

Olgu Sunumu

Kaviteyi Dolduran Mesane Tümörü: Olgu Sunumu

Ercan Öğreden*, Erdal Benli**

Özet

Mesane tümörünün tedavisinde ve tanıyı belirlemede transüretal rezeksiyon altın standart yöntem olmaya devam etmektedir. Transüretal rezeksiyon, gerek tümörün rezeke edilerek temizlenmesinde gerekse patolojik tanıda, evrelemede, prognozu belirlemede ve ek tedavi seçeneklerini oluşturmada yararlıdır. Ek tedaviyi planlamada, patolojik ve radyolojik evreleme önemlidir. Ancak kas invazyonu olmayan, yüzeysel mesane tümöründe tümörü yükünden bağımsız olarak tümör rezeksiyonu asıl tedavi seçeneğidir. Burada makroskopik hematüri yakınması ile gelen, radyolojik olarak tanı almış, tümör hacmi oldukça fazla olan bir olgu güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Transüretal rezeksiyon, patolojik evreleme, radyolojik evreleme

Üriner sistem, histolojik olarak kalıklardan başlayıp proksimal üretraya kadar uzanan transizyonel hücreli epitel ile döşelidir. Mesane kanserlerinin %90-95'i bu değişici epitel hücrelerinden gelişir (1-3). Mesanenin değişici epitel hücreli kanserleri, tanı konduğu anda %80'i mukoz ve submukoza ile sınırlı olup, yüzeysel mesane kanseri ya da kas invazyonu olmayan mesane kanseri (KİOMK) olarak adlandırılır (3). Mesane kanserleri erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülmekle birlikte, kadınlarda daha agresif seyirlidir (4). Yüzeysel mesane kanserleri düşük grade (G) Ta tümörleri, karsinoma in-situ (CIS) ile birlikte olan yüksek G T1 tümör olarak sınıflandırılır. İlk tanı anında bu tümörlerin %70'i Ta, %20'si T1, %10' u ise CIS ile birlikte (5). Yüzeysel mesane kanserlerinin prognozu genelde iyi olarak kabul edilse de olguların %30-80' inde nüks, %1-45' inde beş yıl içinde progresyon göstermesi nedeniyle yakın takip zorunludur (6). Yüzeysel mesane kanseri tedavisinde tümör hacmine bakmaksızın transüretal rezeksiyon-mesane tümörü (TUR-M) altın standart olarak yerini korumakta ve burada

hedef hastalığı ortadan kaldırmak, nüks ve progresyonu önlemektir (5). Hastalığın nüks ve progresyonunda en önemli prognostik faktör tümörün G'i ve CIS varlığıdır (7). Olgular genelde mikroskopik ve/veya makroskopik hematüri ile başvururlar ve genelde %85'i ağrısız hematüri tariflerler (8). Hematürinin etyolojik tanısında ilk adım tam idrar tetkiki (TİT) bakılmasını ve üriner sistemin ultrasonografi (USG) ile değerlendirmeyi içermelidir (9). Radyolojik evreleme ve ek tedavi planlamada, tüm abdomen tomografi (BT) veya magnetik rezonans görüntüleme (MR) faydalı olacaktır (10). Yüzeysel mesane kanserlerinde TUR-M; tanı koymada, tümör tedavisinde, patolojik evreleme ve ek tedavi planlamada altın standart olarak yerini korumaktadır.

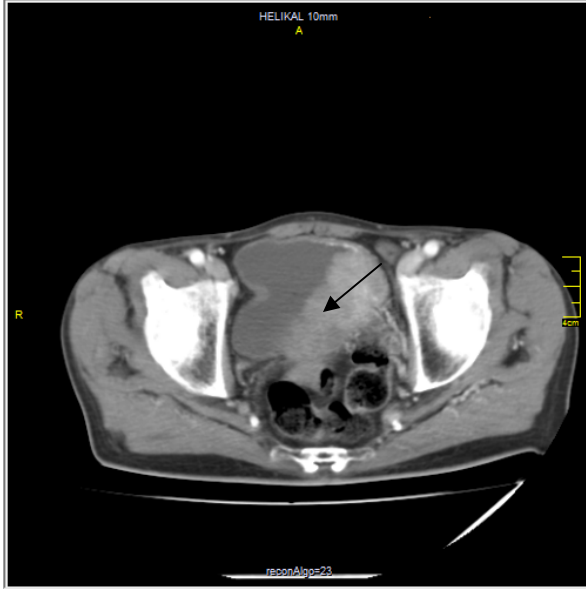
Olgu Sunumu

Seksen üç yaşında, erkek olgu, 3-4 yıldır aralıklarla tekrarlayan, ağrısız, koyu renkte kanlı idrar yakınması nedeniyle gittiği dış merkezde yapılan USG' de mesane kavitesini dolduran kitle tespit edilmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Öyküsünde uzun dönem sigara bağımlısı olduğu ve günde 20 adet sigara içtiği öğrenildi. Fizik muayenede suprapubik hassasiyetin dışında belirgin patolojik bulgu yoktu. Klinik biyokimya tetkiklerinde TİT' te hematüri dışında önemli bir bulgu olmadığı anlaşıldı. Kontrastlı tüm abdomen tomografisinde her iki böbrek ve toplayıcı sistem normaldi. Mesanede ise kaviteyi dolduran yumuşak doku dansitesinde tümöral kitle oluşumu izlendi (Resim 1). Olguya spinal anestezi altında parsiyel TUR-M yapıldı. Histopatolojik incelemede kas invazyonu olmayan, submukoz

