

MESANE TÜMÖRÜ TANI VE TEDAVİSİNDE HATA VE TEHLİKELER

(Bir olgu nedeniyle)

Şevket Tuncer*

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeye rağmen yine de gerek tanı ve gerekse tedavide hatalar yapılmaktadır.

Hastamızın ilk yatışında, mesane tümörünün genişliğinin ve infiltrasyon derecesinin saptanmasında yapılmış olan hata sonucu inoperabl kabul edilip, dolayısı ile de yine hatalı olarak formalin instilasyonu uygulanmış, 2. yatışında ise durum aydınlatılarak gereken tedavi yapılmıştır.

Hatalarımızın tekrarını önlemek bakımından öğretici olacağı kanısı ile olgunun yayınlanması uygun bulunmuştur.

OLGU : R.G. adında 66 yaşında emekli bir hasta. İlk yatışı : 19.11.1979 gün ve 859 Protokol No. ile. İki seneden beri tekrarlayan hematuri'leri olan hasta, halen mevcut makroskopik hematuri'si nedeniyle yatırılmıştır. Ürografi : Sağ böbrekteki pitoz dışında patolojik bir görünüm yok. Sistoskopik bulgu : Mesane mukozası kirli bulanık, yer yer pıhtılar mevcut. Mesane sol yan duvarında saat 2-5 arası ödem bölölz ve üzeri nekroz gösteren tümöral kitle seçiliyor. Trigon ve ureter delikleri görülemedi.

Tedavi : Spinal anestezi altında % 2 formalin instilasyonu yapılmış ve hematurisi kısmen açılmış olarak 28.11.1979 günü taburcu edilmiştir.

İkinci yatışı : 23.2.1981 gün ve 262 Protokol No. ile.

Onbeş gün öncesin ekadar fazla bir şikâyeti olmayan hasta, yine kanama nedeniyle polikliniğimize baş vurduğunda, yapılan sistoskopisinde mesanede papiller tümör görülerek yatırılmıştır.

Ürografi : İlk yatışındaki bulgularda bir değişiklik görülüyor.

Bimanuel palpasyon : Mesaneye ait hiç bir kitle veya infiltrasyon duyulmuyor.

* A.Ü. Tıp Fak. Üroloji Kürsüsü Doçenti

Sistoskopi : Trigon üzerinde 1 cm. çapında beyaz-gri renkte ve şale şeklinde bir adet taş ile, sol ureter deliğinin hemen üzerinde ve bunun da 1 cm. üst ve dış kısmında olmak üzere 2 adet bezelye tanesi büyüklüğünde papiller tümör görülmektedir.

Tedavi : Spinal anestezi altında rezektoskop konarak önce taş yabancı cisim pensi ile kırılıp aspirasyonla çıkartıldıktan sonra, sistoskopi bulgusunda belirtilen 2 adet ütmörün rezeksiyonu yapıldı ve yerleri koterize edildi.

Histo-Patolojik tanı : Tümüyle benign natürde olan, malignite taşımayan mesane papillomu. (Pat. Tarihi : 5.3.81, No. : 12739).

Hasta 5.3.1981 günü, 3 ay sonra sistoskopik kontrole gelmek üzere şifa ile taburcu edilmiştir

TARTIŞMA

Mesane tümörlerinde en önemli muayene metodları; uretro-sistoskopi, bimanuel palpasyon biyopsi ve ürografidir. Lenfanjiyografi, sistografi, pelvik anjiyografi gibi muayeneler ancak gerek duyulduğu zaman yapılan muayene metodlarıdır.

Mevcut tümörün yerinin, adedinin, genişliğinin ve büyüklüğünün saptanması bakımından sistoskopik değerlendirmenin tam ve doğru yapılması gerekir. Özellikle kanama ile gelen olgularda bu değerlendirme daha da önem kazanmaktadır. Çünkü bunlarda mesanede teşekkül etmiş pıhtılar değerlendirmede yanlışlara sebep olabilmektedir. Bu nedenle kanamalı hastalarda mümkünse anestezi altında, mesane tamponadı bulunsun veya bulunmasın, mevcut pıhtıların tamamen boşaltılması (Evacuation) şarttır. Aksi halde kısmen organize olmuş ve mesane duvarına yapışmış pıhtılar yanlışlıkla tümör tanısına veya mevcut bir tümörün daha büyük olduğu yanlışlığına götürecektir. Nitekim o'gumuzda da ilk yatışındaki sistoskopisinde böyle bir yanlış sonucu saat 2-5 arasında inoperabl yaygın tümör bulunduğu yanlış tanısına varılmıştır. Oysa 2. yatışındaki sistoskopisinde bir adet küçük taş dışında sol ureter deliği gerisinde 2 adet bezelye büyüklüğünde papiller tümör görülmüştür.

