

Divertikül içi mesane tümöründe tedavi sistektomi mi transüretral rezeksiyon mu olmalı?

The choice of treatment for intradiverticular tumors of bladder is should be cystectomy or transurethral resection?

Mehmet Giray Sönmez, Cengiz Kara

Medical Park Ankara Hastanesi, Üroloji Departmanı

Özet

Divertiküllerin çoğu kas tabakasının konjenital olarak zayıf olduğu periüreteral kesimde mesane posterolateral duvarından kaynaklanırlar. Divertikül içi idrar stazı displazi ve metaplaziye zemin hazırlar, mesane divertikülü içinde malign tümör gelişme oranı literatürde %0.8 ile %10 arasında bildirilmiştir. Divertikül içi tümörün en belirgin semptomu hematuridir. 70 yaşında, 3.5 cm boyutlu divertikül içerisinde tümörü olan olgumuzda transüretral rezeksiyon yapıldı, patolojinin kas invaziv gelmesi üzerine, hastaya sistoprostektomi uygulandı. Divertikül içi tümörlerde hastaya yapılacak cerrahi işlemin belirlenmesi tartışmalı bir konudur. Literatürdeki hasta sayısının azlığı nedeniyle mesane divertikülünden kaynaklanan kanserlerle ilgili algoritmaları tam olarak belirlemek mümkün değildir. Divertikül içi mesane tümörlerinin transüretral rezeksiyonunu takiben iyi prognozu bildiren çalışmalar olmasına rağmen; tümör yükü fazla olan, ekstradivertiküler yayılımı olan hastalarda transüretral rezeksiyonda olabilecek komplikasyonlardan uzak durmak ve zaman kaybetmemek için asıl seçeneğin sistektomi olması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Mesane Tümörü, Mesane Divertikülü, Sistektomi, Transüretral rezeksiyon

Abstract

Most of the diverticula arise from the posterolateral wall of the bladder in periureteral segment that the muscle layers are congenitally weak. Intradiverticular stasis of urine predispose to dysplasia and metaplasia; the incidence of intradiverticular malignant tumor have been reported between 0.8% and 10% in the literature. The most prominent symptom of intradiverticular tumor is hematuria. We had performed the transurethral resection to our case who is 70 years old man and have an intradiverticular tumor size in 3.5 cm. By reason of the invasion of the muscle layer in the report of pathological investigation, we performed the cystoprostatectomy. The determination of the surgical procedure for the intradiverticular tumor is a controversial issue. There are a few patients had been reported, therefore the determination of the algorithms of intradiverticular tumor of bladder exactly is not possible. Although there are several studies that showed the good prognosis after the transurethral resection of intradiverticular tumors of bladder; we think that the main choice must be cystectomy to avoiding from complications of transurethral resection in patients who have big tumor burden and extradiverticular spreading and save time.

Key Words: Tumor of bladder, Diverticulum of bladder, Cystectomy, Transurethral resection

Geliş tarihi (Submitted): 14.10.2014
Kabul tarihi (Accepted): 27.05.2015

Yazışma / Correspondence

Mehmet Giray Sönmez
Medical Park Ankara Hastanesi
Kent Koop. Mah.1808 Sok. No:15
Batkent/Ankara
E-mail: drgiraysonmez@gmail.com
Tel: 0505 914 23 27

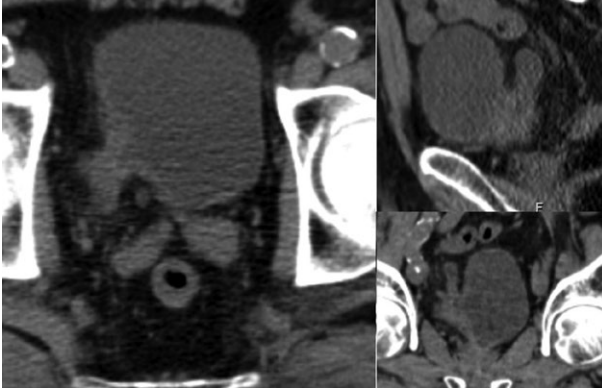
Olgu Sunumu

Yetmiş yaşında erkek hasta, bir yıldır zaman zaman devam eden ağrısız, pıhtılı, makroskopik hematüri ile kliniğimize müracaat etti. Hematürinin son 1 haftadır aralıksız devam ettiğini tarifleyen hastanın, 40 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. 10 yıl önce benign prostat hiperplazisi nedeniyle transüretral prostat rezeksiyonu

operasyonu geçirmişti.

