Üroonkolojik vaka tartışmaları

Moderatör

Doç. Dr. M. Öner Şanlı

Panelistler

Doç.Dr. Volkan Tuğcu

Doç.Dr. Faruk Yencilek

Op.Dr. Cenk Gürbüz

Vaka tartışmalarının hazırlanışı

- Vakalardan ve tartışma konularından her bir panelist haberdardır.
- Tartışma konularının net bir mesajının olmasına çalışılmıştır.
- Amaç panelistlerin bilgisini sınamak değil pratikte sık görülebilecek vakaları güncel literatür eşliğinde gözden geçirmektir.

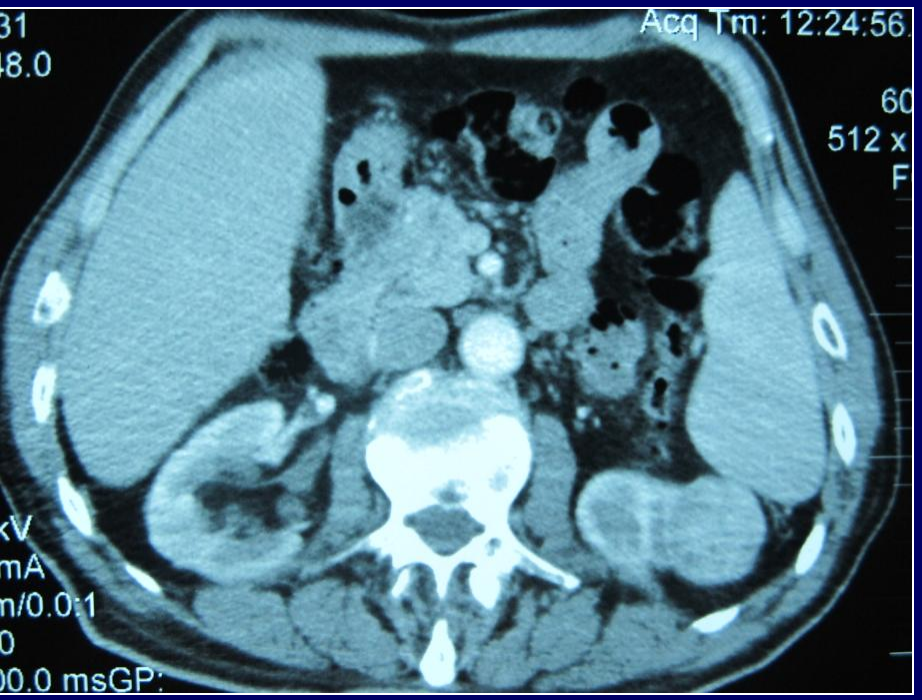
Vaka I (Göztepe E.A.H.)

- 53 y, erkek
  İnsidental saptanan sol renal kitle
  Özgeçmiş; HT (ikili antihipertansif ile regüle), aterosklerotik KVH (7 yıldır takipte)\ koroner bypass 2007
- 1 paket sigara ~ 30 yıl

Radyolojik ve lab. incelemeleri

- Hemogram 12 gr/dl
- BUN: 25 mg/dl
- Kreatinin 0.9 mg/dl
- BT (Kasım 2010) ; Sol renal üst pol 3.5x4.5 cm kontrast tutan solid kitle
- Toraks BT ve kemik sintigrafisi (-)

Radyoloji -BT



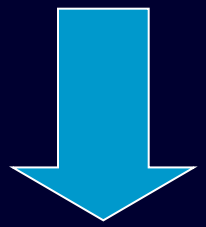
Tartışma konusu I (CG)

- Parsiyel nefrektomi icin bu hasta uygun mu\ radyolojiden beklentiler nelerdir?
- Damarsal anatomi mutlaka gösterilmeli mi?

Nefron Koruyucu cerrahi (Parsiyel tümör rezeksiyonu)

- Lokalize BHK için radikal nefrektomi ile benzer onkolojik sonuçlar

- Lokal ileri evre
- Parsiyel rezeksiyon teknik olarak mümkün değil
- Hasta genel sağlığında önemli bozulma



