Endoüroloji Bülteni 2014;7:48-50
DOI: 10.5350/ENDO2014070113

İnvaziv Mesane Tümöründe Prostatik Üretra İnvazyonu: Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Sistoprostatektomi ve Üretrektomi

Volkan Tuğcu, Serdar Karadağ, Doğukan Sökmen, Mustafa Gürkan Yenice, Selçuk Şahin, Ali İhsan Taşçı

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş

Mesane tümörleri üriner sistemin en sık görülen ikinci kanserleridir. Tüm kanserlere bağlı ölümlerin % 3-5'ini oluştururlar (1). Dünyada toplam 1 yılda 100.000' den fazla olguda kasa invaziv tümör veya ileri evre mesane kanseri tanısı konulmaktadır (2). Mesane kanserleri histolojik tip olarak en sık değişici epitel hücreli karsinom (TCC) olarak (%90) görülürler. Geriye kalan %10'luk kesimi ise skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinomdur (3).

Mesane tümörlerinde tedavi esas olarak hastalığın lokal veya sistemik olması ile ilişkilidir (4). Mesane tümörleri, yüzeyel düşük dereceli papiller lezyonlardan; yüksek dereceli ve ileri evreye kadar geniş bir yelpazede hastalık oluşturabilirler. Radikal sistoprostatektomi (RS) operasyonu yapılmaya başlandıktan sonra invaziv ve ileri evre mesane tümörleri olgularında da; yaşam beklentisi uzamıştır (4). Günümüzde ülkemizde de RS operasyonu birçok merkez tarafından düşük morbitide ve mortalite ile başarı ile yapılmaktadır.

Diğer taraftan, erkek üretrasının kanserleri nadirdir ve genellikle 50'li yaşlarda görünmeye başlar (5). TCC üretranın tümünde %15 oranında görülmektedir (6). Sistoprostatektomi yapılan hastaların yaklaşık %30'unda prostat tutulumu izlenmektedir.

İnvaziv mesane tümörlerinin cerrahi tedavisinde robot yardımlı laparoskopik radikal sistoprostatektomi (RYLRS) dünyada birçok merkezde yapılmaktadır. Robot yardımlı laparoskopik yöntem invaziv mesane tümörlerinde özellikle kanamayı azaltıcı, çalışma kolaylığı sağlayan güvenle kullanılan bir yöntem olup; optik büyütme ve yüksek çözünürlü üç boyutlu görüntü imkânı sayesinde majör cerrahiler başarılı bir şekilde yapılmaktadır. Bu vaka sunumunun amacı, perineal insizyon yapılmadan üretrektominin de robotik olarak yapılabileceğini göstermektir.

