

YÜZEYEL MESANE TÜMÖRLERİNDE İKİNCİ TRANSURETRAL REZEKSİYON UYGULAMALARI (*)

Dr. Ali ACAR*, Dr.Recai GÜRBÜZ*,Dr. Esat M. ARSLAN*, Dr. Şükrü ÇELİK*,
Dr. Mehmet Özeroğlu*, Dr. Kadir CEYLAN*

*S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Mart 1993-Haziran 1994 tarihleri arasında kliniğimizde hematüri, dizüri, pollakiüri, urgency yakınmaları sergileyen yüzeysel mesane tümörlü 15 hastaya TUR uygulandı.

İlk uygulamadan ortalama 1 ay sonra aynı ürolojist tarafından 15 hastanın tamamına ikinci bir TUR uygulandı. İkinci TUR uygulanmasından sonra 15 vakanın 7'sinde histopatolojik olarak rezeksiyon bölgesinde rezidiv belirlendi.

Yüzeysel mesane tümörlerinde belli aralıklarla yapılan ikinci TUR'un tümör rezidivini belirleme ve önlemeye yönelik sağlıklı bir yaklaşım olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler : Yüzeysel mesane tümörleri, transüretral rezeksiyon.

SUMMARY

Second Transurethral Resection Applications in Superficial Bladder Tumors.

For 15 patients with superficial bladder tumor suffering from hematuria, dysuria, pollacuria, urgency have been referred our clinic applied transurethral resection between March 1993-June 1994.

Second transurethral resection was performed approximately 1 month after the initial transurethral resection in all patients by same urologist. In 7 patients of 15 patients residual tumor was confirmed histologically at resection area after second TUR.

It was understood that second transurethral resection performed determined interval in patients with superficial bladder tumors succesful alternative for prevent and confirm of residual tumor.

Key words : Superficial bladder tumors, trans urethral resection.

GİRİŞ

Mesane tümörü ürolojide görülen malign hastalıklar arasında prostat kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Yüzeysel mesane tümörlerinin (stage Ta - T1) seçkin tedavisi TUR dur. Fakat TUR yapılan hastaların % 48-70'inde nüks saptanmaktadır. Transüretral rezeksiyondan sonra gözlenen yeni tümör büyümelerinde, gerçek rekürren tümörden ziyade kalan rezidüel tümörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (1).

Mesane tümörlerindeki yüksek nüks riskinden dolayı TUR dan sonra hastalar uzun yıllar her üç ayda bir sistoskopik ve sitolojik muayene gibi re-

kürrensi değerlendirici tetkik ve takiplerden geçirilmektedirler (2).

TUR dan sonra rezidüel tümör mevcudiyetinin değerlendirilmesi ve tümör etrafındaki epitelde malign transformasyon beklentisi nedeniyle yüzeysel mesane tümörlü 15 vakanın tamamına ikinci kez sistoskopi ve transüretral rezeksiyon uygulandı. Makroskopik ve mikroskopik bulgular değerlendirildi

MATERYAL VE METOD

Mart 1993-Haziran 1994 tarihleri arasında kliniğimizde hematüri, dizüri, pollakiüri, urgency yakınmaları sergileyen, İVP, CT ve sistoskopik değerlendirmeler sonucu yüzeysel mesane tümörlü

olduğu saptanan (Stage Ta, T1, T15) 15 hastaya TUR uygulandı. İlk önce görünen tümör dokusu rezektö edildi. tümör kenarı ve tümör tabanı ayrı ayrı histopatolojik materyal olarak alındı. En az 4 random biopsi alındı. Hemostaz nedeniyle koterizasyon yanında, sistematik olarak rezeksiyon tabanı ve çevresine fulgurasyon yapıldı.

Alınan örnekler % 10 formaldehit içerisinde kondu, kesitler Hemotoksilen - Eozin ile boyanarak ışık mikroskobu altında bir patolog tarafından incelendi.

İlk uygulamadan ortalama 1 ay sonra aynı ürolojist tarafından 15 hastanın tamamına ikinci bir TUR, 2 hastamızda üçüncü TUR uygulandı. Alınan örnekler aynı patolog tarafından değerlendirildi.

Bütün transüretral rezeksiyonlar için Storz 24 F rezektoskop kullanıldı. Hastaların hepsine ameliyat esnasında ve ameliyat sonrası geniş spektrumlu bir antibiyotik uygulandı.

SONUÇLAR

Kliniğimizde takip edilen ve başlangıç tedavisi olarak TUR uyguladığımız 15 mesane tümörlü hastanın 9 unda tek tümör, 6 sında birden fazla tümör belirlendi. Hastaların tamamından transitional cell karsinoma doku tanısı sağlandı. Başlangıç tümör grade'i 6 vakamızda grade I, 6 vakamızda grade II ve 3 vakamızda grade III olarak belirlendi. Başlangıç TUR da 2 hastamızda spesmen grade II ve 3 vakamızda grade III olarak değerlendirilmesine rağmen residüel tümörde bu grade III olarak, 3 hastamızda başlangıçtaki spesmen grade II olmasına karşın residüel tümörde bu grade I olarak belirledi. Başka bir deyimle 2 hastamızda grade yükselmesi ve 3 hastamızda grade düşmesi gözlemlendi.

