

PELVİS RENALİS TÜMÖRLERİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

M. Kemal ATİKELER İlhan GEÇİT M. Sezai OĞRAŞ M. Nuri BODAKÇI Ertürk ERGİN

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ-TÜRKİYE

Tumors of Pelvis Renalis and Treatment Approaches

SUMMARY

Pelvis renalis transitional cell carcinoma comprises approximately 3-4 % of urothelial tumors and 5-7 % of renalis tumors. Over 20 % patients have multiple lesions at diagnosis. Therefore, it was determined that the surgical approach must be radical nephrectomy+ureterectomy+including the cuff of the bladder surrounding the distal ureter. Recently, conservative endoscopic methods are developed as a new approach of treatment. In this study nine cases who were diagnosed as a transitional cell carcinoma of renal pelvis between 1992-2001 and the choices of the treatment were retrospectively evaluated.

Key Words: Pelvis renalis tumors, radical nephrectomy, ureterectomy

ÖZET

Pelvis renalis transizyonel hücreli karsinomu ürotelyal tümörlerin %3-4'ünü, böbrek tümörlerinin ise %5-7' sini oluşturur. Tümörlerin % 20'sinden fazlasında teşhis konulduğu anda renal pelvis, üreter veya mesanede birden fazla odakta tümör bulunabilir. Bu nedenle cerrahi yaklaşımın radikal nefrektomi+üretarektomi+distal üretere komşu mesane parçasının rezeksiyonu şeklinde olması gerektiği belirtilmekle beraber, ancak son yıllarda geliştirilen konservatif endoskopik girişimler yeni tedavi seçenekleri olarak ileri sürülmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde 1992-2001 yılları arasında renal pelvis transizyonel hücreli karsinom teşhisi konulmuş 9 hasta retrospektif olarak incelenmiş ve tedavi seçenekleri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Renal pelvis tümörü, radikal nefrektomi, üretarektomi

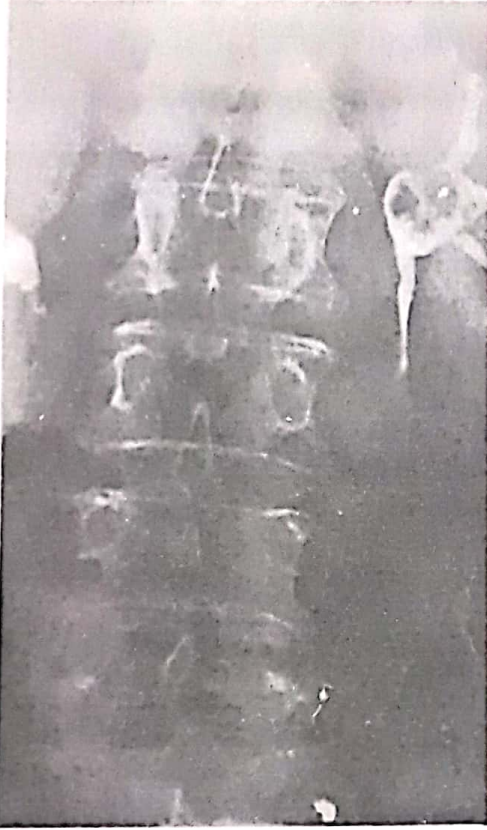
GİRİŞ

Pelvis renalis tümörleri renal neoplazmların %5-7' sini oluşturur. Erkeklerde 3 kat daha fazla görülür. %2-4 bilateral olabilir (1). Etiyolojisi bilinmemekle beraber mesane kanseri ile paralel olduğuna inanılmaktadır. % 85'i transizyonel hücreli karsinoma %14'ü squamöz hücreli karsinoma, % 1'i ise adenokarsinomadır. En önemli semptomu ağrısız makroskopik hematüridir. Genellikle birden fazla odakta görülmesi nedeniyle tedavi yaklaşımı özellik gösterir ve bütün üriner sistemi ilgilendirir.