Radikal Nefrektomi

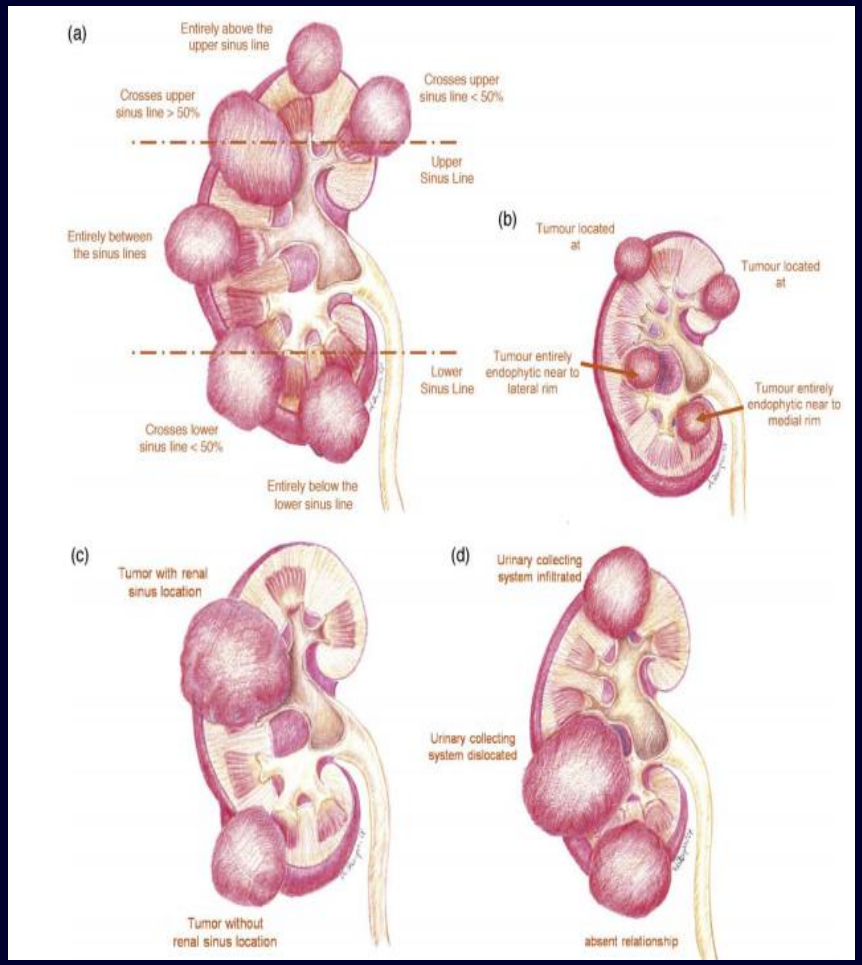
EAU Böbrek Tümörü Kılavuzu, 2011

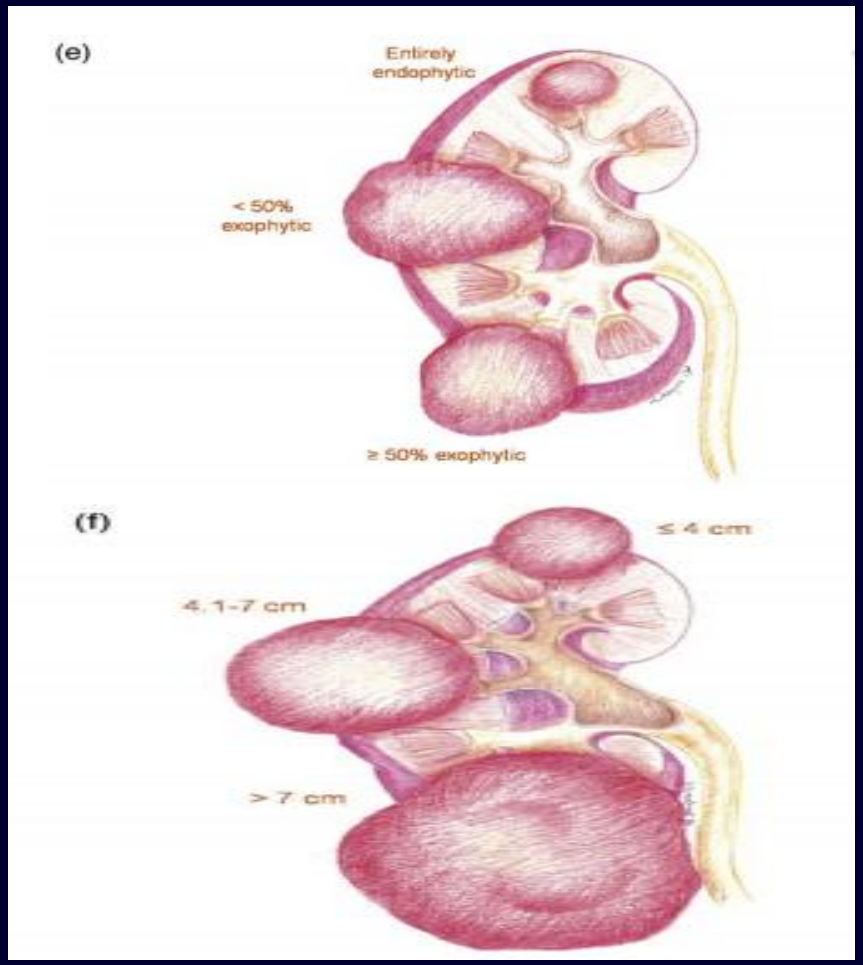
Nefron Koruyucu cerrahi (Parsiyel tümör rezeksiyonu)

- Endikasyonlar:
  - Kesin – Anatomik veya fonksiyonel soliter böbrek
  - Göreceli – Karşı taraf fonksiyone böbrek fakat zaman içersinde renal fonksiyon kaybı olabilir.
  - Elektif – Sağlıklı bireyde lokalize , tek taraf RHK.

EAU Böbrek Tümörü Kılavuzu, 2011

Nefron Koruyucu cerrahi (Parsiyel tümör rezeksiyonu)

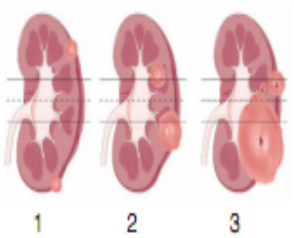




PADUA – R.E.N.AL skor

Anatomical features*	Score
Longitudinal (polar) location	
Superior/inferior	1
Middle	2
Exophytic rate	
≥50%	1
<50%	2
Endophytic	3
Renal rim	
Lateral	1
Medial	2
Renal sinus	
Not involved	1
Involved	2
Urinary collecting system	
Not involved	1
Dislocated/infiltrated	2
Tumour size (cm)	
≤4	1
4.1–7	2
>7	3

R	Tümör Çapı	1 - ≤4 cm 2 - >4 ve <7 cm 3 - ≥7 cm
E	Ekzofitik / Endofitik	1 - ≥%50 ekzofitik 2 - <%50 ekzofitik 3 - tamamen endofitik
N	Toplayıcı Sisteme Yakınlığı	1 - ≥7 mm 2 - >4 ve <7 mm 3 - ≤4 mm
A	Anterior / Posterior	a - anterior p - posterior x - anterior veya posterior değerlendirme uygun değil
L	Polar Hatlarla İlişkisi	1 - polar hatların dışında 2 - polar hatlardan birini aşan 3 - >%50 polar hatlar arasında veya orta hattı aşan veya tamamen polar aralıkta



Critical Appraisal of the PADUA Classification and Assessment of the R.E.N.A.L. Nephrometry Score in Patients Undergoing Partial Nephrectomy

M. N. Hew, B. Baseskioglu, K. Barwari, P. H. Axwijk, C. Can, S. Horenblas, A. Bex, J. J. M. C. H. de la Rosette* and M. P. Laguna Pes†

Radyolojiden Beklentiler Preop.