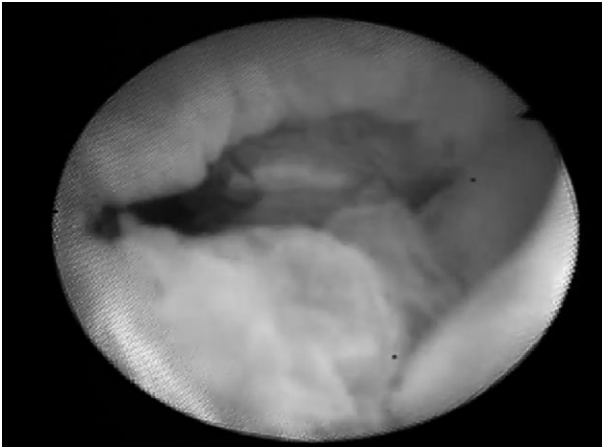
Fizik muayenede; batin rahat, palpable kitle, fiksasyon bulgusu yok, rektal tuşe: yarım pozitif benign kıvamda Laboratuvar değerlendirmede; üre :30 mg/dl, kreatinin:1.1 mg/dl, kanama profili:normal, PSA:0.42 ng/dl, Hb 14,1 g/dl olup, idrar mikroskopisinde bol eritrosit saptandı.

Radyolojik değerlendirmede; abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) sağ üreterovezikal bileşke düzeyinde sağ lateralde yaklaşık 3,5 cm çapta divertikül ve divertikül içini dolduran papiller solid kitle ve divertikül sınırında şüpheli duvar kalınlaşması izlendi (Resim 1). Anormal lenfadenopati ve metastaz bulgusu izlenmedi.



Resim 1: Mesane sağ yan duvardaki divertikül ve divertikül içi tümörün transvers, coronal ve sagittal görüntüsü

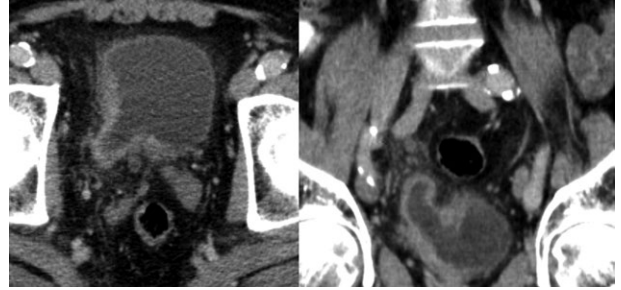
Hastaya sistoskopi ve gerekli girişim planlandı. Yapılan sistoskopide mesane sağ yan duvarda sağ üreter orifisinden yaklaşık 1.5 cm lateralde 3.5 cm çaplı divertikül ve divertikülün tüm duvarlarını tamamen kaplayan, buradan divertikül ağzına doğru yayılan , divertikül ağzını çepeçevre saran papiller tümöral alanlar izlendi. İzlemde sağ üreter orifisi intakttı, mesanede trabekülasyon artışı dışında başka patoloji izlenmedi (Resim 2).



Resim 2: Mesane içindeki divertikül ve içinden dışarıya doğru protrüze olan papiller tümöral yapılar

Divertikül içindeki ve ağzındaki bütün tümöral dokular 90/60 watt enerji kullanılarak rezeke edildi. Posto-

peratif 2. gün sondası alınan hasta taburcu edildi. Rezeke edilen dokunun patolojisi yüksek dereceli infiltratif ürotelyal karsinom, müsküler invazyon mevcut olarak raporlandı. Patoloji sonucu nedeniyle çekilen kontrol toraks ve abdomen BT'de divertikül içi tümörün izlenmediği, anlamlı metastazik bulgu olmadığı raporlandı (Resim 3).



Resim 3: TUR-Mesane tümörü sonrası tomografide divertikülün görünümü

Postoperatif hastanın mevcut patolojisi nedeniyle hastaya radikal sistoprostatektomi+ ileal loop ameliyatı yapıldı. Sistoprostatektomi spesmeninin patolojisi; yüksek dereceli infiltratif ürotelyal karsinom, divertikül etrafında perivezikal invazyon pozitif, vasküler invazyon pozitif, rezeksiyon sınırları tümör negatif, prostat tümör negatif olarak raporlandı.

Tartışma

Mesane divertikülleri mukozanın kas tabakasından herniasyonu ile gelişirler ve mesane lümeni ile devamlılık gösterirler (1). Konjenital ve kazanılmış olmak üzere iki tipi vardır. Kazanılmış divertiküller çoğunlukla mesane çıkım obstrüksiyonu veya nörojenik disfonksiyona sekonder olarak gelişebildikleri gibi iyatrojenik de olabilirler. Erkeklerde divertiküller prostat büyümesinin gözleendiği yaşlarda ortaya çıkar. Divertiküllerin çoğu kas tabakasının konjenital olarak zayıf olduğu periüreteral kesimde mesane posterolateral duvarından kaynaklanır. Kazanılmış divertiküllere tipik spesifik semptomlar yoktur. Mesane divertiküllerinin çoğuna, alt üriner sistem semptomları (AÜSS), hematüri ve enfeksiyon nedeniyle yapılan incelemeler sırasında veya insidental olarak tanı konulur (2). Divertikül içi idrar stazı displazi ve metaplaziye zemin hazırlar, mesane divertikülü içinde malign tümör gelişme oranı literatürde %0.8 ile %10 arasında bildirilmiştir (3,4). Histopatolojik olarak divertikül içi tümörlerin %70-80'i değişici epitel hücreli karsinom, %20

'si ise yassı epitel hücreli karsinomlardır (3-5). Divertikül içi tümörler 65-75 yaş arası pik yaparlar (5). Genitoüriner sistem kanserleri içinde özellikle böbrek ve mesane tümörlerinin etyolojisinde sigara en önemli risk faktörlerinden biridir (6). Divertikül içi tümörün en belirgin semptomu hematuridir (5). Literatürle uyumlu olarak bizim vakamızda da hasta 70 yaşında, 40 yıl sigara tüketim öyküsü mevcut olup, hasta makroskopik hematüri ile başvurmuştu. Literatürdeki hasta sayısının azlığı nedeniyle mesane divertikülünden kaynaklanan kanserlerle ilgili algoritmaları tam olarak belirlemek mümkün değildir (2,3).