MATERYAL VE METOT

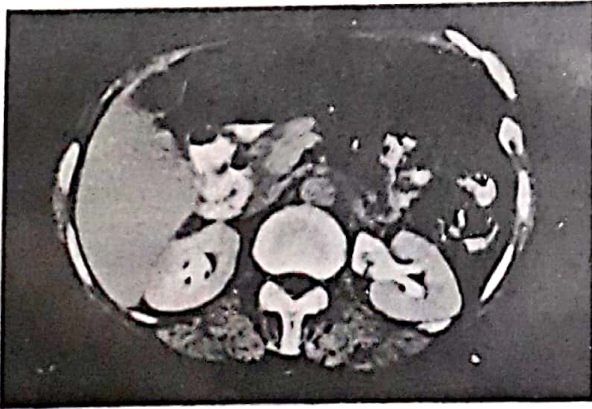
1992-2001 yılları arasında kliniğimizde renal pelvis transizyonel hücreli karsinom tanısı alan 9 hastaya, radikal nefrektomi+üretarektomi+distal üretere komşu mesane parçasının rezeksiyonu ameliyatı yapıldı. Hastaların 7'si erkek (%77) 2'si ise kadındı (%23). Hastaların ortalama yaşı 65 (30-80) idi. 5 hastada tümör sağda, 4 hastada tümör solda idi. Hastaların başvuru şikayetleri pıhtılı hematüri, bögür ağrısı, kilo kaybı, bögürde şişlik ve sertlik, halsizlik ve çarpıntı idi. Hastalar kliniğe kabul edildikten

sonra tüm hastalarda mikroskopik hematüri olduğu ve hastaların tümünde hemoglobin ve hematokrit değerlerinin normalin altında olduğu görüldü. Hastalara renal pelvik ultrasonografi ve İVP çekildi. İVP' lerde 7 hastada pelviste dolma defekti, (Resim-1: İVP'de pelvis renaliste dolma defekti) 1 hastada üst kalikte dolma defekti, 1 hastada ise böbreğin nonfonksiyone olduğu görüldü. Bu hastaya retrograd piyelografi yapıldı, opak maddenin ureteropelvik bölgeden geçişinin olmadığı görüldü. Çekilen renal pelvik ultrasonografilerde 7 hastada tümörün renal pelviste, 1 hastada böbrek üst kalikte, 1 hastada ise üretropelvik bileşke bölgesinde olduğu görüldü. Üretropelvik bölgedeki tümörün tam obstrüksiyon yaptığı ve renal parankimin ileri derecede incelendiği ve böbreğin ileri derecede hidronefrotik olduğu görüldü. Daha sonra hastalara alt ve üst batin kontrastlı tomografi çekildi (Resim 2: Resim 1 de görülen tümörün kontrastlı üst batin tomografisindeki görünümü). Bir hastada paraaortik lenf nodu tutulumu olduğu görüldü. Üriner enfeksiyonu olan 2 hastaya kültür antibiyograma uygun antibiyotik başlandı.



Resim 1. İVP'de pelvis renalisde dolma defekti

5 hastada sigara öyküsü, 4 hastada tekrarlayan üriner enfeksiyon, 1 hastada ise baş ağrısı nedeniyle uzun süreli analjezik kullanımı hikayesi vardı. Derin anemisi olan hastalara kan transfüzyonu yapıldı. Lokal anestezi altında hastalara sistoskopi yapıldı. 2 hastada tümörün olduğu tarafta periorifisiyel bölgede papillomatöz lezyonlar olduğu görüldü ve bu lezyonlardan biyopsi alındı. Biyopsi sonuçları her iki hastada da lamina propria tutulumu olan, Evre T1 mesane değişici epitel karsinomu olarak geldi.



Resim 2. Resim 1'de görülen tümörün tomografideki görünümü

Hastalara genel anestezi altında anterior subkostal+Gibson insizyonla radikal nefrektomi+üretarektomi+distal ütrete komşu mesane parçasının rezeksiyonu, mesane tümörü olanlara ise ayrıca TUR-T yapıldı. Mesanede tümörü olan hastalara 1'er hafta arayla 6 doz immün BCG uygulandı, ve bu hastalara ilk yıl üçer ay arayla, ikinci yıl ise altışar ay arayla kontrol sistoskopisi yapıldı.