FIG. 1. CT of patients with hilar tumours undergoing zero-ischaemia RPN. Note the hilar location of the tumours (filled arrows) and their relationship with the kidney vessels (empty arrows).

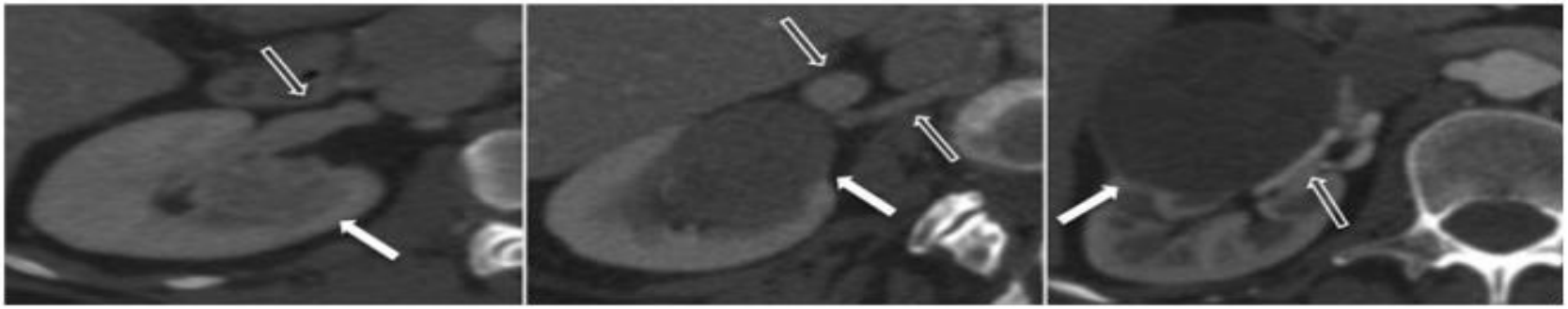
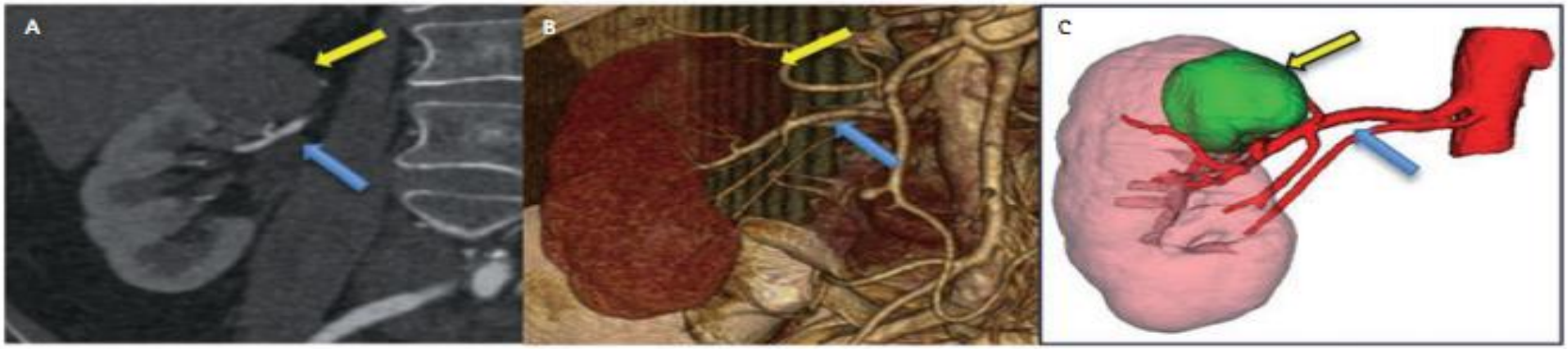
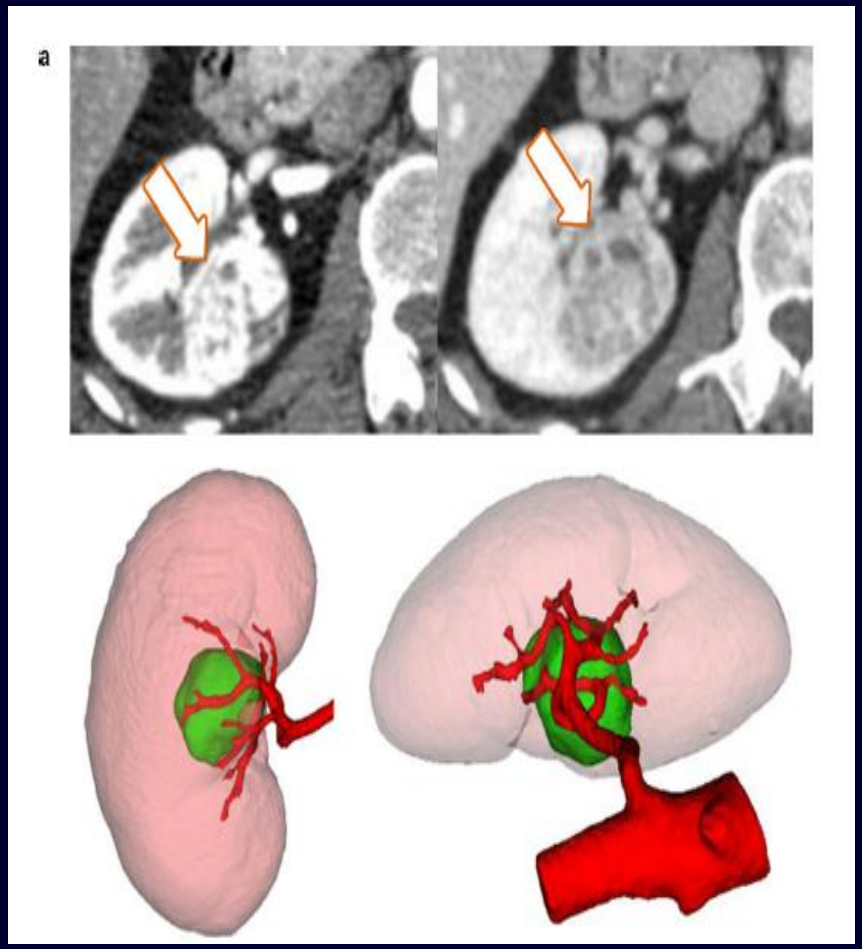