Anestezi altında yapılması gereken bimanuel palpasyon'un önemi ise tartışma götürmez. Ancak çok kze bu muayeneye gereken önemin verilmediği görülmektedir. Oysa bu palpasyon, derin infiltrasyon yapmış yani inoperabl kabul edilebilecek kanserlerin yüzeysel olarak gelişmiş mesane tümörlerinden ayırdedilmesinde basit fakat güvenilir bir muayene metodu olup, ayrıca bu sayede TNM klasifikasyonundaki T-kategorisinin (staging) tesbitinde ve dolayısı ile de yapılacak tedavi şeklinin saptanmasında yardımcı olmaktadır (9). Nitekim olgumuzda da ilk yatışta bu muayenenin yapılmamış olduğu dosyasından anlaşılmaktadır. Bu muayene yapılmış olsaydı, o'gunun inoperabl olarak değerlendirilmesi yanlışlığına düşülmemesi gerekirdi. 2. yatışında yapılan bimanuel palpasyonda hiç bir kitle saptanamamıştır.

Yapılacak biyopsinin veya rezeke edilen tümörün histo-patolojik muayenesi tümörün infiltrasyon derecesi (staging) hakkında bilgi vereceği gibi, aynı zamanda hücre diferansiasyonu (grading) hakkında da bizi aydınlatacaktır. Olgumuzda biyopsi de yapılmadan tedaviye yönelinmiştir. 2. yatışında ise rezeke edilen tümörün histo-patolojik incelenmesi, tümüyle benign natürde olan, hiç bir malignite taşımayan bir mesane papillomu olduğunu göstermiştir.

Ürografi ise böbrek fonksiyonlarında tümöre bağlı obstrüktif bir lezyon meydana gelip gelmediğini ortaya koyacaktır.

Bu muayenelerle tümörün mevcut olup olmadığı, varsa lokalizasyonu ve genişliği, infiltrasyon durumu (staging), malignite derecesi (grading) hakkında bilgi edinildikten, hastanın yaşı ve genel durumu da göz önüne alındıktan sonradırki ancak uygun tedavinin seçimine geçmek gerekir.

Genel olarak tedaviyi; cerarhi metodlar, radyoterapi ve kemoterapi omlak üzere özetlemek mümkündür. Bunlar arasında en ön planda yer alan **cerrahi tedavi** ise, transuretral-elektro-rezeksiyon (TUR), parsiyel rezeksiyon ve sistektomi'den ibaret olup klinikten kliniğe az çok farklı şekilde uygulanmaktadır.

Carcinoma in situ (Tis)'da yapılacak tedavi, şayet infiltrasyon gösteriyorsa sistektomi'den ibarettir (1,2,4). Ancak konservatif tedavilerle uzun remisyonlar elde edilebildiği için, infiltrasyon göstermeyen olgularda acil sistektomi doğru değildir (4). Bu olgulara TUR uygulayanlar da vardır (8).

Ta, T1 ve T2 evrelerindeki tümörler küratif olarak TUR ile tedavi edilmektedirler (1,2,7,8,12,13). Burada tümör basis'e kadar çıkartılır ve daha sonra tümörün kaidesi ve çevresi yeter derecede katerize edilir. Yüksek malignite gösteren T2 tümörlerinde ise sistektomi uygulanmaktadır (1,8,13).

Önceleri sıklıkla uygulanan, mesaneyi açarak papiller tümörlerin yakılması bugün artık modası geçmiş, anlamsız bir uygulama olarak kabul edilmektedir (12).

T3 ve T4 evresindeki tümörlerde TUR sadece palyatif bir tedavi olarak yapılmaktadır (1,7,8). Metastaz tesbit edilemeyen T3 evresindeki tümörlerde ise sistektomi uygulanmaktadır (1,8,12,13).

Parsiyel rezeksiyon genellikle mesane kubbesinde ve arka duvarda lokalize tümörlerde yapılmaktadır. Çünkü bu tümörlerde manuplasyon zorluğuna yanında, özellikle arka duvardaki tümörlerde intraabdominal perforasyon tehlikesi nedeniyle derin rezeksiyon yapılamamaktadır.

Sistektomi, yukarıda da belirttiği gibi daha çok infiltrasyon gösteren Tis (Carcinoma in situ), metastaz tesbit edilemeyen T3 ve bazıları tarafından da yüksek malignite gösteren T2 evresindeki olgularda uygulanmaktadır.