BULGULAR

Kliniğimize başvurarak renal pelvis transizyonel hücreli karsinom teşhisi alıp opere edilen hastaların spesimenleri histopatolojik olarak incelendi. Makroskopik olarak 7 hastada tümörün renal pelviste, 1 hastada üst kalikste, 1 hastada ise ureteropelvik bileşke bölgesinde olduğu görüldü. Mikroskopik olarak hastaların 4'ünde iyi diferansiye (grade I), 4'ünde az diferansiye (grade II), 1 hastada ise kötü diferansiye (grade III) olduğu görüldü. 9 hastanın tümünde tümör papillomatöz tipteydi. Batata evreleme sistemine göre 2 hastada Evre O, 4 hastada Evre A, 2 hastada Evre B ve 1 hastada Evre D olarak geldi. Mesanedeki lezyonların ise 1 hastada grade I Evre A, 1 hastada grade II Evre B olduğu görüldü. Hastalar klinikten eksteme edildikten sonra rutin olarak kontrollere çağrıldı. Cerrahiye ek olarak lenf nodu metastazı olan hastaya kemoterapi, mesanede tümörü olan hastalara ise intrakaviter immün BCG uygulandı. Kontrol sistoskopilerinde bu hastalarda tümör recürrensi olmadığı görüldü. Hastalarımızdan 3'ü tümör dışı nedenlerle, biri ise metastazlara bağlı genel durum bozukluğu nedeniyle 5 yıl içinde kaybedildi. 2 hasta kontrollere gelmedi ve hastalara ulaşılamadı. 3 hasta ise halen kontrollere gelip kliniğimizce takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Pelvis renalis tümörleri, teşhis konulduğu anda % 20'sinden fazlasında ureter veya mesanede birden fazla odakta bulunabilmektedir. 2/3'ü papiller tiptedir ve papiller olanların prognozunun iyi olduğu bilinmekle beraber, prognozun gerçekte invazyon miktarı ve tümör derecesi ile ilgili olduğu bir gerçektir (2). Etyolojide uzun süreli fenasetin kullananlar, balkan nefropatili hastalar ve geçmişlerinde thorium dioksid (Thorotrast) isimli kontrast madde kullanılarak RGP yapılmış kişiler yüksek risk grubunda belirtilmektedir (3, 4). Ayrıca mesane kanseri ile paralel olarak sigara, kafein, boya ve tekstil endüstrisinde kullanılan kimyasallar gibi çevresel faktörlerin yanı sıra kronik üriner enfeksiyonlar, üriner sistem taşları gibi intrinsek faktörlerde ileri sürülmüştür. Son yıllarda yapılan

çalışmalarda hücresele bir onkojen olan C-HA-ras'ın ürotelial kanser oluşumuyla ilişkisi gösterilmiştir (1). Hastaların %15'i asemptomatik iken, bunlarda hastalık çeşitli nedenlerle yapılan araştırmalarda fark edilmektedir. En sık rastlanan semptomu gross ağrısız hematüridir. %70-90 tümörün üreteropelvik obstrüksiyonuna bağlı ağrı %30-40 hastada görülürken, pıhtılara bağlı kolik ağrıda olabilmektedir. Mesane irritasyon semptomları da tabloya ilave olabilir.

Hastalar anemiktir ve idrar tetkiklerinde hematüri mutlaka vardır. İVP de pelviste dolma defekti (%50-75), üreteropelvik veya infundibular stenoz, hidronefroz veya %10 nonfonksiyone böbrek bulunur. CT pelvisteki kitlenin yanı sıra lokal olarak perirenal veya parankimal yayılım olup olmadığını gösterir. Tanıyı kesinleştirmek amacıyla üreteroskop ile biopsi alınabilir.

Pelvisin transizyonel hücreli karsinomunun standart tedavisi nefroüretrektomi+distal üretere komşu mesane parçasının rezeksiyonudur. Bazı durumlarda konservatif yaklaşımlar tercih edilebilir. Bu durumlar; tek böbrek, bilateral tümör, renal yetmezlik ve büyük bir açık operasyonu tolere edemeyecek durumda düşük derece ve evre lezyonu olan hastalardır (4). Konservatif yaklaşım açık cerrahi veya endoskopik olarak yapılabilir.

İlk olarak Brown ve Roumani (5) 75 yaşında bir erkek hastada renal pelvisteki tümörü lokal olarak eksize etmişler ve 3 yıllık takipte rekürrens görmediklerini belirtmişlerdir. Bu ilk konservatif parankim koruyucu açık cerrahi tedavi olmuştur. Gibson (6), düşük dereceli transizyonel hücreli karsinomu olan 2 hastasında pelvis renalisine geniş eksizeyon ve rekonstrüksiyon yaptığını, hastaların 8 ve 10 yıl sonra rekürrens görülmeden değişik nedenlerden öldüklerini bildirmişlerdir.

Endoskopik yaklaşım ise perkütaneoza olabileceği gibi transüretalde olabilir. Fleksible üretroskoplar ile son yıllarda yukarı üriner sistemin ürotelial tümörlerinin çoğunu tedavi etmek mümkün hale gelmiştir (7).

