

MESANE TÜMÖRLERİ SEMPOZYUMU

19 OCAK 2002 AYDIN

KATILIM: Sempozyuma, Adnan Menderes Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Celal Bayar Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Pamukkale Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesinden, ayrıca Isparta, Manisa, Turgutlu, İzmir, Denizli ve Aydın'ın merkez ve ilçelerinden, üniversite hastanesi, devlet hastanesi, SSK hastanesi ve serbest çalışan ürolog ve patoloğlardan oluşan, kayıtlı 71 konuşmacı ve konuk katıldı. Katılımlar TTBB tarafından 4.5 puan ile kredilendirildi ve tüm konuklara katılım belgesi verildi.

TOPLANTI NOTLARI:

Dr. Kutsal YÖRÜKOĞLU

[Mesane Tümörlerinde Sınıflama ve Prognostik Faktörler]

• Mesane tümörlerinin patolojik sınıflaması ve derecelendirilmesinde halen yerine oturmamış taşlar vardır. Bu sorun pratikte, gerek patoloğlar arası tutarlılığı, gerekse de patoloğ-klinisyen arası iletişimi olumsuz etkilemektedir.

• “Düşük malignite potansiyelli papiller urotelial neoplazi – PUN-LMP”, güncel olmakla beraber kafa karıştıran bir terimdir. Klinisyenin asıl beklediği “biyolojik davranış öngörüsüne” cevap vermemektedir. Eksik olan bu bilgi, ek prognostik faktörlerle tamamlandıktan sonra, isimlendirme tümöre yaklaşımı değiştirmeyecektir.

TARTIŞMA: Dr. Lekili: Mesane tümörlerinin yeni sınıflamasındaki, low-grade ve high-grade tümörleri ayırt etmek patoloğ için kolay mıdır? Ve farklı gradelerin bir arada olması durumunda, prostat kanserinde olduğu gibi bir skorlama düşünülebilir mi?

Dr. Yörükoğlu: Bu yeni sınıflamaya göre bahsettiğiniz farkın kriterleri belirlenmiş olmasına rağmen, subjektif kriterlerdir ve patoloğlar arasında henüz bir standardizasyon da oluşmuş değildir. Derecelendirmenin homojen olmaması durumunda prensip olarak en yüksek derecelendirme rapora esas teşkil etmektedir.

Dr. Hakan GEMALMAZ

[Mesane Kanserlerinde Tanı Yöntemleri]

• Mesane tümörü tanısında alarm zili “hematüri”dir. Öykü ve görüntüleme yöntemleri tanıyı destekleyici olsun olmasın, bu gün için pratikte hiçbir ürolog endoskopi ve biyopsi altın standardını terk etmemelidir.

• Mesane tümörleri için endoskopinin yerini alacak ideal bir tümör belirleyicisi arayışı, örneğin bir PSA'dan çok daha duyarlı ve özgün belirleyicileri tıp hizmetine kazandırsa da, bunlardan hiç birisi üroloğun ve patoloğun gözünün yerini alacak önemi ve maliyeti yakalayamamıştır.

TARTIŞMA: Dr. Öge: Günümüzde mesane tümörü tanısı mevcut tanı araçları ile %100'e yakın konabilmesine rağmen yeni tanı araçlarının bu kadar araştırılmasının sebebi sizce ne olabilir?

Dr. Gemalmaz: Özellikle endoskopinin halen invazif sayılması bunda önemli bir neden olabilir. Ayrıca iyi bir tarama testine ihtiyaç duyulması yeni tümör markerleri üzerine ilgi toplamaktadır.

Dr. Kırkalı: Özellikle batı toplumlarında tanı ve tedavi maliyetlerinin yüksek oluşu ve konuyu yakın takip eden piyasa sektörü, konuyla ilgili bir antijen tespit edildiğinde ilgili tümör markerinin hizmete sunulmasının en büyük sebebidir.