Bu üç cerrahi tedavi metodu arasında TUR uygulamaları, diğerlerine nazaran çok daha yüksek bir oranda olmaktadır. Meselâ Maver Mayer (7) olguların % 86 sında, Rummelhard (10) 2/3 ünde, Zoedler (13) % 72 sinde TUR uyguladıklarını bildirmektedir. Görülüyorki gerek parsiyel rezeksiyon, gerekse sistektomi çok daha az ve ancak kesin endikasyon olan olgularla sınırlı bulunmaktadır. Çünkü TUR'da mortalitenin % 1 (10) gibi düşük oranda olmasına karşın, sistektomi'de bunun Marshall'a göre (6) % 14, Stone'a göre (11) % 13.5 o'duğu görülmektedirki, bu oldukça yüksek bir orandır. Ayrıca TUR'un diğerlerine bir üstünlüğü de mesanenin fonksiyonunun tamamen korunması, hasta için şoken olmaması ve hospitalizasyonun da daha kısa olmasıdır.

Radyoterapi : TUR'dan sonra, eğer tümörde aşırı bir indifferansiasyon saptanırsa veya kısa sürede tekrar nüks görülürse postoperatif olarak genellikle uygulanmaktadır (12). Keza sistektomi'lerde de pre- ve postoperatif olarak radyoterapi yapılmaktadır. İnoperabl olgulardaki durdurulamayan diffüz kanamalar da supervoltaj ışın tedavisi ile % 30 oranında geçici olarak durdurulabilmektedir (12).

Kemoterapi mesane tümörlerinde az kullanılmaktadır. Bu konuda büyük çalışmalar ve uzun süreli sonuçlar noksandır. Kemoterapötik olarak kullanı'an başlıca ilaçlar sitostatiklerdir. Bunlar lokal olarak ya intravesikal instilasyon (Thio-Tepa gibi) veya tümör kaidesine implantasyon (Adriamycin, 5 FU, Cis Paltinum gibi) şeklinde eveyahut genel olarak ya arteria iliaca kateterizasyonu ile veya intravenöz şeklinde kullanılmaktadır, henüz yeterli bir sonuç sağlanmış değildir. Yine bu kemoterapötik ilaçlar arasında sayabileceğimiz birde formalin bulunmaktadır ki, hastamızda da uygulanmış olan ve lokal mesane instilasyonu şeklinde kullanılan bu ilaç üzerinde de kısaca durmak istiyoruz.

Radyoterapiden sonra tekrarlayan aşırı kanamaların durdurulabilmesi bazan büyük güçlükler göstermektedir. Genel durumlarındaki bozukluk dolayısıyla sistektomi veya üriner diversiyon da bu hastalarda ekseriya mümkün olamamaktadır. Mesane irigasyonları, lokal koagülasyon ve a. Hipogastrica ligasyonu gibi diğer uygulamalar da, kanamanın bütün mesane mukozasına diffüz bir şekilde yayılmış olması nedeniyle pek başarılı sonuç vermemektedir. İşte bu gibi önlenemeyen diffüz mesane tümörü kanamalarındadır ki, son çare olarak formalin instilasyonu denenmektedir.

Tavşanlarda 15 ile 90 dakika arasında % 10 formalin solüsyonu ile yapılan mesane instilasyonundan sonra postmortem mesane, ureter ve böbreklerin tetkikinde; epitelde meydana gelen lezyonun, formalin solüsyonunun mesanede kalma süresi ile yakından ilgili olduğunu göstermiştir. Şöyleki; bütün mukozada ödem, hiperemi, kanama yanında bazısında nekroz ve perforasyon sonucu peritonit görülmüştür. 15 dakikadan daha uzun süre instilasyon yapıldığında bu nekrozun mey-

dana geldiği ve süreni nuzamasıyla paralel olarak da genişlediği saptanmıştır. Ureterlerde genişleme ve idrar retansiyonu da olmakta, bunu ise otör meydana gelmiş ödeme veya mevcut reflux'ye bağlamaktadır (5). Lezyon düzeldikten sonra da mesanede fibrozis gelişebilmektedir.