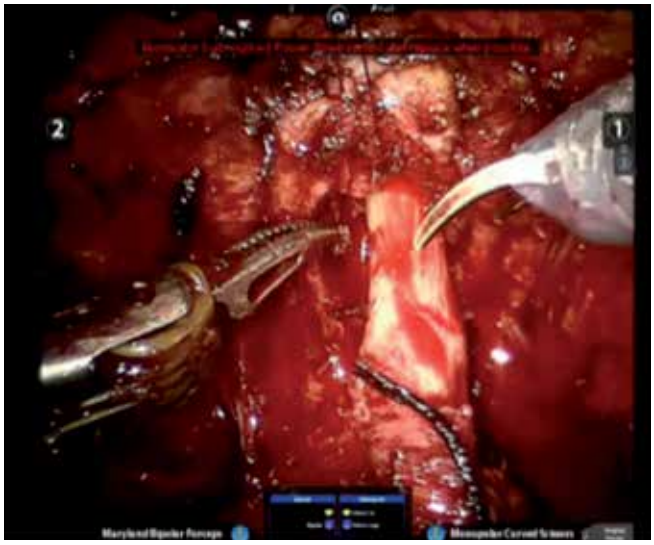
Olgu Sunumu

Hikayede, 49 yaşında erkek hasta, yaklaşık 6 aydır ağrısız pıhtılı hematüri gelişmesi üzerine başka bir hastaneye başvurmuş ve yapılan ultrasonografi (US)'de mesanede kitle saptanması üzerine hastaya TUR-MT (mesane tümörü) operasyonu yapılmıştır. Patolojik değerlendirme sonucu mesanede T2 yüksek grade TCC ve karsinoma in situ (CIS), prostatik üretrada invaziv ürotelyal karsinom histopatolojik tanısıyla hasta kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde daha önce tümör öyküsü yoktu. Hastaya yapılan detaylı fizik muayenede hastalık lehine bulgu saptanmadı. Ayrıca hematolojik ve biyokimyasal değerlendirmede de patolojik bulguya rastlanılmadı. Hastaya yapılan kontrastlı batın bilgisayarlı tomografi (BT)'de mesane sol infero-lateral duvarda yaklaşık 3 cm'lik bölümde duvar kalınlaşması olduğu görülmüş, perivezikal yağlı planların açık olduğu izlenmiş ve pelvik bölgede patolojik lenf nodu (LAP) saptanmamıştı.

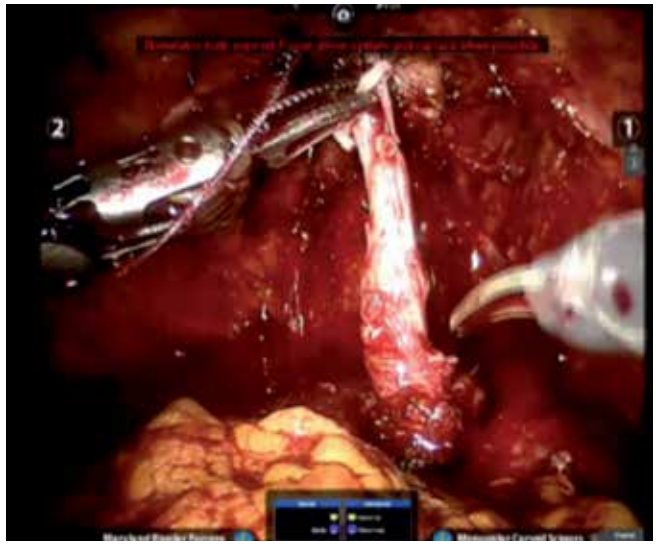
Cerrahi Teknik: Genel anestezi altında, trandelenburg pozisyonunda uygun saha temizliğini takiben hastanın batına 5 adet trokar (3 adet 8mm, 2 adet 12mm) yerleştirildi. Robotik kollar trokarlara sabitlendi. Rekto-vezikal boşluk tabanının 1 cm antero-süperiorundan periton insize edildi. Buradan yağlı dokular disseke edilerek duktus deferens ve seminal veziküllere ulaşıldı. Seminal veziküller serbesleştirildi ve duktus deferensler disseke edildi. Sonrasında her iki medial umblikal ligamentler lateralinden retzius boşluğuna girildi. Dorsal venöz kompleks sütüre edildi. Bilateral lateral endopelvik fasyalar açıldı. Bilateral üreter alt uçlarına ulaşıldı. Üreterler, mesaneye giriş yerinin 2 cm proksimalinden bağlanarak kesildi. Prostat posterioru rektumdan diseke edildi. Prostat apeksi anteriorundan başlanarak disseksiyona devam edildi. Üretra askıya alındı ve penis içerisine doğru çevre dokudan ayrıldı. (Resim 1). Üretra en distal bölgeye kadar disseke edildikten sonra, hom-o-lock klip ile bağlandı ve kesildi (Resim 2). Bilateral lenfadenektominin bir bölümü robotik bir bölümü de açık olarak devam edilen ileal loop sırasında gerçekleştirildi. Robotik cerrahi operasyon süresi 180 dk. Operasyon esnasındaki kan kaybı yaklaşık 150 cc idi. Peri-operatif ve post-operatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastanın dreni post-operatif 5. gün alınarak taburcu edildi.

Tartışma

Transizyonel hücreli karsinoma'da prostatik tutulum varlığı yanında yaygınlığı da; sağkalımla ilişkilidir. Prostatik üretrada tümör, CIS ya da duktal tutulum bulunan hastalarda %71 oranında 5 yıllık sağkalım bildirilirken bu oran stromal invazyon varlığında %36'lar düzeyine inmektedir (6). Üretral rekürrens için risk faktörleri prostatik üretra tutulumu, yaygın CIS, multifokal mesane tümörü, üst üriner