15 hastanın tamamında initial transüretral rezeksiyondan sonra visible tümör görülmemiş, ancak sekonder rezeksiyondan sonra bu hastaların 7'sinde histopatolojik tanı transitional cell tümör belirlenmiştir. Tekrarlayan rezeksiyonlarda rezeksiyon sahalarından ayrı, fakat yakın bölgede tümör belirlenen bir hasta hariç tüm hastalarda residüel tümör başlangıçta rezeksiyon yapılan bölgede bulunmuştur.

İkinci TUR uyguladığımız, fakat anestezi prob-

lemeler veya obturator sıçrayış nedenleriyle etkili uygulama yapamadığımız 2 vakaya üçüncü TUR uygulanmış ve hiç birisinde üçüncü TUR da tümör belirlenmemiştir.

TARTIŞMA

Mesane kanserlerinin % 90 kadar majör bölümünü transitional cell kanserler teşkil etmektedir. Bu tümörler genellikle papiller, ekzofitik lezyonlar gibi, daha az olarak da sessile veya ülseratif bir görünüm sergilemektedir. İlk anılanlar genellikle süperfisial iken sessile gelişimler ekseriya invaziv yapıdadır (3).

Karsinoma insitu (CIS), düz, nonpapiller anaplastik epitel olarak tanımlanır. Üretelyum normal selli polarite göstermez. Karsinoma insitu bir ekzofitik lezyondan uzakta veya yakınında meydana gelebilir veya nadiren bir hastada makroskopik tümör olmaksızın fokal veya diffüz lezyonlar halinde meydana gelebilmektedir. Değişik gelişimler sergileyebilmektedir, fakat vakaların çoğunda invaziv tabiatla gelişim ortaya koymaktadır. İlave olarak CIS ile meydana gelen ekzofitik lezyonların rekürrens veya invazyon sergilenmesi daha olasıdır (1).

İlk görüldüklerinde, mesane tümörlerinin yaklaşık % 50-70'i süperfisial, stage T1s veya Ta olmaktadır. Daha az sayıdaki hastalarda lamina propria (% 28) veya müküler duvara invazyon belirlenmektedir; regional veya uzak metastaz yaklaşık % 15 olmaktadır (1,4).

Süperfisial mesane kanserlerinde metastaz genellikle daha az olmasına rağmen, bu gibi tümörler progres ortaya koyabilmekte ve büyük bölümü rekürrens göstermekte ve ilave tedavi gerektirmektedir (1).

Süperfisial tümörün farklı grade ve stage'lere (Ta ve T1) ayrılması klinik olarak progres ve rekürrens yönüyle faydalı olmaktadır (2).

Ta stage'li hastaların % 6 sıdan azında tümör progressionu meydana gelmekte, fakat T1 stage'li hastalarda bu rakam % 46 y aşmaktadır (1,5).

Grade I tümörlü hastaların % 20'sinde, grade II tümörlülerin % 19-37 sinde ve grade III tümörlülerin % 33-64'ünde progression meydana gelmektedir (5,6).

Süperfisial mesane kanserli hastalar TUR u takiben selektif intrakaviter kemoterapi ile tedavi edilebilir. Düşük grade'li ve küçük tümürlü hastalar düşük progression riski ortaya koymaktadır ve yalnız başına TUR u takiben gözetimle tedavi edilebilmektedir (1).

T1 multipl, büyük, rekürrent tümürlü veya uzak mesane biopsilerinde CIS birlikteliği sergilenmiş hastalar daha yüksek progression ve rekürrens riski sergilenmekte ve komplet ve dikkatli TUR dan sonra intrakaviter kemoterapi adayı olarak kabul edilmektedir (1,2).

Çalışmamız deneyimi ne olursa olsun her cerrahın TUR sonunda tümöral lezyonların gerçek

uzantısında yanılabilceğini kuvvetle vurgulamaktadır. Tamamen rezeke edildiği kabul edilen vakaların dahi inkomplet rezeke edildiği belirlenmiştir. Bir yandan müközal ödem, diğer yandan invisible intraepitelyal veya submüközal tümör gelişimi bu bulgular için ana neden olabilmektedir. Tümöral lezyonun belirlenmesinde problem sadece infiltrasyonun derinliğiyle ilgili olmayıp, lokal müközal uzantıda da kolaylıkla yanılmak mümkün olmaktadır.

Edindiğimiz izlenimlere göre süperfisial tümürlü hastaların tümörüne sekonder TUR tavsiye edilebilir bir tasarımdır, bu kavrama TUR u yapan cerrahın tümörü tamamen aldığına inanması durumunda dahi uyulması gerektiği kanaatini taşıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Carroll Pr. Urethelial carcinoma: Cancers of the bladder, ureter and renal pelvis. In: Tanagho EA, and Mc Aninch JW. General Urology. USA. Appleton and Langs a publishing division of Prentice Hall, 1992: 341-58.
2. R. Klan, V. Loy, and H. Huland. Residual tumor discovered in routine second transurethral resection in patient with stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder. J. Urol. 1991; 146: 316-18.
3. Mostofi FK, Sorbin LH- Torloni H. Histological typing of urinary bladder tumors. International classification of tumors. World Health Organisation, 1973.
4. Noney NM. Superficial bladder cancer: Progression and recurrence. J. Urol. 1983; 130: 1083.
5. Pauwels RPE. Grading in superficial bladder cancer. (I) Morphological criteria. Br J Urol 1988; 61: 129.
6. Peanson BS, Reghaven D: First line intravenous cisplatin for deeply invasive bladder cancer: Update on 70 cases. Br J Urol. 1985; 57: 690.