*Özel Giresun Ada Hastanesi Üroloji Kliniği Giresun, Türkiye

**Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Ordu, Türkiye

Yazışma Adresi: Dr. Ercan Öğreden
Gazi Mustafa Kemal Bulvarı, No:248 Giresun, Türkiye
Telefon: 05058963960- 04542255333
Fax: 04542257639
E-mail: 9isik061@mynet.com
Makalenin Geliş Tarihi: 11.03.2013
Makalenin Kabul Tarihi: 05.07.2013



Resim 1. Pelvik BT (sol lateral duvardan mesaneye uzanan kitle, siyah ok ile işaret edilmektedir).



Resim 2. Pelvik MR' da ince siyah ok ile normal mesane kavitesi izlenmektedir.

tutulumu olan, lamina propria invazyonu olmayan, düşük dereceli ürotelyal mesane kanseri olarak rapor edildi. Bir ay sonra kontrol sistoskopi için tekrar kliniğimize kabul edildi. Sistoskopi sırasında derin kas invazyonu için ikinci kez TUR-M yapıldı ve rezüdü alanlardaki tümör rezeke edildi. Histopatolojik inceleme sonucu yüzeysel, düşük dereceli, kas invazyonu olmayan tümör olarak raporlandı. Transüretral rezeksiyonu takiben iki hafta sonra mesane içerisine altı haftalık, haftalık peryotlarla tekrarlayan Bacillus Calmette Guerin (BCG) 81 miligram (mG) dozda verildi. Olgunun dört yıllık sistoskopik muayenesinde tümör nüksüne ve altı ay sonra yapılan radyolojik görüntüleme çalışmalarında tümörün izine rastlanmadı (Resim 2). Olgu halen takip protokolünde izlenmektedir.

Tartışma

Hematüri yakınması ile gelen hastalarda tam idrar tetkiki ve üriner ultrasonografi başlangıç tanı basamaklarını oluşturmaya devam etmektedir (8). Ultrasonografi hem kullanım kolaylığı ve noninvaziv olması, hem de kısa sürede sonuç vermesi kullanımını cazip hale getirmektedir (8). Bu gibi olgularda TİT, hematüri tespitinin yanında, enfeksiyon olup olmadığını ayrıca diğer patolojileri belirlemede yeri yadsınmaz (9). Hem tanı hem de radyolojik evrelemede mesane lateral duvar ve mesane kubbelerini değerlendirme avantajı dışında MR' in BT' ye üstünlüğü gösterilememiştir ancak kontrast madde allerjilerinde ilk sırayı alabilir (10). Biz de

hematüri yakınması ile gelen 80 yaşındaki olgumuzda tanı algoritmasını başlangıç itibarı ile TİT ve USG oluşturmuştur. Takibinde hastalığın yaygınlığını belirlemek amacıyla ve tedaviye ışık tutması açısından BT ile değerlendirilmiştir. Radyolojik incelemede BT' de mesane kavitesini dolduran papiller uzantıları olan ancak duvarda invazyon görüntüsü olmayan tümör tespit edildi. Olguya spinal anestezi altında parsiyel rezeksiyon uygulandı ve tümör tabanından kas doku örnekleri alındı, bimanuel muayenede mesane mobil olarak değerlendirildi. Mesane kanserlerinin tanısında ve patolojik evrelemede, TUR-M ile alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesi altın standart olarak yerini korumaya devam etmektedir (7). İlk cerrahi sonrası genelde bir ay sonra yapılan ve Re-TUR olarak adlandırılan cerrahi tedavinin, hem nüksü önlediği hem de histopatolojik evrelemeyi doğruladığı, alınamayan kas örneklerine daha kolay ulaşıldığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (1). Bizim olgumuzda da alınan biyopsi materyalinin patolojik inceleme sonucu yüzeysel, düşük dereceli mesane kanser tanısı alması üzerine hasta yaklaşık bir ay sonra ikinci bir TUR-M yapıldı. Alınan biyopsi parçaları tetkik edildi ve ilk biyopsi sonucuna göre fark olmadığı görüldü. Mesane kanserlerinde prognostik faktörde en önemli etken tümörün G'yi oluşturmaktadır (5). Tümör derecelendirmesini papillomlar pTa, G1, G2, G3 olarak dünya sağlık örgütü (WHO) tarafından revize edilmiştir. Bu tümörlerden pTa

