

Olgu Sunumu

Radikal Sistektomi Sonrası Geç Dönemde Görülen Pelvis Renalis Tümörü: Olgu Sunumu

Sacit Nuri Görgel, Uğur Balcı, Kutan Özer, Ertuğrul Şefik, Kutlu Teberik, Cengiz Girgin

Özet

Mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi yapılan olgularda nadir de olsa geç dönemde üst üriner sistemin ürotelyal tümörü görülebilmektedir. T1G3 mesane kanserlerinin agresif doğası nedeniyle erken sistektomi göz önünde bulundurulması gereken tedavi seçeneklerinden biridir. Bu yazıda T1G3 mesane kanseri nedeniyle erken sistektomi yapılan ve radikal sistektomiden 10 yıl sonra pelvis renalis tümörü gelişen olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: Pelvis renalis tümörü, sistektomi, nefroüretarektomi

Pelvis renalis tümörleri tüm renal tümörlerin % 10'unu ve tüm ürotelyal tümörlerin %5'ini oluşturmaktadır(1). Toplayıcı sistem tümörlerinin %90'ını ürotelyal kanserler (ÜK) oluştururken, % 7'sini skuamöz hücreli kanserler, %1'den daha azını adenokarsinomlar oluşturur. Etiyoloji ve risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ırk, sigara, analjezik (fenasetin), kahve, siklofosamid kullanımı, karsinojenlerle mesleki temas, kronik üriner sistem enfeksiyonu, irritasyon, taş ve heredite rol oynamaktadır (2). Üst üriner sistemin ürotelyal kanserleri nadir görülmektedir. Üst üriner sistem ürotelyal tümörlerinin tedavisinde altın standart nefroüretarektomi ile birlikte mesaneden cuff rezeksiyonudur. Laparoskopik ve endoskopik yaklaşım seçilmiş olgularda uygulanabilir (3).

Olgu Sunumu

Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta, ara ara olan makroskopik hematüri şikayeti ile üroloji polikliniğine başvurdu.

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Üroloji Servisi

Yazışma Adresi: Ass. Dr.Sacit Nuri GÖRGEL

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Üroloji Servisi Basın Sitesi / İzmir

İş Tel: 0 232 2444444 Dahili: 2377-2265

Cep Tel: 0505 6100993

E-mail: sngorgel@hotmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 20.05.2011

Makalenin Kabul Tarihi: 13.10.2011

Öyküsünde hastaya kliniğimizde 10 yıl önce T1G3 mesane kanseri nedeniyle radikal sistoprostatektomi+ortotopik ileal neobladder+bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapıldığı sistektomi sonrası periyodik kontrollerinde herhangi bir tümör nüksü saptanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede sistektomi operasyonuna ait insizyon skarı dışında ek bir bulgu saptanmadı. Kan biyokimyası ve hemogram olağandı. Tam idrar tetkikinde makroskopik hematüri mevcuttu. Yapılan üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrek pelvikaliksiyel sistemde hidronefroz ve renal pelvisi dolduran kitle saptandı. Çekilen intavenöz ürografide sağ böbrek fonksiyonunda gecikme ve dolma defekti gözlemlendi (Resim 1). Bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte dilatasyon ve renal pelvisi dolduran kitle saptandı (Resim 2). İdrar sitolojisi benign olarak raporlandı. Hastaya nefroüretarektomi operasyonu planlandı. Operasyon öncesi neobladder endoskopik olarak değerlendirildi ve patoloji gözlenmedi. Hastaya nefroüretarektomi operasyonu yapıldı (Resim 3). Patolojisi ürotelyal karsinom T2G2 olarak raporlandı. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 3. günde taburcu edildi.

Tartışma

Üst üriner sistemin ÜK'da %2-5 oranında bilateral tutulum izlenir. Ayrıca mesane tümürlü olguların % 2-4'ünde üst üriner sistemde tümör gelişebilmektedir. Üst üriner sistem tümörü



Resim 1. İntavenöz ürografide sağ böbrek pelvisinde düzensizlik.



Resim 2. Bilgisayarlı tomografide pelvis renalisinde dolduran kitle.

bulunanlarda mesane tümörü gelişme insidansı ise %30-75 arasındadır (4, 5). Radikal sistektomi sonrası ÜK rekürrensi genellikle ilk 3 yıl içinde olup nüksler çoğunlukla kemik pelviste veya organ metastazları şeklinde olmaktadır. Radikal sistektomi sonrası üst üriner sistemde TCC gelişme riski %2-7 arasındadır (6). Sistektomi sonrası üst üriner sistemde geç dönemde ortaya

çıkan rekürrensler rapor edilmiştir (7). Bizim olgumuzda da radikal sistektomi operasyonundan 10 yıl sonra üst üriner sistemde ürotelyal tümör gözlenmiştir. Radikal sistektomi sonrası üst üriner sistemde tümör gelişmesi riski açısından dört faktör tanımlanmıştır. Bunlar karsinoma insitu varlığı, tekrarlayan mesane kanseri öyküsü, kas invaziv olmayan mesane kanseri olguları, distal üreterde tümör tutulumudur (8). Bizim olgumuzda da kas invaziv olmayan hastalık dışında üst üriner sistemde tümör gelişmesi için herhangi bir risk faktörü yoktu. Üst üriner sistem tümörlerinde makroskopik hematüri yaygın görülen bir semptomdur (9). Erkeklerde daha sık gözlenen bu tümörler, yaşamın özellikle 6 ve 7. dekatında daha sık gözlenmektedir (10). Bu olgu sunumundaki hasta da makroskopik hematüri şikayeti ile polikliniğe başvurmuştu.



Resim 3. Nefroüretrektomi spesmeninin makroskopik görünümü.