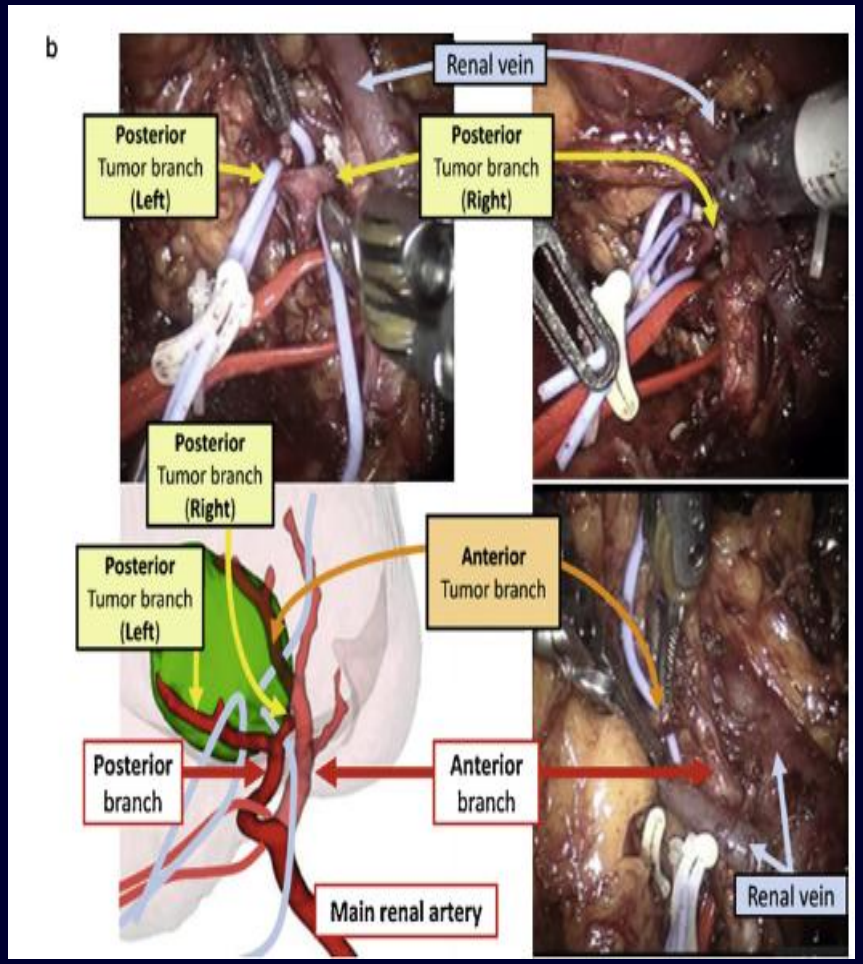
FIG. 2. The arteriogram 3D reconstruction (C) allows the visualization of the renal artery (blue arrows), including secondary, tertiary or quaternary branches, even inside the kidney. It allows the entire visualization of the interrelationship of renal artery branches and kidney tumour (yellow arrows). Conventional CT longitudinal cut (A). Conventional 3D reconstruction of the CT (B). Arteriogram 3D reconstruction (C).



Zero-ischaemia robotic partial nephrectomy (RPN) for hilar tumours
Andr é L.C. Abreu , Inderbir S. Gill and Mihir M. Desai, BJU 2011

Radyolojiden Beklentiler Preop.

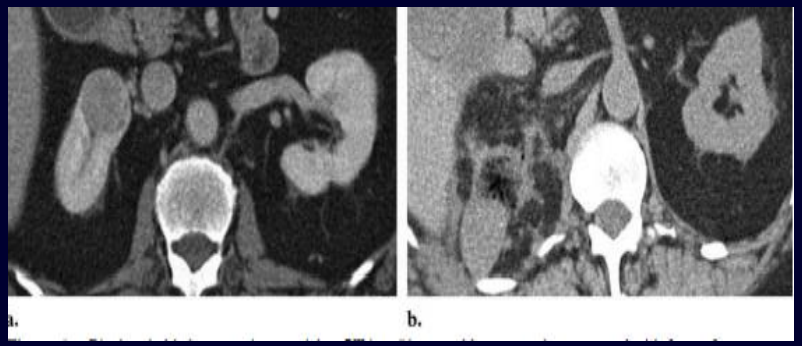




Three-Dimensional Reconstruction of Renovascular-Tumor Anatomy to Facilitate Zero-Ischemia Partial Nephrectomy Osamu Ukimura *, Masahiko Nakamoto, Inderbir S. Gill , European Urology 2011