Resim 1: Üretranın disseksiyonu



Resim 2: Üretrektomi materyali

sistemde tümör varlığı ve trigon ve mesane boynu tutulumudur. Prostatik tutulumu olan hastalar yüksek riskli hasta grubunu oluştururken, bunlar arasında da prostatik stromal invazyon en yüksek riski oluşturmakta ve bu hastalarda %21–64 üretral rekürrens gözlenmektedir. Yalnız prostatik üretradaki ürotelyumun tutulduğu hastalarda risk artımı minimal olmaktadır. Sistoprostatektomi sırasında bu faktörler bazı cerrahlarca üretrektomi kararında göz önüne alınmakla birlikte üretral rekürrens açısından en önemli belirtecin üretral cerrahi sınırın durumu olduğu bildirilmektedir. Sistoprostatektomi sonrası takipte önceleri üretral yıkama sitolojisine çok önem verilmesine rağmen daha yeni çalışmalarda sitolojinin sağkalımı etkileyecek derecede erken tanı sağlamadığı, sağkalım ile ilgili en önemli faktörün üretral tümörün evresi olduğu bildirilmiştir (7).

Günümüzde erkek hastada üretrektomi; anterior üretra tutulumu, prostatik üretraya uzanan belirgin tümör veya distal üretral cerrahi sınırın pozitif olduğu durumlarda yapılmaktadır. Üretral rekürrens oluşumu için risk faktörlerinden en önemlisi prostatik tutulumdur. Üretral rekürrens riski prostatik tutulum olanlarda %15-37, olmayanlarda %1,5-6 civarındadır. Buna karşılık kimileri prostatik üretradan yapılan TUR biyopsinin anlamı olmadığını, ameliyat sırasında üretradan cerrahi sınırın dondurulmuş kesi (frozen) incelemesi sonucunun negatif olması koşuluyla en az 10 yıllık izlemde bu hastalarda hiç rekürrens olmadığını bildirmişlerdir (7). Bu nedenle literatürdeki son görüşler üretrektomi kararını per-operatif üretral sınırdan gönderilen dondurulmuş kesi sonucuyla vermenin iyi bir yaklaşım olacağıdır.

Üretrektomi, ameliyat esnasında verilen bir kararla, sistoprostatektomi ile birlikte bir bütün ve eş zamanlı olarak hemen yapılabilir. Ertelenmiş üretrektomi ise perineal yaklaşımla yapılmalıdır. Eş zamanlı üretrektomi, "perineal veya prepubik" yaklaşımla yapılabilir. Eğer üretrektomi perineal bir insizyonla yapılırsa, bu zaten uzun ve zahmetli olan bir ameliyata ilave bir saat daha ekler (8). Bu da morbidite ve mortaliteyi arttırabilir. Gerçekten de, artmış derin ven trombozu insidansı, eş zamanlı üretrektomi geçiren hastalarda bildirilmiştir (9). Bu durum, perineal üretrektomi geçiren hastaların gecikmiş mobilizasyonu ve artmış rahatsızlık hissiyle ilişkilendirilmektedir. Eş zamanlı üretrektomi için prepubik yaklaşım ilk defa 1989 yılında tanımlanmıştır (10). Bu yöntemde litotomi pozisyonuna geçme zorunluluğu olmadığı için ilave zaman kaybı olmamakta ve ameliyat sonrası tromboembolik komplikasyonlar azalmaktadır. Klasik perineal yaklaşımın dezavantajı olan pozisyon değiştirme esnasındaki zaman kaybı, bir cerrahın üretrektomi işlemini yaparken diğer cerrahın diversiyon için gerekli bağırsak hazırlığını yapması yoluyla kısmen azaltılabilir. Sonuçta prepubik ya da perineal yaklaşım olsun karar cerrahın deneyim ve tercihine bağlıdır.

Günümüzde kütanöz diversiyon kararı verilmiş mesane tümörlü hastalarda profilaktik üretrektomi endikasyonları, prostatik üretranın ameliyat öncesi ve ameliyat esnasında yapılan incelemelerine dayanmaktadır. Bunlar; prostatik üretranın prostatik stroma ile birlikte tümörle tutulumu (11), multifokal mesane kanseri (12), yaygın karsinoma in situ (13) ve sistoprostatektomi anında pozitif üretral cerrahi sınırdır (14). Bazı yazarlar üst üriner sistemde tümör bulunmasını da multifokal tutulum kabul ederek endikasyonlar içine almaktadırlar (15).