tümörler KİOMK' de mukozayla sınırlı ve %70 oranında tespit edilirler (4). Histopatolojik incelemede tanımlanan G1, papiller düşük dereceli neoplazileri, G2, düşük dereceli ürotelyal karsinomları temsil ederken, G3 yüksek dereceli ürotelyal karsinomları oluşturmaktadırlar (5). Prognostik faktörlerden bir diğeri hastalığın patolojik evrelemesi oluşturmaktadır. Patolojik pTa tümörler progresyon ve nüks oranları düşük, lenfatik ve diğeri kan dolaşımına uzak noktada olması bunun en güzel açıklamasını oluşturmaktadır (5). Bir diğeri sınıflandırmayı oluşturan T1 ve CIS diğeri önemli prognostik faktörlerdir ve tedavi planlamasında bize yol gösterici olması açısından önemlidir (8). Yüzeysel mesane tümörlerinin idame tedavisinde immunomodülatörler ve kemoterapötik ajanlar kullanılmaktadır. İmmunomodülatörlerden BCG tümör hacmi fazla kitlesel oluşumlarda daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (10). İdame tedavi cerrahi tedavi sonrası hematürinin olmadığı dönemde, genelde iki hafta sonra intrakaviter olarak mesaneye yerleştirilen sonda yardımı ile instile edilmektedir. Doz yaklaşımı konusunda genel bir görüş oluşmasa da, yapılan çalışmalarda altı haftalık temel uygulama ve devam eden aylık idame tedavilerini içermektedir (10). Bizde olgumuza cerrahi tedaviden iki hafta sonra intrakaviter 81 mG, altı haftalık tedaviyi takiben, aylık uygulanan ve altı ay devam eden tedavi protokolünü uyguladık. Olgumuz yaklaşık dört yıldır kontrol altında ve ne tümör rekürrensi ne de progresyon izlenmedi. Olgumuzda olduğu gibi TUR-M oldukça büyük tümörlerin tedavisinde etkili olduğu ve idame tedavi gerektiği açıktır.

Sonuç olarak tümör yükünün oldukça fazla olduğu vakaların gerektiğinde aşamalı olarak yapılacak tümör rezeksiyonu; kas invazyonu olmayan yüzeysel mesane tümörünün tedavisinde oldukça etkili olduğu görülmektedir. Bu vakalarda kontrol sistoskopi sırasında kalabilecek rezidüel artıklar açısından dikkatli olunmalıdır.

Bladder Tumor Filling Cavity: Case Report

Abstract

Transurethral resection of bladder tumor treatment and determining the diagnosis continues to be the gold standard method. Transurethral resection of the tumor was resected and the need for cleaning both the pathological diagnosis, staging and determining prognosis and is useful for creating additional treatment options. Additional treatment planning, pathologic and radiologic staging is important. However, non-muscle-invasive superficial bladder

tumor resection of the tumor, the tumor burden independently of the main treatment option. Here come with macroscopic hematuria, diagnosed radiographically, which is pretty much a case of tumor volume was discussed with the current literature includes.

Key words: *Transurethral resection, Pathological staging, Radiological staging*

Kaynaklar

1. Şahin AF, Divrik RT. Re-tur, tekrarlanan tur, ikinci bakış, ikinci tur, tekrar tur. Yapılmalı mı ne zaman yapılmalı, nasıl yapılmalı? Üroonkoloji Bülteni 2010; 1: 30-34.
2. Herr HW, Donat SM. Quality control in transurethral resection of bladder tumours. BJU Int 2008; 102(9 Pt B):1242-1246.
3. Abel PD. Follow-up of patients with "superficial" transitional cell carcinoma of the bladder: the case for a change in policy. Br J Urol 1993; 72(2):135-142.
4. Sylvester RJ, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffieux C, Denis L, et al. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. Eur Urol 2006; 49(3):466-475.
5. Heney NM. Natural history of superficial bladder cancer. Prognostic features and long-term disease course. Urol Clin North Am 1992; 19(3):429-433.
6. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. A Cancer J Clin 2002; 52(1):23-47.
7. Holmäng S, Hedelin H, Anderström C, Johansson SL. The relationship among multiple recurrences, progression and prognosis of patients with stages Ta and T1 transitional cell cancer of the bladder followed for at least 20 years. J Urol 1995; 153(6):1823-1826.
8. Britton JP, Dowell AC, Whelan P, Harris CM. A community study of bladder cancer screening by the detection of occult urinary bleeding. J Urol 1992; 148(3):788-790.
9. Yaman O, Baltacı S, Arıkan N, Yılmaz E, Gögüs O. Staging with computed tomography, transrectal ultrasonography and transurethral resection of bladder tumour: comparison with final pathological stage in invasive bladder carcinoma. Br J Urol 1996; 78(2):197-200.
10. Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, Speights VO, Vogelzang NJ, Trump DL, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. N Engl J Med 2003; 349(9):859-866.