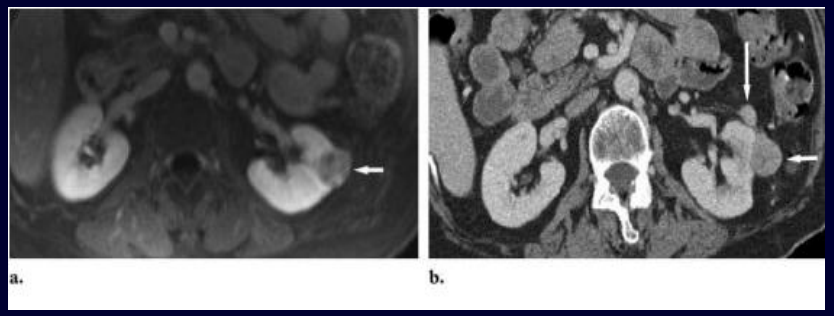
Radyolojiden Beklentiler
Postop takip

Rezeksiyon alanında yağ

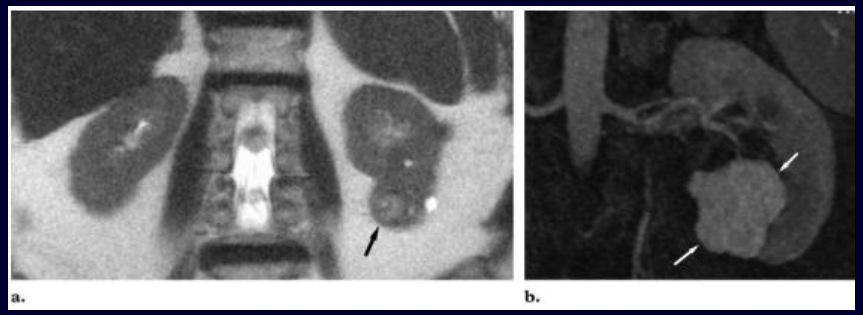


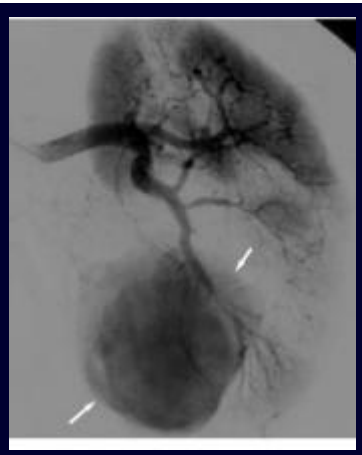
Rezeksiyon alanında biyoabsorbabl
Hemostatik material içi erken dönem
De hava içerir.

Radyolojiden Beklentiler
Postop takip



P.N sonrası 11. ayda lokal rekürrens





Psodoanevrizma

Tartışma konusu II (FY)

- Üst pol tümorlerinde adrenal bez rutin olarak alınmalı mı?

Parsiyel nefrektomi ile beraber Adrenalektomi

- Tumor evresi - adrenal tutulum ilişkili
  - T4, T3 ; 40%,
  - T2; 7.8%
  - T1 ; 0.6% .

• J Urol. 2000 Feb;163(2):437-41.Is adrenalectomy a necessary component of radical nephrectomy?

•UCLA experience with 511 radical nephrectomies.Tsui KH,

Parsiyel nefrektomi ile beraber Adrenalektomi

- Üst pol tümörlerde 58.6% adrenal tutulum .

TABLE 1. *Patient characteristics and tumor location*

	Adrenal Involvement	
	Localized Renal Cell Ca	Advanced Renal Cel Ca
Total No. pts.	1	28
No. men/No. women	0/1	20/8
Mean age (range)	74	57.9 (48–85)
Mean cm. tumor (range)	6	3.8 (1–8.5)
No. tumor side (%):		
Rt.	1	9 (32.1)
Lt.	0	12 (42.9)
Bilat.	0	7 (25)
No. renal location primary tumor (%):		
Upper	1	16 (57)
Middle	0	1 (4)
Lower	0	2 (7)
Multifocal	0	9 (32)
Mean cm. renal tumor (range)	1.6	8.9 (3–17)

J Urol. 2000 Feb;163(2):437-41.Is adrenalectomy a necessary component of radical nephrectomy?
UCLA experience with 511 radical nephrectomies.Tsui KH,

CONCLUSIONS

The incidence of adrenal involvement is low for patients with early and advanced renal cell carcinoma. Although those with localized, low stage lesions treated with nephrectomy most likely do not require adrenalectomy, more advanced lesions require additional evaluation. In cases of advanced renal cell carcinoma in the upper pole and multifocally should lead to increased concern and greater impetus for adrenalectomy. Similarly, adrenal lesions 4 cm. and

Parsiyel nefrektomi ile beraber Adrenalektomi

- OS (5 yıl) Parsiyel Nefrektomi
  - Adrenalektomi + 82%
  - Adrenalektomi - 85%

Management of the Adrenal Gland During Partial Nephrectomy

Brian R. Lane,*,† Ho-Yee Tiong,‡ Steven C. Campbell,§ Amr F. Fergany,‡ Christopher J. Weight,‡ Benjamin T. Larson,‡ Andrew C. Novick‡ and Stuart M. Flechner‖

From the Glickman Urological and Kidney Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio

- Toplam 179 hastaya RCC (7 cm ve üzeri) nedeniyle RN uygulanmış ve ort 20 ay takip edilmiş.
  - 91 hasta RN+Adrenalektomi
  - 88 hasta RN
- Sadece 4 (%4.4) hastada patolojik olarak adrenal tutulum saptanmış.
  - Üst pol oluşu adrenal tutulumunu öngörmüyor
  - Preop görüntüleme %100 sensitif, %92 spesifik

Kutikov A et al, J Urol, 2011

- Her iki grup arasında OS açısından fark yok.
- Tümör lokalizasyonu ve boyutu değil preoperatif radyolojik görüntülemede adrenal tutulum adrenalektomiyi gerektirmektedir.