Dr. Ziya KIRKALI

[Yüzeyel Mesane Tümörlerinde Prognostik Faktörler, Tedavi Prensipleri ve Tedavide Son Gelişmeler]

- Tanı için "araştırma" aşamasında kalan bir çok belirleyici ve faktörden, mesane tümörlerinin patolojik sınıflama ve derecelendirmesinde yaşanan "eksiklikleri" gidermek üzere, prognostik faktör olarak yararlanılmaktadır.
- Bunlar arasında T138 (invazyon için), M344 (rekürrens için), E-cadherin, Laminin, Micro damar yoğunluğu, p53 sayılabilir.
- Hastalısız sağ kalımda tümör sayısı, tekrar hızı, tümör çapı ve derecesi önemli iken; progresyonsuz sağ kalımda tümör derecesi, yaş, cins, evre ve önceki tekrar hızı daha önem taşımaktadır.
- Risk gruplarının iyi değerlendirilmesi ve standardize edilmiş tedavi prensiplerinin uygulanması başarı için gerekli ise de cerrahın deneyimi ve hakem patoloğun rolü göz ardı edilemez.
- Düşük risk grubunda, post-op erken tek doz kemoterapi (ör Epirubicin) rekürrensi %50 düşürür. Kemoterapi nüksü geciktirse de invazyona etkili değildir. Değişik kemoterapi ajanlarının birbirine üstünlüğü yoktur. Erken ve uzun süreli instillasyonlar daha etkilidir. Orta ve yüksek riskli hastalarda BCG, kemoterapiye üstündür. Profilaktik INH, BCG'nin yan etkilerini azaltmaz.
- Herbalterapide "Allium Sativum" (sarımsak) adından söz ettirmektedir.

Dr. İbrahim CÜREKLİBATIR

[T1G3 Mesane Tümörleri ve İkilemler]

- Yüzeyel mesane tümörlerinin %30'u T1, bunların da %30'u T1G3 dür. Bu olguların tedavi seçenekleri çok geniş bir yelpaze oluşturur.
- Kemoterapide etki, ilacın konsantrasyonuna ve mesanede kaldığı süreye bağlı iken, BCG'de temas süresi belirleyici değil. Miksiyon sonrası da devam eden etki 6. uygulamada en yüksek seviyeye çıkar. Dozun

da önemi tartışmalıdır, azaltılabilir. Önemli olan immun yanıtı başlatılabilmesidir. BCG ile tümör nüksünde net yarar %40, progresyonda net yarar %14 dür.

- T1G3 olgularda hemen sistektomi ile 5 yıllık kansere özgü yaşam %90, geciktirilmiş sistektomi olgularında ise %28. 5 seviyesindedir. Geç sistektomi olgularında ayrıca üçte bir oranında downstaging yapılmış olduğu saptanmıştır.

Dr. Murat LEKİLİ

[Ekstravezikal Değişici Epitel Karsinomları]

- İzmir'de erkeklerde mesane kanseri en sık 2. kanser ve 1. ürolojik kanser konumundadır.
- Sigarayı bıraktıktan sonraki 10. yıl üst TCC riski %50-60 azalmaktadır.
- Tedavide: perkütan, laparoskopi ve endoskopi asiste tek flank insizyon seçenekleri varsa da, temel standart Nefro-üretrektomi + mesaneden cuff eksizyonudur.

TARTIŞMA: Dr. Kırkalı: Bu standardın uygulanıp uygulanmamasını hastaya ait faktörler (örneğin yaş ve comorbiditeleri), hangi yol ile uygulanacağını ise deneyim ve eldeki imkanlar belirlemektedir.

Dr. Yaşar BEDÜK

[21. yüzyılda radikal sistektomi]

- T2-3 N0 M0 TCC için "altın standart": radikal sistektomi + Pelvik LND + üriner diversiyondur. En iyi mesane koruyucu stratejiler bile T2 kanserlerde %50-80, T3b tümörlerde ise %10-20 kür sağlayabilir.
- Neoadjuvan kemoterapi, bir avantaj sağlamamaktadır (özellikle T1-2 olgularda).
- Yüzeysel mesane tümörlerinde, invazyon riski (T1G3 için %50) ve downstaging riski (%34) sistektomi alternatifine zemin hazırlar. T1 evresinde sistektomi sonrası 10 yıllık sağ kalım %83'dür (pTa için %100).
- Prostatik uretra tutulumu sistektomi için kontraindikasyon değildir. Ancak duktal tutulum ve stromal invazyon olgularının seyri birbirinden farklıdır. (direkt stromal invazyonda sürvi çok daha düşüktür).
- Anterior uretrada tm (+) olan ve frozen biyopsi ile cerrahi sınır (+) olan olgular dışında tüm olgular ortotopik mesaneye aday kabul edilebilir.