Mesane tümörlerde yapılan bir diğer araştırmada da, durdurulamayan kanaması olan 27 hastada 10 dakika süreyle % 3 formalin solüsyonu ile intravesikal instilasyon yapılp arkasından mesane serum fizyolojikle yıkanmıştır. Bu hastalardan 25 inde kanama durmuş, ancak 5 hastada instilasyondan hemen sonra ureteral komplikasyona bağlı olarak anuri, 7 hastada kreatinemi'de artma, 2 hastada septisemi, 7 hastada 38°C üzerinde ateş yükselmesi görülmüştür. Bu hastalardan 11 inde daha sonra, muhtemelen reflux sonucu gelişmiş uretero-pyelektazi veya böbrek yetmezliği belirtileri nedeniyle ureterostomi veya pyelostomi zorunluğu doğmuştur (3). İşte bu komplikasyonları önlemek nedeniyle cotörler (3) şu önerilerde bulunmaktadır :

1. Önceden reflux olup olmadığının araştırılması, olanlarda yapılmaması,
2. İnstilasyon esnasında diüretiklerle diürezin artırılması,
3. İnstilasyon esnasında mesane basıncının 15 cm. su seviyesi üzerine çıkarılmaması,
4. % 1-2 lik formalin kullanılması,
5. İnstilasyonun 10 dakikadan uzun uygulanmaması,
6. İnstilasyondan sonra mesanenin serum fizyolojik ile yıkanması.

Görüldüğü üzere formalin instilasyonu hiç de küçümseemeyecek komplikasyonları olan ve yukarıda sıralanan önerilere uyulmak kaydıyla, ancak kesin endikasyon bulunan olgularda uygulanması gereken bir tedavi yöntemidir. Olgumuzun kliniğe ilk yatışında ise maalesef endikasyon olmadan formalin instilasyonu uygulanmıştır.

ÖZET

Endoskopik muayene ile mesane tümörlerinin tanısı genellikle hiç bir zorluk göstermez. Ancak bazı önemli muayenelerin yapılması ihmal edilecek olursa hatalar ortaya çıkabilir.

Hatalı teşhis ve tedavi edilmiş mesane tümürlü bir olgu sunulmuş ve bu arada mesane tümörü teşhis ve tedavisindeki hata ve tehlikeler belirtilmiştir.

ZUSAMMENFASSUNG

(Fehler und Gefahren in der Diagnostik und Therapie des Blasentumors)

In der Regel zeigt sich die Erkennung von Blasentumoren durch endoskopische Untersuchung keine besondere Schwierigkeiten. Sie ist aber auch mit einer gewissen Fehlerquote behaftet, wenn man ausser Acht lässt, die anderen notwendigen Untersuchungsmethoden durchzuführen.

Es wurde ein Fall mit Blasentumor, der fehlerhaft diagnostiziert und behandelt worden ist, berichtet und über die Fehler und Gefahren in der Blasentumor-Diagnostik und Therapie diskutiert.

KAYNAKLAR

- 1 - Altwein JE, Kurth KH, Hohenfellner R : Blasenkarzinom : Therapeutisches Konzept der Urologischen Universitätsklinik Mainz. Urologe A, 16 : 180, 1977
- 2 - Biehler K-H : Transurethrale Therapie des Harnblasenkarzinoms. Urologe B, 19 : 210, 1979
- 3 - Fall M, Petterson S : Ureteral complications after intravesical formalin instillation. J Urol, 122 : 160, 1979
- 4 - Jakse G, Hofstädter F, Leitner G, Marberger H : Carcinoma in Situ der Harnblase. Urologe A, 19 : 93, 1980
- 5 - Kunar S : Effect of intravesical formalin on the urothelium. Brit J Urol 51 : 375, 1979
- 6 - Marshall VF, Whitmore WF : The surgical treatment of cancers of the urinary bladder. Cancer, 9 : 609, 1956
- 7 - Mauermayer W, Tauber R : Die Tumoren der Harnblase - Indikation, Technik und Ergebnisse der transurethralen Therapie. Urologe A, 16 : 185, 1977
- 8 - Mayor G : Zur Therapie des Blasenkarzinoms. Urologe A, 16 : 175, 1977
- 9 - Rübbsen H, Dahm HH, Uelt Wv, Lutzeyer W : TNM-Klassifikation maligner Blasentumoren UICC 1979. Urolog eA, 18 : 238, 1979
- 10 - Rummelhardt J : Therapie des Blasenkarzinoms. Urologe A, 16 : 183, 1977
- 11 - Stone JH, Hodges GV : Radical cystectomy for bladder cancer. J Urol 96 : 207, 1966
- 12 - Zing EJ : Das Blasenkarzinom. Dtsch. Aerzteblatt, 8 : 427, 1978
- 13 - Zoedler D, Hoffmeister R, Weinhöwer R : Über die Indikation zur operativen Blasen-Tumor-Therapie. Urologe A, 16 : 177, 1977