Kutikov A et al, J Urol, 2010

EAU Kılavuzu

- Preoperatif CT / MRI ile gösterilmiş adrenal tutulum yoksa,
- İntraoperatif adrenal tutulum şüphesi yoksa,
- Büyük üst pol tümörünün adrenali tuttuğuna dair kanıt yoksa
- **ADRENALEKTOMİ ENDİKE DEĞİLDİR!**

Guidelines on Renal Cell Carcinoma, 2011

Vakanın devamı

- Açık ekstraperitoneal parsiyel nefrektomi ve adrenalektomi
- Sicak iskemi süresi19 dakika
- Sorunsuz post op 5. gun eksterne edilmiş.

Patoloji : Berrak hücreli karsinom , Fuhrman grade 1, tümör boyutu 4.5*3.6*3.5 cm, böbrek parankimi eksizyon sınırı pozitif, adrenal glandda tümör izlenmedi

Tartışma konusu III (VT)

- Cerrahi sınır pozitifliği tümörün tekrar nüks edeceği anlamına gelir mi? (VT)

Cerrahi sınır pozitifliğinin önemi

- APN deneyiminden elde edilen bilgilere göre cerrahi sınırı pozitif olanlarda %4, negatif olanlarda %0,5 oranında lokal rekurrens gorülmektedir.

Canes D. Curr Opin Urol. 2008

Cerrahi sınır pozitifliğinin önemi

- LPN uygulanan 511 olgunun değerlendirildiği cok merkezli retrospektif calışmada, 9 olguda (%1.8) cerrahisınır pozitifliği saptanmıştır.
- 2 (%22.2) olguya radikal nefrektomi uygulanmış ve bunlarda kalan bobrekte tumor saptanmamıştır.
- İzlemdeki olgulardan von Hippel-Lindau hastalığı olan birisi metastatik hastalıktan kaybedilmiş, kalan 6 hastada ortalama 3 yıllık izlemde rekurrens gozlenmemiştir.

Permpongkosol S, J Urol. 2006

Tartışma konusu IV (CG)

- Cerrahi sınır pozitifliği olan hastada takip protokolü nasıl olmalı? (CG)

Takip protokolü

- Monitorize edeceklerimiz
  - Post op. komplikasyon
  - Renal fonksiyon
  - Lokal rekürrens
  - Karşı böbrek rekürrens
  - Metastaz gelişimi

Takip protokolü

	Months Post-op									
	3	6	12	18	24	30	36	48	60	72
pT1										
Hx & PE			x		x		x	x	x	x
Blood test			x		x		x	x	x	x
CXR			x		x		x	x	x	x
CT or U/S abd					x				x	
pT2										
Hx & PE		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Blood test		x	x	x	x	x	x	x	x	x
CXR		x	x	x	x	x	x	x	x	x
CT or U/S abd			x				x		x	
pT3										
Hx & PE		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Blood test		x	x	x	x	x	x	x	x	x
CXR		x	x	x	x	x	x	x	x	x
CT abd		x	x	x	x		x		x	
pTxN+										
Hx & PE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Blood test	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CXR	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
CT abd	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Hx & PE: history and physical examination
Blood test: include complete blood count, serum chemistries, and liver function tests
CXR: can be alternated with chest CT
CT abd: can be alternated with abdominal ultrasound in pT1-2N0 patients
* -if patient is symptomatic or abnormal blood test, earlier radiologic investigations may be indicated
-follow-up beyond 72 months, refer to text for more details

Follow-up guidelines after radical or partial nephrectomy for localized and locally advanced renal cell carcinoma Wassim Kassouf, MD, J of Canadian Urology , 2009

Positive margins after nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma: long-term follow-up of patients on active surveillance

TABLE 1 The main characteristics of the nine patients with a PSM after NSS for RCC

Patient	Date	Tumour size, mm	Final diagnosis	Final pathological stage	Follow-up, months	Recurrence or distant
1	1995	55	Clear cell	pT3a	116	No
2	2000	25	Oncocytic hybrid tumour	pT1a	88	No
3	2000	34	Clear cell	pT3a	58	No
4	2001	37	Chromophobe	pT1a	64	No
5	2001	35	Papillary	pT1a	85	No
6	2001	30	Chromophobe	pT1a	74	No
7	2002	10	Papillary	pT1a	74	No
8	2002	44	Oncocytic hybrid tumour	pT1b	63	No
9	2003	27	Clear cell	pT1a	58	No

After a median follow-up of 80.5 months, there was no local recurrence or distant progression.

CONCLUSIONS

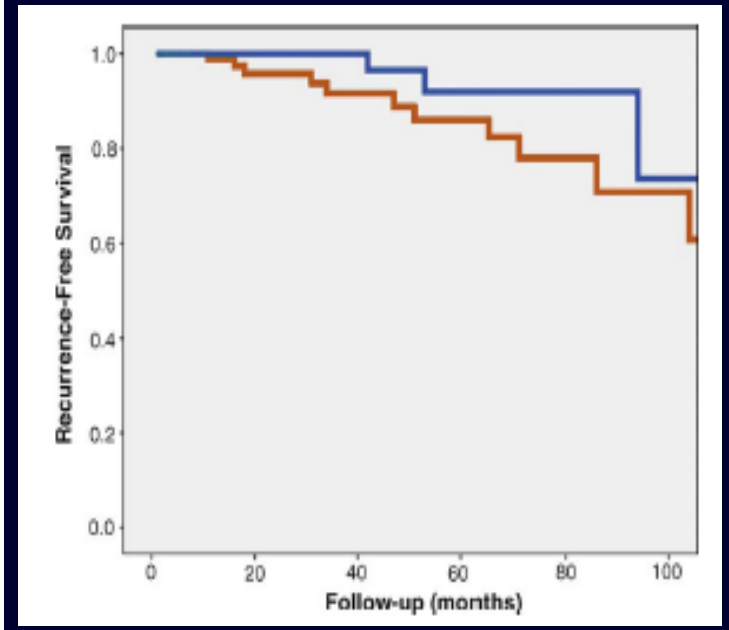
In our experience, microscopic PSMs in NSS specimens can be managed conservatively with active surveillance, achieving excellent results and avoiding extensive reoperation without compromising long-term oncological outcomes.

