.2 aylık median survive süreleri bildirmeleri ilgi çekici idi. Amerika ve Avrupada ortak yürütülen bir çalışma ile "UCLA Integrated Staging System (UISS)" nin ki bu sistem TNM evresi, Fuhrmann Grade 'i ve ECOG skorlarını kombine etmektedir, hastanın klinik gidişini öngörmede etkin olabileceği bildirildi. T1-T2 renal hücreli karsinomlarda 7 cm'lik üst değer in fazla olduğu bunun 3,5 cm'ye indirilmesi gerektiği Wanderlich ve arkadaşlarının çalışmasında önerilmekteydi.

Testis tümörleri ile ilgili yine Avrupa ve Amerikada ortak yürütülüp Hautman tarafından sunulan bir çalışmada yeni markerlar olarak HA (hyaluronik asit), HAS-1'in (hyaluronik asit - sentaz geni-1) seminomlarda sırasıyla %73, %82 ve non-seminomatöz tümörleri %77, %92'lik belirleyiciliğe sahip olduğu bildirildi.

### 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](http://www.uroonk.org) sitesinde yer almaktadır.*

**Sunum: Dr. Erdiç Ünlüer**

**Yanıtlayan: Dr. Turgut Alkibay**

63 yaşında erkek hasta gross hematüri şikayeti nedeni ile yapılan araştırmalarında sol böbrek tümörü tespit edilmiş. CT de ;sol böbrek alt polde 7cm lik solid kitle saptanmış. V. cava ve lenf nodu invazyonu yok. Hastaya 1993 te sol radikal nefrektomi operasyonu uygulanmış. (adrenal gland çıkarılmış ve lenf nodu diseksiyonu yapılmış) Patoloji; Renal hücreli karsinom gr2; pT3a

**Hastayı nasıl takip edersiniz?, Yüksek riskli hastalarda ilave bir yaklaşım var mı?**

Renal hücreli kanser olgularında postoperatif izlem ve kontrollerin süresi ve niteliği hakkında tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. İzlem süreleri ve izlemde kullanılacak tetkikler hakkındaki önerilerin ve uygulamaların farklılıklar gösterdiği bir literatür taraması ile gözlenebilir. Ayrıca günümüzde radikal nefrektomi yanında nefron koruyucu cerrahi ve laparoskopik cerrahinin de yaygınlaşarak kullanılması her bir yöntem için farklı takip şemalarının önerilmesini de beraberinde getirmiştir. Ancak radikal nefrektomi sonrası rekürrens patolojik evreye göre bağlı olarak artış gösterdiği bilindiği için, postoperatif izlem protokolleri de genelde olgunun patolojik evresine göre şekillendirilir. EAU Guidelines bu konuda başvurulabilecek kaynaklardan biridir.

Tüm olgularda postoperatif 4-6. haftada ilk kontrol yapılmalıdır. Bu kontrolde cerrahi komplikasyonları ekarte etmek için fizik muayene, kalan böbreğin fonksiyonunu değerlendirmek için serum kreatinin düzeyi ve perioperatif kan kaybının toparlanmasını gözlemek için hemoglobin düzeyi tayini yapılır.

pT3 olgular, pT1-2 olgulara göre -özellikle ilk 3 yıl içerisinde olmak üzere- daha yüksek bir rekürrens riskine sahip olduğu için, daha sık ve daha yoğun görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulan bir izlem gerekir. Kontroller ilk 3 yıl 6 ayda bir, daha sonra senelik olarak yapılır. Kontrollerde fizik muayene, rutin laboratuvar tetkikleri, akciğer grafisi ve abdominal CT önerilmektedir.

Hasta yılda bir AC grafi ve abdominal CT ile takip edildi.1996 da açık prostataktomi ameliyatı oldu. Patoloji bph olarak geldi. 1997 den sonra hasta takiplere gelmedi.

**5 Yıllık takip yeterli mi?**

Yetersizdir. Asgari 10 yıllık takip önerilmektedir. Bu evredeki olgularda 15 yıla kadar varan süreler içerisinde rekürrens ve metastaz riski vardır. Şubat 2000 de sol yan ağrısı ile başvurdu. Genel durumu gayet iyi idi. CT de;sol nefrektomi lojunu dolduran 16x12x9 cm lik solid kistik kitle mevcuttu.

