



Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanserinde Tur-Tm Sırasında Mesane Perforasyonu: Hastaya Erken ve Geç Dönemde Yaklaşım

Bladder Perforation During TUR of Non Muscle Invasive Bladder Tumours: Early and Late Management

Dr. Deniz Arslan

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Mesane tümörü tanı ve tedavisinde sistoskopi ve transüretal rezeksiyon altın standarttır. Transüretal Rezeksiyon (TUR-Tm) yapılırken mesane perforasyonu oluşabilecek komplikasyonlardan biridir. Mesane perforasyonlarının büyük kısmı ek bir cerrahi girişim gerektirmeksizin tedavi edilmektedir. Erken dönemde çok ciddi sonuçları olmamakla beraber bu hastaların Perforasyon gelişmeyen hastalara oranla kısa zamanda tekrar operasyon ya da uzak metastazlar yönünden yakın takibi önerilmektedir. (Üroonkoloji Bülteni 2014;13:119-121)

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, transüretal rezeksiyon, komplikasyon, mesane perforasyonu

Summary

Cystoscopy and transurethral resection is the gold standard for the diagnosis and treatment of bladder tumors. However, bladder perforation is one of the complications of transurethral resection. But the majority of bladder perforation do not require any additional surgical intervention. Serious adverse outcome of bladder perforation are uncommon in the early period. However, the risk still exists, and the urologist should be aware of the possibility of local and/or distant recurrences. Thus, these patients should be more closely followed up compared to those who did not develop perforation. (Bulletin of Urooncology 2014;13:119-121)

Key Words: Bladder cancer, transurethral resection, complications, bladder perfor

Giriş

Mesane Tümörleri üriner sistemin en sık görülen tümörüdür. Her yıl Amerika Birleşik Devletlerinde ortalama 40,000 yeni olgu bildirilmektedir (1). Bu tümörlerin yaklaşık %75-%85'i mukoza (Ta, CIS) veya submukoza (T1) ile sınırlı olup yüzeysel mesane tümörleri (kasa invaze olmayan mesane kanseri) olarak adlandırılırlar. Bu yüzeysel tümörlerin de yaklaşık %70'i Ta evrede %20'si T1 evrede ve %20'si CIS evresindedir (2).

Mesane tümörlerinde hem tanıyı kesinleştirmek için hem de tedavi için primer yöntem Transüretal rezeksiyondur (TUR-Tm) (1). Transüretal rezeksiyon yöntemi tümörün tamamen ortadan kaldırılmasına olanak sağlarken alınan derin parçalar sayesinde de tümörün kas tabakasına ne kadar invaze olduğu ortaya konulabilmektedir (3). Ancak her cerrahi yöntemde olduğu gibi transüretal rezeksiyon cerrahisi esnasında da bazı

komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu ameliyatın peroperatif başlıca komplikasyonları, tansfüzyon gerektiren kanama %3-%13 ve perforasyon %1-%5 olarak bildirilmektedir (4,5). Mesane perforasyonu üriner sistem enfeksiyonu riskini ve ürosepsis riskini iki kat arttırır. Perforasyon ile beraber transüretal ikincil girişim ve transfüzyon gerektiren kanama olasılığı %13 ten %24'e kadar çıkmaktadır (5).

Perforasyon riski çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Örneğin cerrahın tecrübesi ve tümörün mesanede lokalizasyonu perforasyon riskini değiştirebilen faktörlerdir. Özellikle yan duvar tümörleri ve mesane kubbesindeki tümörlerde perforasyon riski yüksek olarak bildirilmektedir (6). Özellikle yan duvar tümörlerinde obtüratör refleksi ile perforasyon gelişebilir. Bununla beraber farklı görüşlerde mevcuttur. Örneğin Collado ve ark. yaptıkları çalışmada perforasyon sıklığının tümörün evre, grade ve lokalizasyonundan ziyade

Tablo 1. Yüzeysel mesane tümörü rezeksiyonu sırasında perforasyon gelişen hastaların karşılaştırmalı istatistikleri