2010 BJU INTERNATIONAL | 106, 645–648 |

Positive Surgical Margin Appears to Have Negligible Impact on Survival of Renal Cell Carcinomas Treated by Nephron-Sparing Surgery

Table 2 – Comparison of positive surgical margin (PSM) patients and matched negative surgical margin (NSM) patients

	PSM (n = 101)	NSM (n = 102)	p value
Age, yr, mean ± SD	61.4 ± 12.2	59 ± 13.1	0.10
Tumor size, cm, mean ± SD	3.3 ± 1.6	3.2 ± 1.5	0.60
Symptoms at diagnosis, n (%)	21 (20.8)	14 (23.7)	0.70
Indication			0.99
Imperative, n (%)	40 (39.6)	41 (40)	
Elective, n (%)	61 (60.4)	61 (60)	
Central location, n (%)	26 (26)	4 (4.9)	<0.0001
T stage:			0.50
T1, n (%)	86 (85)	83 (81.4)	
T2, n (%)	2 (2)	1 (1)	
T3, n (%)	13 (13)	18 (17.6)	
Histology:			0.80
Clear cell, n (%)	69 (68.3)	66 (67.3)	
Papillary, n (%)	27 (26.7)	25 (25.5)	
Chromophobe, n (%)	5 (5)	7 (7.1)	
Fuhrman grade:			0.98
1–2, n (%)	74 (73.3)	76 (74.5)	
3–4, n (%)	27 (26.7)	26 (25.5)	
Follow-up, mo	38.5	31	0.11
Recurrence, n (%)	11 (10.9)	3 (2.9)	0.03
Death, n (%)	10 (9.9)	9 (8.8)	0.80
Death of cancer, n (%)	5 (5)	6 (5.9)	0.98



European Urology
Volume 57, issue 3, pages 363-550, March 2010

PSM takip protokolü nasıl olmalı

- Lokal rekürrens saptandığında

- Gerçek ? ?
- Metachronous de-novo ipsilateral tümör ? ?
- Rezeksiyon teknikleri standard değil
- Tümör yatak biyopsi rutin değil

Sınırlı sayıda bilgiye rağmen yine de radikal nefrektom,i ile pT1 hastalıktan daha yakın takip edilmesi Konusunda görüş birliği var

Tercihan ilk 2 Yıl 6 ay arayla ve sonra yıllık CT tüm abdomen

Vakanın devamı

- MR (Tüm abdomen) - 3/10/2011 Sol parsiyel nefrektomi görünümü \ sol renal hilusta LAP (12 mm)

Tartışma konusu V (CG)

- Operasyon sonrası lenfadenopati varlığı anlamlı mı?
- Adjuvan tedavi eklenmeli mi?

Takipte beklenenler

- Cerrahi sonrası hastalık relapsı için öngörü parametreleri
  - BHK subtipleri
  - Tümör Grade
  - Primer tümör yayılımı
- BU HASTA İÇİN REZEKSİYON YATAĞINDA TÜMÖR OLMAKSIZIN LAP OLMA OLASILIĞI NEREDEYSE SIFIRA YAKIN

Vakadan öğrenilmesi gerekenler (ÖŞ)

- Parsiyel nefrektomi T1 böbrek tümörlerinde radikal nefrektomi ile benzer sonuçlar sağlar.
- Sadece skorlama sistemlerine bakarak radikal nefrektomi kararı verilmemelidir.
- Üst polde tümör olsa bile, radyolojik olarak adrenal tutulumu gösterilmediği sürece rutin adrenelektomi gerekmez.
- Cerrahi sımır pozitifliği tümörün nüks edeceği anlamına gelmez (daha sıkı monitörizasyon).
- Operasyon sonrası lenfadenopati pozitifliği olabilir, hemen hemen her zaman operasyona sekonderdir.

Vaka II (Bakırköy E.A.H.)

- 2002 tarihinde C.A.
- 60 y, erkek
- Makroskopik hematüri
- Özgeçmişinde özellik yok.

Görüntüleme

- TUR-T öncesi:

- TUR-T sonrası:

TUR-T öncesi

- Rutin tetkikler
- IVP
- US

Sistoskopi

- Trigon ve yan duvarlarda 4 , 3 ve 3 cm'lik üç adet papiller tm. mevcut.
- Tümör ve taban ayrı ayrı rezeke edilmiş.

TUR-T

- Değişici epitel hücreli karsinom pT2.

Tartışma konusu I (VT)

- TUR-T sonrası görüntülemenin amacı nedir?
- Hangi yöntemler kullanılmalı.

TUR-T sonrası görüntüleme

- *Amaç*, lokal invazyon ve yayılımı, bölgesel lenf nodu ve organ metastazlarını, uzak metastazların yerini ve yayılımı değerlendirmektir.
  - İVP
  - US
  - BT
  - MR
  - PET

İVP

- Mesane kanserinde intravenoz pyelografinin doğruluk oranı %26 ile %86 arasındadır.

Corrigan NT, BJU Int. 2000

- Mesane tümorü İVP'de sistogram pozlarında dolum defekti olarak görüldüğü icin, İVP tümörün mesane duvarı içindeki derinliği konusunda bilgi vermez.

US

- Doğru tanı koyma oranı %82-96 olarak rapor edilmiştir.

Malone PR, Br J Urol 1986

- US'de tümörün mesane duvarına invazyon derecesini göstermede yetersiz kalır.