Divertikülde kas tabakasının olmaması nedeniyle bu tümörlerin yüzeysel ve invaziv olarak sınıflandırılması zor olup hastalarda bu tümörlerin, mesane tümörlerine kıyasla çok daha çabuk invazyon gösterebileceği düşünülmektedir (4,5)

Bu nedenle Golijanin ve ark. intradivertiküler tümörlerde T2 evresinin kullanılmamasını, T1'den direkt olarak T3'e geçilmesini önermektedirler (4).

Bu tümörlerin tedavisinde transüretal rezeksiyon (TUR), parsiyel sistektomi veya radikal sistektomi seçeneklerinden biri uygulanabilir. Standart bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte bu tümörlerin çoğu ileri evrede başvurduğundan radikal sistektomi çoğunlukla tercih edilen tedavi şekli olmaktadır. Önceki yıllarda yayınlanan serilerin çoğunda kötü prognoz bildirilirken, son yıllarda yayınlanan çalışmalarda daha iyi prognoz oranları verilmektedir (2,4). Uygulanacak tedavi şekli cerrahın tercihine bağlı olmakla birlikte divertikül içi tümörün burada sınırlı olması ve ekstradivertiküler yayılım yapmasına göre tedavinin şeklinin belirlenmesi önerilmektedir (4). Bizim hastamızda da çekilen ilk tomografide tümör divertikül içi ve mesanede sınırlı olduğundan minimal invaziv tedavi yöntemi olan TUR uygulandı. Mesane divertikülünde kas tabakası olmadığından işlem perforasyon ve intrapertoneal yayılım riski içermektedir. Bu nedenle işlem sırasında çok dikkatli olunmalı düşük doz enerji kullanılmalı ve derin rezeksiyon yapmaya özen gösterilmelidir. Bizde hastamızda 90/60 watt enerji kullanarak tümör dokusu tamamen rezeke edildi. İşlem sırasında perforasyon olmadı. Hastanın patolojisi yüksek dereceli infiltratif ürotelyal karsinom, müsküler invazyon mevcut olarak raporlandı. Burada detrusörde

tümör pozitifliği ilginç bulunmakla birlikte bu pozitifliğin divertikül ağzından rezeke edilen alanlara bağlı olabileceği düşünüldü. Sistoprostektomi patolojisi yüksek dereceli infiltratif ürotelyal karsinom, divertikül tarafında perivezikal invazyon pozitif, vasküler invazyon pozitif, rezeksiyon sınırları tümör negatif, prostat tümör negatif olarak raporlandı. Yani rezeke ettiğimiz tümöral doku intravezikal olarak temizlenmişti fakat perivezikal yayılım mevcuttu.

Burada tartışmaya açık olan konu hastaya yapılacak cerrahi işlemin belirlenmesidir. Bizim olgumuzda patoloji raporu transüretal rezeksiyon ile intravezikal tümörün temizlenebileceğini göstermiş olup, ekstravezikal yayılım nedeniyle ek tedavi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Literatürde divertikül içi mesane tümörlerinin transüretal rezeksiyonunu takiben iyi prognozu bildiren çalışmalar olmasına rağmen, bizce tümör yükü fazla olan, ekstradivertiküler yayılımı olan tümörlerde hastaya transüretal rezeksiyonda oluşabilecek komplikasyonlardan uzak durmak, vakit kaybetmemek için asıl seçenek sistektomi olmalıdır.

Kaynaklar

1. Saez F, Pena M, Lopez A, Marco A, Reyzaal J. Carcinomas in vesical diverticula: the role of ultrasound. J Clin Ultrasound 1985; 13:45-46.
2. Rovner ES. Bladder and urethral diverticula. Campbell-Walsh Urology. 9th edition. Philadelphia, Saunders Elsevier Company 2007; 2361-2391.
3. Baniel J, Vishna T. Primary transitional cell carcinoma in vesical diverticula. Urology 1997; 50: 697-699.
4. Golijanin D, Yossepowitch O, Beck SD, Sogani P, Dalbagni G. Carcinoma in a bladder diverticulum: Presentation and treatment outcome. J Urol 2003; 170:1761-1764.
5. Yu CC, Huang JK, Lee YH, et al. Intradiverticular tumors of the bladder: Surgical implications—an eleven-year review. Eur Urol 1993; 24:190-196.
6. Ross RK, Jones PA, Yu MC. Bladder cancer epidemiology and pathogenesis. Semin Oncol 1996; 25: 536-545.