Smith ve arkadaşları, 14 hastayı 3 yıllık periyotta takip etmişler ve perkütaneoza total tümör eksizeyonu yaptıkları 11 hastanın 5'inde rekürrens

gözlemişlerdir (8). Bu araştırmacılar ayrıca postoperatif 7-10 gün sonra kontrol yapmışlar, tümör yatağını ve şüpheli alanları neodimiyum-YAG laser ile tedavi etmişlerdir. Rezidü tespit edilen hastalara nefrostomi tüpünden intrapelvik İmmün BCG uygulanmıştır. Rekürrens oranını immün BCG kullanılan hastalarda %16.6 kullanmayanlarda %80 bulmuşlardır. Bu sonuçlar ışığında diğer böbreği sağlam ve düşük grade'li küçük papiller yapıda tümörü olan hastalar seçilerek perkütaneoza tedavi yapılabilir. Perkütaneoza tedavinin komplikasyonları ise tümörün nefrostomi hattına yayılması, tümör hücrelerinin pyelovenöz reflü yoluyla sistemik dolaşıma karışması ve pelvis renalisin perfore olmasıyla tümör hücrelerini içeren irrigasyon sıvısının ekstravaze olmasıdır (4-9). Muriel ve arkadaşları nefrostomi tractına metastaz yapan renal pelvis transizyonel hücreli karsinomu rapor etmişlerdir (10).

Son yıllarda üreteroskopik tedavi seçeneği geliştirilmiştir. Blute (11) 22 hastayı üreteroskopik olarak tedavi etmiş, bunlardan 12'sinin sonradan nefroüretrektomiye gittiğini, 10'unun ise tedavi olduğunu bildirmiştir. Renal pelvis tümörlerinde, değişik bir endoskopik yaklaşım tekniği; eğer üreter sağlamsa, önce total nefrektomi yapılmakta daha sonra açık operasyonla, üreter içine konulan ve üreterin serbest ucuna tutturulan bir kateter kullanılarak endoskopik olarak üreter mesane içine çekilmekte ve rezektoskop ile orifis seviyesinden kesilmektedir. Radikal cerrahi sonrası relaps açısından yüksek riskli transizyonel hücreli karsinomlu hastalar sistemik adjuvan kemoterapi ile uzun dönem kabul edilebilir yaşam şansına sahip olabilir (12).

Sonuç olarak, pelvis renalisin transizyonel hücreli kanserlerinde günümüzde seçilmesi gereken standart tedavi nefroüretrektomi+distal üretere komşu mesane parçasının rezeksiyonu şeklinde olmalıdır (13). Ancak soliter böbrek, renal yetmezlik, bilateral tümör veya açık cerrahiye engel bir hastalığı olanlarda endoskopik teknikler standart tedaviye alternatif olabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Williams RD. Renal, perirenal and uretral neoplasms. In: Gillenwater YJ, Grayhack JT, Howards SS, Editors. Adult and Pediatric Urology. Second ed. St. Louis, Mosby Year Book. 1991; Vol 1: 595-605.
2. Johnson DE, Swanson DA, Von Eschenbach AC. Tumors of Genitourinary Tract. In: Tanagho EA, Mac Aninch JW, Editors. Smith's General Urology. Twelfth edition. Lebanon, Appleton and Lange 1998; 348-353.
3. Badalement RA, Otolé RV, Kenworthy P, et al. Prognostic factors in patients with primary transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. J Urol 1990; 144: 859-863.
4. Glen SG, Edward SL. Endourological management of upper tract urothelial tumors. J Urol 1993; 151: 150-152.
5. Brown HE, Roumani GK. Conservative surgical management of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. J Urol 1974; 112:184-187.
6. Gibson TE. Local excision in transitional cell tumors of the upper urinary tract. J Urol 1969; 97: 619-625.
7. Huffman JL. Ureteroscopic management of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. Urol Clin N Amer 1988; 15: 419-423.
8. Smith AD, Orihuela E, Crowley AR. Percutaneous management of renal pelvic tumors: a treatment option in selected cases. J Urol 1982; 127: 1088-1091.
9. Andrews PE, Segura JW. Renal pelvic explosion during conservative management of upper tract urothelial cancer. J Urol 1991; 146: 407-413.
10. Muriel D, Jean LM, Jean PF, et al. Parietal metastasis in nephrectomy track reveals pyelic transitional cell carcinoma. J Urol 2001; 165: 520-524.
11. Blute ML, Segura JW, Patterson DE, et al. Impact of endourology on diagnosis and management of upper urinary tract urothelial cancer. J Urol 1989; 141: 1298-1302.
12. Michael M, Tannock IF, Czaykowski PM, et al. Adjuvant chemotherapy for high-risk urothelial transitional carcinoma. BJU 1998; 82: 366-372.
13. Ahmed I, Shaikh NA and Kapadia CR. Track recurrences of renal pelvic transitional cell carcinoma after laparoscopic nephrectomy. BJU 1998; 81: 39-43.