	Skolarikos ve ark. (n=34)	Comploj ve ark. (n=37)
	No	No
Ortalama yaş	74,59 (53-89)	69,5 (37-97)
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	26/8	27/10
Perforasyon yeri (Intraperitoneal/Extraperitoneal)	5/29	
Tedavi şekli (konservatif/drenaj/açık)	26/4/4	35/1/1
Tümör yeri (anterior/post/sağ lat/sol lat/tavan/trigon)	14/1/6/7/3/3	
Tümör çapı (3 cm büyük/ 3 cm küçük)	20/14	
Tümör evresi (Ta /T1)	15/19	24/12
Tümör rekürrensi (var/yok)	17/17	14/23
Extravesical rekürrens (var/yok)	4/30	0

tümör çapı ve sayısı ile doğru orantılı olduğunu bildirmişlerdir (4). Ayrıca TUR esnasında mesanenin aşırı distansiyonu ve alınan parçaların derin ve kalın alınması da perforasyon riskini arttıran faktörlerdendir. Perforasyon nadiren de TUR'u yeni öğrenen kişilerde rezektoskopun fazla itilmesi nedeniyle de gelişebilir (7).

Perforasyon intra yada ekstraperitoneal bölgeye olmak üzere iki şekilde olur. Perforasyonun hangi alana olduğu ile ilgili tereddüt var ise ya da perforasyonun ne boyutta olduğunu tam tespit etmek amacıyla sistografi çekilebilir. Farklı serilerde değişik oranlar olmakla beraber vakaların yaklaşık %83-%89 oranında ekstraperitoneal olduğu bildirilmektedir (8). Hastalar genellikle sadece üretral sonda takılarak 5-7 gün izlem ile başka bir işleme gerek kalmadan tedavi edilir. Nadiren de olsa büyük perforasyon oluşmuş ve buna bağlı fazla miktarda sıvı koleksiyonu oluşmuşsa retzius boşluğuna dren koymak gerekebilir (9).

Intraperitoneal perforasyon daha ciddi bir durumdur. Çünkü bağırsak yaralanması olasılığı ile beraber irrigasyon solusyonunun batin içine yayılıp sistemik emilimi de söz konusu olabilir (10). Bu konudaki geleneksel yaklaşım intraperitoneal perforasyon olduğu anda açık cerrahiye geçilmesi şeklindedir. Karın içi açılarak bağırsaklar kontrol edilir ve herhangi bir yaralanma yok ise serum fizyolojik ile çevresel dokular iyice yıkanarak kapatılır. Son yıllarda perforasyonun tamiri için daha minimal invaziv yaklaşımlar olan perkütan peritoneal drenaj veya laparoskopik yaklaşımlar da önerilmektedir (11,12). Mesane perforasyonu sonrası kalan rezidüel tümörlerin genellikle ilk operasyondan 6 hafta sonra tekrar opere edilmesi önerilmektedir (8).

Perforasyon sonucunda ekstrevezikal metastaz ile ilgili literatürde farklı yayınlar mevcuttur. Örneğin Mydlo ve ark. perforasyon gelişen 11 hastadan bir tanesinde yaygın peritoneal metastazlar bildirmiştir (1). Yine aynı şekilde Yap ve Richie transizyonel hücreli karsinom için TUR-Tm yapılan ve perforasyon gelişen ardından da açık mesane tamiri yapılan bir hastada psoas kasında metastaz bildirmişlerdir (13). Bir

çok çalışmada da mesane perforasyonuna bağlı ekstrevezikal tümör rekürrens insidansı düşük olarak bildirilmektedir. Collado ve ark. yaptıkları çalışmada 36 hastada hiç nüks tespit etmemişlerdir. Bu hastaların %11'inde perforasyon noktası açık olarak tamir edilmiştir (4). Aynı şekilde Mack ve ark. 12 hastada 15 yıllık takip ile hiç ekstrevezikal tümör nüksü tespit etmemişlerdir (14). Ancak Tablo 1'de de görüldüğü üzere literatürde birbirinden farklı sonuçlar da var. Skolarikos ve ark. hastaların %11,8'inde ekstrevezikal nüks bildirmekte iken Copmloj ve ark. hemen aynı sayıdaki hastada hiç nüks tespit etmemişlerdir (8,9). Ancak yine aynı çalışmada Comploj perforasyon hastalarının perfore olmayan hastalara göre mortalite, progresyon ve sistektomi oranlarının yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (8).