**Perkütan biopsiye gerek var mı?**

Radikal nefrektomi sonrası lokal rekürrens göreceli olarak nadir görülen bir durum olduğu için tanıda standardize olmuş bir yaklaşım yoktur. Çoğunlukla görüntüleme yöntemleri(CT) yeterli görülmektedir. CT rehberliğinde iğne aspirasyon biopsisi yapıldı.Patolojisi RCCgr2 geldi

**Lokal nüks veya uzak metastaz açısından hangi tetkikleri istersiniz?**

Renal fossada lokal nüksü olan olgularda; metastatik lezyonların olmadığı gösterilebilirse, kitlenin mümkünse tamamen eksizyonu tercih edilmelidir. Bu amaçla merkezi sinir sistemi, toraks ve tüm batin olası metastazlar açısından CT ile değerlendirilmeli ve kemik sintigrafisi yapılmalıdır.

AC tomografisi ve k.sintigrafisi sonucunda metastaz saptanmadı.

**Nasıl bir tedavi planlarsınız?, Neoadjuvan immün terapi yapar mısınız?**

Bir önceki yanıtta da değinildiği gibi bu durumda uygun tedavi retroperitoneal kitlenin tamamen eksizyonudur.

Mart 2000 de retroperitoneal kitle eksizyonu yapıldı.Kist operasyonda patladı ve berrak sıvı görüldü,lojdaki kitle çıkarıldı.Komplikasyonsuz olarak taburcu oldu. Patoloji;7,5\*6\*3 cm lik retroperitoneal papiller tip adenokarsinom infiltrasyonu 8\*7\*3,5 cm lik kist duvarı fibrozis ve ödem olarak geldi.

**İlave tedaviler için ne yaparsınız?**

Bu olguda lokal rekürrensın tamamen eksizyonundan sonra görüntülenebilen başka hiçbir tümör kalmadığı için hasta sadece izlenmelidir. Metastaz ve/veya rekürrens oluşursa immünoterapi düşünülebilir. Onkoloji ile konsülte edilip cerrahi kontaminasyon nedeniyle sol böbrek lojuna 5000 R radyoterapi uygulandı. Mayıs 200.;post op. MR;lokal nüks yok. İnterferon 2\*5milyon subcutan başlandı.

**İmmunolojik tedavilerin yan etkileri nelerdir?**

İnterferon-alfa ve interlökin-II immün tedavide kullanılan ajanlardır. İnterferon-alfa'nın yan etkileri olarak grip benzeri semptomlar (ateş, baş ağrısı, kırıklık, myalji), gastrointestinal semptomlar (iştahsızlık, bulantı, kusma, tat değişiklikleri), uyku hali, depresyon, konsantrasyon bozuklukları, öksürük, dispne ve hipotansiyon olarak sıralanabilir. İnterlökin-II'nin en bilinen yan etkileri ise kapiller kaçak sendromuna bağlı olarak oluşan kardiovasküler (hipotansiyon), pulmoner (dispne, solunum yetmezliği, plevral efüzyon), renal (oligüri, anüri, azotemi) sorunlardan oluşur. Ayrıca bulantı, kusma ve diyare gibi gastrointestinal, ateş, halsizlik gibi sistemik, tiroid disfonksiyonu gibi endokrin ve nadiren nötropeni, trombositopeni ve koagülasyon bozuklukları gibi hematolojik sorunlar bildirilmiştir.

Ocak 2001 CT de; Kc de 1.5 cm lik metastaz mevcut. Genel durum orta halde idi. Yan tesir nedeniyle IF alfa bırakıldı. IL2 tedavisine başlandı fakat hasta tedaviyi tolere edemedi. Megastat başlandı.

Temmuz 2002 de genel durum kötüleşmiş idi CT de; tüm batin, Kc, AC metastazı mevcut idi. Ağrı merkezine sevk edilen hastaya kortizon başlandı. Hasta Ekim 2002 de ex oldu.

**Sunum: Dr. Ali Rıza Kural**  
**Yanıtlayan: Dr Yaşar Bedük**

67 yaşında erkek hasta, Ağustos 1997'de hematüri yakınmasıyla ilk müracaat ettiğinde KLL nedeniyle tedavi görmekteydi. USG'de mesanede dolum defekti saptanan hastaya sol orifis çevresindeki çok sayıdaki yüzeysel tümörler için TURTm uygulandı. Histopatolojik sonuç: TIG2 değişici epitel hücreli karsinom geldi. Önerileriniz ?