İnvaziv mesane tümörlerinin cerrahi tedavisinde robot yardımlı laparoskopik radikal sistoprostatektomi oldukça yaygınlaşmış olup açık cerrahi ile sonuçları karşılaştırılmaktadır. Özellikle nörovasküler demetler cerrahi robot kullanılması ile oldukça etkili olarak korunabilmektedir (16). Benzer şekilde genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu da cerrahi robot kullanımı ile oldukça etkili olarak yapılabilmektedir (16). Sistoprostatektomi sonrası üriner diversiyon günümüzde çoğu merkez tarafından ekstrakorporeal olarak yapılmaktadır. Literatüre göre açık radikal sistoprostatektomi ile kıyaslandığında RYLRS'de daha düşük intraoperatif tahmini kan kaybı ve daha az transfüzyon gereksinimi olduğu, komplikasyon oranının daha az olduğu ve hastaların daha erken taburcu oldukları bildirilmiştir (16). Pozitif cerrahi sınır oranları ve çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı açısından da açık radikal sistoprostatektomi ve RYLRS benzer olarak bulunmuştur. Buna karşın operasyon süresinin daha uzun olması ve artmış maliyet RYLRS' in dezavantajlarıdır (16).

Robot yardımlı üretrektomi materyalinin patolojik değer-

lendirmesinde; prostatik üretra, prostat dokusu ve üretrada cerrahi sınırda tümör izlenmemiştir. Literatürde robot yardımlı üretrektomi vakası bildirilmemiştir. Biz RYLRS ile birlikte eş zamanlı robot yardımlı üretrektomi'nin onkolojik açıdan güvenli olduğunu düşünmketeyiz. Distalde kalan üretra segmenti ise periyodik olarak üretroskopi yapılarak takip edilmektedir.

Kaynaklar

1. Zlotta AR, Schulman CC. Biologial markers in superficial bladder tumors and their prognostic significance. Urol Clin North Am 2000; 27:179-89.
2. Parkin DM, Pisanni P, Ferlay J. Global cancer statistic. CA-Can Clin 1999;49: 33-64.
3. Bedük Y. Mesane tümörleri, Ürogenital tümörler, Temel Üroloji. Güneş Kitabevi: Ankara, 1998:707-771.
4. Chaudhary R, Bromley M,Clarke NW, et al. Prognostic relevance of micro-vessel density in cancer of the urinary bladder. Anticancer Res 1999; 19(4C): 3479-84.
5. Dalbagni G, Zhang ZF, Lecombe L, et al: Male urethral carcinoma: Analysis treatment outcome. Urology, 1999; 53: 1126-1132.
6. Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Jakse G, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, Sherif A, Witjes JA. The updated EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer. Eur Urol 2009 Apr;55(4):815-825.
7. Özen H, Türkeri L. Üroonkoloji kitabı, 1. baskı. Ankara, HÜ Hastaneleri Basımevi, 2007; 308-312.
8. Hickey DP, Soloway MS, Murphy WM. Selective urethrectomy following cystoprostatectomy for bladder cancer. J Urol. 1986;136:828-30.
9. Coutts AG, Grigor KM, Fowler JW. Urethral dysplasia and bladder cancer in cystectomy specimens. Br J Urol. 1985;57:535-41.
10. Van Poppel H, Strobbe E, Baert L. Prepubic urethrectomy. J Urol. 1989;142:1536-7.
11. Zabbo A, Montie JE. Management of the urethra in men undergoing radi- cal cystectomy for bladder cancer. J Urol. 1984;131(2):267-8.
12. Richie JP, Skinner DG. Carcinoma in situ of the urethra associated with bladder carcinoma: the role of urethrectomy. J Urol. 1978 Jan;119(1):80-1.
13. Raz S, Mclorie G, Johnson S, Skinner DG. Management of the urethra in patients undergoing radical cystectomy for bladder carcinoma. J Urol. 1978;120(3):298-300.
14. Carrion R, Seigne J. Surgical management of bladder carcinoma. Cancer Control. 2002;9(4):284-92.
15. Ahlering TE, Lieskovsky G, Skinner DG. Indications for urethrectomy in men undergoing single stage radical cystectomy for bladder cancer. J Urol. 1984;131(4):657-9.
16. Menon M. Robotic radical prostatectomy. BJU Int 2003; 91:175-6.

Yazışma Adresi:
Doğukan Sökmen,
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Üroloji Kliniği, Tevfik Sağlam Caddesi No: 11, Zuhuratbaba,
Bakırköy, İstanbul
Tel: +90 533 382 01 33
e-mail: d.sokmen@hotmail.com