TARTIŞMA: Dr. Akdaş: Radikal sistektomi de sinir koruyucu yaklaşım için düşündükleriniz nelerdir?

Dr. Bedük: Günümüzde sinir koruyucu cerrahi özellikle genç hastalarda tercih edilen yöntem olmalıdır. Ayrıca bu hastalara erken dönemde Sildenafil uygulamasına geçilmesi önerilmektedir.

Dr. Zorlu: Bilateral sinirin korunmadığı olgularda sildenafil sitrat'ın bir faydası olacak mıdır?

Dr. Erol: Gerçekten de iki taraflı ve tek taraflı sinirin korunduğu olgularda erken dönemde sildenafil sitrat başlanmasının, potensin geri kazanılmasında olumlu etkisi gösterilmiş. Ancak iki taraflı olarak sinirin korunmadığı olgularda protez implantasyonu öncesi denenecek yöntem, intrakavernozal enjeksiyon ve vakum cihazları olmalıdır.

Dr. Yaşar BEDÜK

[Kasa invaziv karsinomda mesane koruyucu tedaviler]

• %20-30 olguda mesane kanseri tanısı konduğunda kas invazyonu vardır. Yüzeysel olanlar ise %10-15 oranında progresyon gösterir. Bu olgularda sinir koruyucu ve rekonstrüktif cerrahide gelişmeler varsa da etkin kemoterapi rejimleri tedavi seçeneklerini artırıyor.

• Kemoterapi ve radyoterapi ile kombine edilen mesane koruyucu cerrahi yöntemler seçilmiş olgular için mümkün gözüküyor. (örneğin T2-3a, fazla büyük olmayan, üreterleri tutmayan ve tama yakın rezeke edilebilen tümörler; ya da sistektomiye kabul etmeyen veya genel durumu uygun olmayan olgular)

• Prognostik faktörlerin tayini ile konservatif tedaviye cevap verebilecek olguların öngörülmesi başarıyı artıracaktır.

• Karar aşlında, "mesaneyi mi kurtaralım yoksa yaşamı mı kurtaralım" kararıdır.

TARTIŞMA: Dr. Akdaş: Sistektomi uyguladığınız hastalardan hangilerine adjuvan kemoterapi uyguluyorsunuz? Tercih ettiğiniz kemoterapi protokolü hangisi?

Dr. Bedük: Lenf nodu tutulumu olan ve/veya perivezikal tutulum yada cerrahi sınır tutulumu gibi kötü prognoz kriterleri varlığında adjuvan kemoterapi uyguluyoruz. Tercih ettiğimiz tedavi Gemstabin + Cis-Platin kombinasyonu.

Dr. Atıf AKDAŞ

[Metastatik Mesane Tümöründe Tedavi Prensipleri]

• İlk tanıda klinik olarak belirlenen uzak metastaz olasılığı %5'tir.

• Cisplatin'li rejimlerde, 2. kür sonrasında regresyon görülmezse alternatif tedavilere geçilmelidir (Gemcitabine).

• Nodal Metastaz, organ metastazından daha iyi prognoza sahiptir.

- Taxane + Gemcitabine kombinasyonunda önce Taxane uygulanmalıdır (Gemcitabine'nin etkin metabolitini açığa çıkarır ve sinerjist etkilidir).
- Kombine tedavilerde genellikle ek yarardan çok yan etki artışı gözlenmektedir.
- MVAC ile CMV etkisini araştıran karşılaştırmalı çalışma yoktur, farklı olmadıkları düşünülmektedir.
- ALIMTA, hücre siklusunda arrest ve p53 bağımsız apoptozis oluşturan yeni bir kemoterapi ajanıdır. Gemcitabine + ALIMTA ile %33 başarı bildirilmiştir.