Herşeyden önce bu hastanın mesane tümörünü bir ko-insidans değil de, sekonder tümör olarak değerlendirmemiz gerekir. Aslında bunu düşündürtecek çok neden de var. Hastanın hematopoetik bir tümörü olması, kemoterapi alıyor olması, olası ortak etyolojik faktörler gibi. Bir çalışmada (Greene, MH. et al. Natl. Cancer Inst. Monogr., 1985, Dec.68:195-217) lenfatik ve hematopoetik sistem kanseri olan hastaların %34'ünde sekonder kanser olduğu ve bu birlikteliğin erkeklerde daha sık görüldüğü belirlenmiş. Özellikle lösemilerde akciğer ve üriner sistem tümörleri sık görülüyor. Ortak faktör sigara içmek olabileceği gibi, immünsupresyon veya kullanılan kemoterapi de olabilir. Örneğin siklofosamid'in mesane kanserlerinin etyolojisinde rol oynadığı bilinen bir gerçektir. Nitekim Predersen'in çalışmasında (N. Engl. J. Med., 1988, 318(16): 1028-32) uzun süre lenfoma tedavisi gören (siklofosamid ile) hastaların %1.8'inde (7/471) mesane kanseri geliştiği belirtiliyor. Bu hasta da, belirtilmemiş olmakla beraber, bu ilacı alıyor olması muhtemel bir hasta. Hastaya bu aşamada uygun tedavi yapılmış. Ancak en azından orta dereceli risk grubuna girdiği için adjuvan tedavi de yapılsa iyi olur. BCG tedavisinin bu hastada bir kontraendikasyonu yok; ancak bu hasta primer hastalığı nedeniyle BCG tedavisine yanıt vermek için gerekli immünmodülasyondan yoksun olabilir. O nedenle, Mitomisin gibi bir kemoterapötik te alternatif olarak düşünülebilir.

**Hastanın problemleri nedeniyle hematologlar ek tedaviye müsaade etmedi. Bu arada KLL (leukoran) tedavisi ön plana çıkan hastaya Mart 1999'da mesanede**

**çok sayıdaki tümörler için tekrar TURTm uygulandı. Histopatolojisi T1 G2 gelen hastaya bu kez 8 hafta intravezikal mitomycin C (40 mg) uygulandı. Ancak Haziran 2000'de tekrar benzer histolojik özellikleri taşıyan nüks oldu Önerileriniz?**

Bu hastanın Mitomycin-C tedavisine yanıt verip vermediğini belirlemek kolay değil. Çünkü tedaviden 15 ay sonra nüks olmuş. Yine de biz bunu cevap verdiğimiz varsayabiliriz. En azından hastada progresyon yok. Hastanın şu andaki durumu ilk baştakinden farklı görünmüyor. Eğer hasta halen tedavide ise, adjuvan tedaviye yine izin verilmeyecek. Gerçekten de özellikle kortizon tedavisi alan hastaların özellikle de BCG türü ilaçları almaları ilaç komplikasyonlarını arttıracakları için sakıncalıdır. Ancak hasta remisyonda ise ve herhangi bir medikasyon almıyorsa yeniden Mitomisin verilebilir, hatta BCG'ye de geçilebilir. Ancak ben yine de hem ilk bölümde belirttiğim çekince nedeniyle hem de BCG'yi sonraki bir silah olarak saklama düşüncesiyle Mitomisin'i tercih ederdim.

**Haziran 2000'deki TURTm'den sonra mesanede hematoma gelişti ve ikinci kez genel anestezi altında hematoma boşaltıldı. Trombositleri 60.000-80.000 arasında, lökosit sayımı ise 30.000-50.000 arasında değişmekteydi. Hematologlar yine KLL nedeniyle intravezikal BCG tedavisine müsaade etmedi. Eylül 2000 ve Nisan 2001'de bu kez spontan intravezikal hematomlarla müracaat eden hastaya tekrar endoskopik girişimler ve sonuncusunda Holmium lazer ile tümör ablasyonu uygulandı. Bu aşamada önerileriniz?**