Tanıda sitoloji, ultrasonografi, intravenöz ürografi yeterli olmaktadır. Tomografi ve magnetik rezonans lokal ileri hastalığın ve metastazın değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (9). Üst üriner sistemin ÜK'sında nefroüretrektomi altın standart olmakla birlikte teknolojik yenilikler endoskopik tedaviyi gündeme getirmiştir. Endoskopik tedavi perkutan (antegrad) ve retrograd yaklaşım şeklindedir. Küçük (<1.5 cm), low grade ve non invaziv tümörler endoskopik olarak tedavi edilebilir. Tümör boyutu, grade'i, multifokalite, komorbitide, tek böbrek, transplant böbrek hasta seçiminde önemlidir (11).

Bu olgu sunumunda dikkat edilmesi gereken bir nokta da T1G3 mesane kanserinde erken sistektominin önemidir. Fritsche ve ark'nın yazısında T1G3 mesane tümörü nedeniyle radikal sistektomi yapılan olguların % 50'sinde kas invazyonu, %16.2'sinde lenf nodu metastazı

tespit edilmiş ve olguların % 36'sının ortalama 48 ay sonunda metastatik mesane kanseri nedeniyle öldüğü bildirilmiştir (12). T1G3 mesane tümörlerinde mesane koruyucu yaklaşım düşünülüyorsa indüksiyon BCG tedavisine mutlaka idame tedavi de eklenmelidir. T1G3 mesane kanserinde erken radikal sistektomi yapılan hastalarda hastalığa özgü sağkalım, çoğu seride yaklaşık %85 gibi oldukça yüksek bir değerdedir. Bu nedenle T1G3 mesane kanserlerinin tedavisinde nüks ve progresyon riski nedeniyle erken sistektomi göz önünde bulundurulmalıdır (13). Yüksek sağkalım oranı yanı sıra T1G3 mesane tümörlerinde radikal sistektomi ile, klinik olarak düşük evreleme yapılmış olgular da uygun tedavi imkanı bulmaktadırlar (14).

Sonuç

Mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi yapılan olgularda nadir de olsa geç dönemde üst üriner sistemde ürotelyal kanser gelişebileceği unutulmamalı ve üst üriner sistem taraması mutlaka yapılmalıdır. Ayrıca T1G3 mesane kanserlerinde nüks ve progresyon riskinin yüksek olması nedeniyle erken dönemde radikal sistektomi göz önünde bulundurulması gereken tedavi seçeneklerinden biridir.

Long term pelvis renalis tumor following radical cystectomy: A case report

Abstract

Upper urinary tract urothelial tumors can rarely develop during the long term follow up after radical cystectomy in bladder cancer patients. Early cystectomy should be considered as one of the treatment options on T1G3 tumors because of their aggressive nature. In this study, we present a case who underwent early cystectomy because of T1G3 urothelial cancer and developed a pelvis renalis tumor 10 years after radical cystectomy.

Key words: Pelvis renalis tumor, cystectomy, nephroureterectomy

Kaynaklar

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin 2009; 59:225-249.
- Messing EM. Urothelial tumors of the urinary tract; in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds): Campbell's Urology, Volume IV, Chapter 76, p2383-2411; 8th edition, Saunders 2002.
- Sun M, Abdo A, Abdollah F, et al. Management of upper urinary tract urothelial carcinoma. Expert Rev Anticancer Ther 2010; 10:1955-1965.
- Canales BK, Anderson JK, Premoli J, Slaton JW. Risk factors for upper tract recurrence in patients undergoing long-term surveillance for stage ta bladder cancer. J Urol 2006; 175:74-77.
- Sanderson KM, Rouprêt M. Upper urinary tract tumour after radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: an update on the risk factors, surveillance regimens and treatments. BJU Int 2007; 100:11-16.
- Akkad T, Gozzi C, Deibl M, et al. Tumor recurrence in the remnant urothelium of females undergoing radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: long-term results from a single center. J Urol 2006; 175:1268-1271.
- Slaton JW, Swanson DA, Grossman HB, Dinney CP. A stage specific approach to tumor surveillance after radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder. J Urol 1999; 162:710-714.
- Volkmer BG, Schnoeller T, Kuefer R, Gust K, Finter F, Hautmann RE. Upper urinary tract recurrence after radical cystectomy for bladder cancer--who is at risk? J Urol 2009; 182:2632-2637.
- Patschan O, Horstmann M, Thomas C, Schlemmer HP, Stenzl A. Diagnostic procedures in upper urinary tract urothelial carcinoma. Urologe A 2008; 47:1487-1496.
- Christopher R, Porter KCL, Elizabeth M. Genega: Urothelial neoplasms of the kidney and ureter: An epidemiologic, pathological and clinical review. AUA Update Series 2005; 24:77-84.
- Forster JA, Palit V, Browning AJ, Biyani CS. Endoscopic management of upper tract transitional cell carcinoma. Indian J Urol 2010; 26:177-182.
- Fritsche HM, Burger M, Svatek RS, et al. Characteristics and outcomes of patients with clinical T1 grade 3 urothelial carcinoma treated with radical cystectomy: results from an international cohort. Eur Urol 2010; 57:300-309.
- Kulkarni GS, Hakenberg OW, Gschwend JE, et al. An updated critical analysis of the treatment strategy for newly diagnosed high-grade T1 (previously T1G3) bladder cancer. Eur Urol 2010; 57:60-70.
- Nieder AM, Simon MA, Kim SS, Manoharan M, Soloway MS. Radical cystectomy after bacillus Calmette-Guérin for high-risk Ta, T1, and carcinoma in situ: defining the risk of initial bladder preservation. Urology 2006; 67:737-741.