Perforasyon sonrasında rekürrens oluşmasını önlemek için sistemik veya lokal kemoterapi/radyoterapi tedavisi ile ilgili kesin görüşler yoktur. Ancak çeşitli hayvan çalışmalarında intraperitoneal tümör enjekte edildiğinde Gemcitabine ve doxorubicinin fibrinolitik ajanlarla kombinasyonunun tümör hücrelerinin büyümesini durdurduğu gösterilmiştir (15).

Sonuç

Tüm diğer branşlarda olduğu gibi ürolojik cerrahi de komplikasyonları olan bir alandır. Mesane tümörü için transüretal cerrahi çok sıklıkla yapılan ürolojik ameliyatlardan biridir. Mesane perforasyonu bu komplikasyonlardan biridir. Perforasyon her cerrahin yaşayabileceği bir durumdur. Özellikle mesane yan duvar, tavan ve posterior tümörlerini alırken dikkatli olmalı. Mesaneyi aşırı doldurmaktan kaçınılmalı ve çok fazla derin parçalar almak için acele etmemelidir. Her ne kadar perforasyon riski olsa da lokal veya uzak metastaz olasılığının düşük olduğu bilinmelidir.

Kaynaklar

1. Mydlo JH, Weinstein R, Shah S, et al. Long-term consequences from bladder perforation and/or violation in the presence of transitional cell carcinoma: results of a small series and a review of the literature. J Urol 1999;161:1128-1132.

2. Soloway MS. It is time to abandon the "superficial" in bladder cancer. *Eur Urol* 2007;52:1564-1565.
3. Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, et al. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder. *Eur Urol* 2008;54:303-314.
4. Collado A, Chechile GE, Salvador J, et al. Early complications of endoscopic treatment for superficial bladder tumors. *J Urol* 2000;165:1529-1532.
5. Dick A, Barnes R, Hadley H, et al. Complications of transurethral resection of bladder tumors: prevention, recognition and treatment. *J Urol* 1980;124:810-814.
6. Balbay MD, Cimentepe E, Unsal A, et al. The actual incidence of bladder perforation following transurethral bladder surgery. *J Urol* 2005;174:2260-2262.
7. Green FL, Page DL, Fleming ID, et al. *AJCC cancer staging manual* 6th edn. Springer New York; 2002:335-340.
8. Comploj E, Dechet CB, Mian M, et al. Perforation during TUR of bladder tumours influences the natural history of superficial bladder cancer. *World J Urol* 2013.
9. Skolarikos A, Chrisofos M, Ferakis N, et al. Does the management of bladder perforation during transurethral resection of superficial bladder tumors predispose to extravesical tumor recurrence? *J Urol* 2005;173:1908-1911.
10. Dorotta I, Basali A, Ritchey M, O'Hara JF Jr, Sprung J: Transurethral resection syndrome after bladder perforation: *Anesth Analg* 2003;97:1536-1538.
11. Manikandan R, Lynch N, Grills RJ. Percutaneous peritoneal drainage for intraperitoneal bladder perforations during transurethral resection of bladder tumors. *J Endourol* 2003;17:945-947.
12. Golab A1, Słojewski M, Gliniewicz B, et al. Laparoscopy as a treatment for intraperitoneal bladder injury. *Scand J Urol Nephrol* 2003;37:339-341.
13. Yap WT, Richie JP. Metastases from transitional cell carcinoma of the bladder masquerading as psoas abscess. *J Urol* 1980;123:959-960.
14. Mack D, Rammal E, Jakse G. [Iatrogenic tumor cell implantation in bladder cancer]. *Urologe A* 1988;27:99-104.
15. Ridwelski K, Meyer F, Hribaschek A, et al. Intraoperative and early postoperative chemotherapy into the abdominal cavity using gemcitabine may prevent postoperative occurrence of peritoneal carcinomatosis. *J Surg Oncol* 2002;79:10-16.