Bu durumda hastanın bir başka problemi ile karşı karşıyayız. Bilindiği gibi hematopoetik tümörlü hastaların gerek primer hastalığa, gerekse kemoterapiye bağlı kan tablosunda değişiklikler olabilir. Nitekim bu hastada trombositopeni gelişmiş ve sanıyorum bu hasta ile ilgili daha sonra bizi en çok sıkıntıya sokacak problem de bu olacak. Ama bu aşamada anladığım

kadarıyla Mitomisin kullanmaya hematologların bir itirazı olmaz. Ben hastaya yine tam doz Mitomisin verir ve izleme devam ederdim. Bu arada ihmal edilmemesi gereken bir konu da, hastanın varsa, risk faktörlerini (meslek, sigara v.s) ortadan kaldırmak olmalıdır

**Hematologlar bu her iki nükste de hastaya sistektomi yapılmasını önerdiler. Ancak bu ameliyatın hasta için çok riskli olduğu kendisine ve ailesine de anlatıldı. Bu aşamada ameliyat olmak istemeyen hasta Ağustos 2001'de yoğun hematüri ile geldiğinde yapılan endoskopide mesanede nüks tümörlerin yanı sıra sol üreter alt bölümünde de tümör görüldü. Üreteroskopi ile girilip biopsiler alındığında üst üreter ve pelviste de tümörler saptandı. Ancak bu arada yapılan tetkiklerde hastanın abdominal aortada 4-5 cm. olan anevrizmasınının 7,5-8 cm. ye ulaştığı saptandı. Önerileriniz?**

Hastanın durumu artık iyice karmaşık hal alıyor. Normal şartlarda bu hastaya yapılacak yaklaşım sol nefroüretrektomi+radikal sistektomi olmalıdır. Ancak bu kadar ciddi kardiyovasküler sorunları olan bir hastaya da bunun yapılması mümkün değil. Ama hastanın yaşının çok ileri olmadığını ve KLL'sinin kontrol altında olduğunu düşünürsek, kür için gerekli bütün girişimleri yapmalıyız. Herhalde kardiyovasküler cerrahlarla görüşüp anevrizması ve koroner sorunları için ne yapılabileceğini konuşmak gerekir.

**Hastanın kardiyolojik muayenesinde aortaya endovasküler stent konulabileceği ancak daha önce koroner damarlarda mevcut patoloji için koroner bypass ameliyatı gerektiği bildirildi. Hastaya önce koroner bypass, daha sonra da aorta anevrizması için endovasküler stent yerleştirilmesi ameliyatları uygulandıktan sonra yeniden değerlendirme için hasta geri geldi. Önerileriniz ?**

Bu durumda hasta için bir kür şansı doğuyor. Yine de riskli olmakla beraber

bence nefroüretrektomi + sistektomi ameliyatını yapmak gerekir. Unutulması gereken başka bir sorun da bu hastanın kan tablosunda olabilecek değişiklikler. O nedenle gerekli kan desteğinin (taze kan, plazma, trombosit süspansiyonu v.s.) hazır tutulması gerekir. Yani bu

hastada kardiyoloji ve hematoloji işbirliği çok önemli.

Hastaya 30.04.2002 tarihinde radikal sistoprostatektomi, uretrektomi, sol nefroüretrektomi ve ileal loop ile sağ üreter derivasyonu ameliyatları uygulandı. Postoperatif dönem komplikasyonsuz sey-

retti. Histopatoloji: mesane, sol üreter alt bölüm ve pelvis renaliste T1 G2 değişici epitel hücreli tümörlerin varlığı rapor edildi. Hasta serum BUN, Kreatinin değerleri normalin üst sınırında, ileal loop stoması problemsiz olarak yaşantısını sürdürmekte.

## ÜROONKOLOJİ ALANINDAKİ KONGRELER

1-3 Ağustos 2003

Summer Research Conference  
Prostate Growth in Benign and  
Malignant Disease

Houston, Texas

Telefon: 001-410-223-4435

E-mail: mliebert@auanet.org

31 Ağustos – 2 Eylül 2003

**3. Prostat Kanserinde Brakiterapi Kursu**

Kiel, Almanya

Telefon: 001-32 2 775 93 40

Email: info@estro.be

Website: www.estro.

24-28 Eylül 2003

**6. Ankara Üroonkoloji Kursu**

Antalya

19 – 23 Ekim 2003

**Societe Internationale d'Urologie**

**Meeting on Uro-oncology**

Sharm El-Sheikh, Egypt

E-mail: i.steppert@lycos.com

<http://www.siu-urology.org>