BT

- BT ile evreleme TUR öncesinde yapılmalıdır.
- TUR sonrasında mesane duvarında izlenen fokal kalınlaşma ve perivezikal yağlı dokuda izlenen dansite artışları tümörün yanlışlıkla üst evrelendirilmesine neden olabilir.
- Eğer TUR sonrasında yapılacaksa en az 7 gün sonra yapılmalıdır.

Kim JK, Radiology. 2004

- Benzer şekilde inflamatuvar bir surec ve radyasyon sonrası ortaya cıkan odem de BT'nin tümor invazyon derinliğini belirlemede etkisiz kalmasına neden olur.

Kim JK, Radiology 1989

BT

- Sistektomi spesimenlerinin patolojisi ile karşılaştırıldığında BT'nin doğru evrelendirme oranı %40-85 arasında, tumorun ekstravezikal uzanımını belirlemede duyarlılığı %60-85, ozgulluğu %66-93 olarak rapor edilmiştir.

  Baltaci S, Urol Int. 2008, Paik ML, J Urol 2000; Kundra V, AJR 2003.

- Lenf nodu tutulumunu belirlemede de BT'nin önemli limitasyonları bulunur ve doğruluk oranı %50-85'dir .

MR

- MR, TUR sonrası yapılacaksa 3 ay sonrasında yapılmalıdır.
- MRG ve BT perivezikal yağ invazyonunun belirlenmesinde benzer doğruluk oranlarına sahiptir, ancak MRG ile duvar invazyon derinliği daha iyi değerlendirilebilmektedir

Kim JK, Radiology. 2004

- Derin invazyon gösteren T3b, T4 tümörlerde MR'ın BT'ye karşı tartışmasız bir üstünlüğü vardır.

PET

- PET florodeoksiglikozun (FDG) tümör hücreleri tarafından alınması temeline dayanır.
- FDG idrarla yüksek miktarda atılır ve mesane düzeyinde oluşturduğu yüksek sinyal intensitesi tümörün maskelenmesine neden olur.
- Lenf nodu metastazını belirlemede PET'in duyarlılığı %76.9, özgüllüğü %97.1'dir.

Patil VV, AJR 2010 .

Tartışma konusu II (FY)

- Hastanın klinik evresi düşünüldüğünde tedavi öneriniz nedir?
  - Mesane koruyucu yaklaşımlar?
  - Radikal sistektomi?

Mesane Koruyucu Yaklaşımlar

- TUR-B

Conclusion and recommendation	LE	GR
TUR alone is not a curative treatment option in most patients.	2a	B

- EBRT (küratif doz 60-66 Gy)

Conclusions	LE
External beam radiotherapy alone should only be considered as a therapeutic option when the patient is unfit for cystectomy or a multimodality bladder-preserving approach.	3

Recommendation

	GR
There is evidence that radiotherapy alone is less effective than curative therapy (surgery or trimodality treatment).	B

- Parsiyel sistektomi
- Kombine tedaviler

Mesane Koruyucu Yaklaşımlar

- Kemoterapi
  - Ürotelyal t.m; kemosensitif
  - Ancak tek başına tam yanıt için yeterli değiller

Conclusion	LE
With cisplatin-based chemotherapy as primary therapy for locally advanced tumours in highly selected patients, complete and partial local responses have been reported.	2b

Recommendation

	GR
Chemotherapy alone is not recommended as primary therapy for localised bladder cancer.	A

Mesane Koruyucu Yaklaşımlar

- Kombine tedaviler
  - TUR+ radyosensitizasyon kemoterapisi+ radyoterapi
  - radyosensitizör; en yaygın cisplatin, paclitaxel

Mesane Koruyucu Yaklaşımlar

Recommendations

	GR
TURB alone is not a curative treatment option in most patients.	B
Radiotherapy alone is less effective than surgery.	B
Chemotherapy alone is not recommended as primary therapy for localised bladder cancer.	A
Multimodality treatment is an alternative in selected, well-informed and compliant patients for whom cystectomy is not considered for medical or personal reasons.	B

Radikal Sistektomi: "GOLD STANDART"

STEIN , J CLIN ONCOL, 200

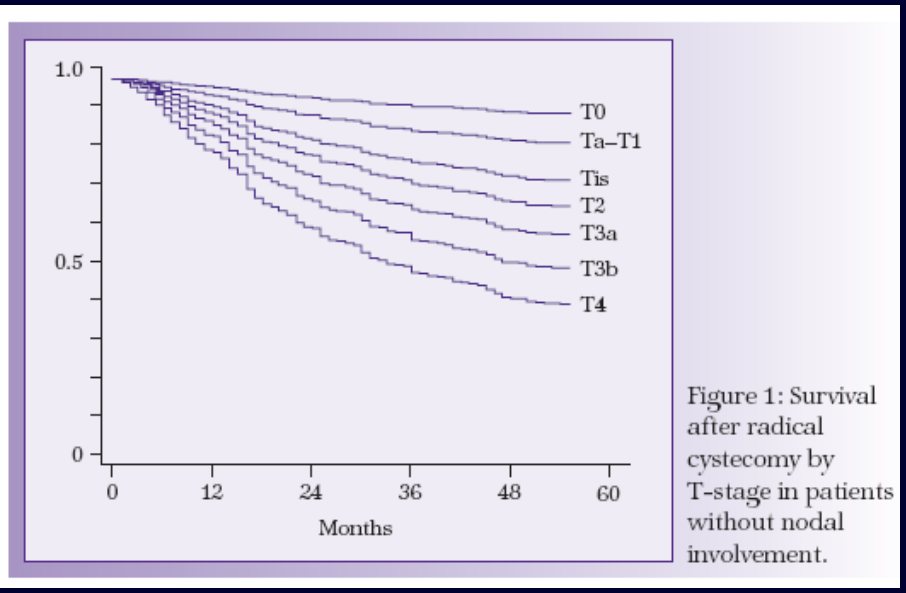
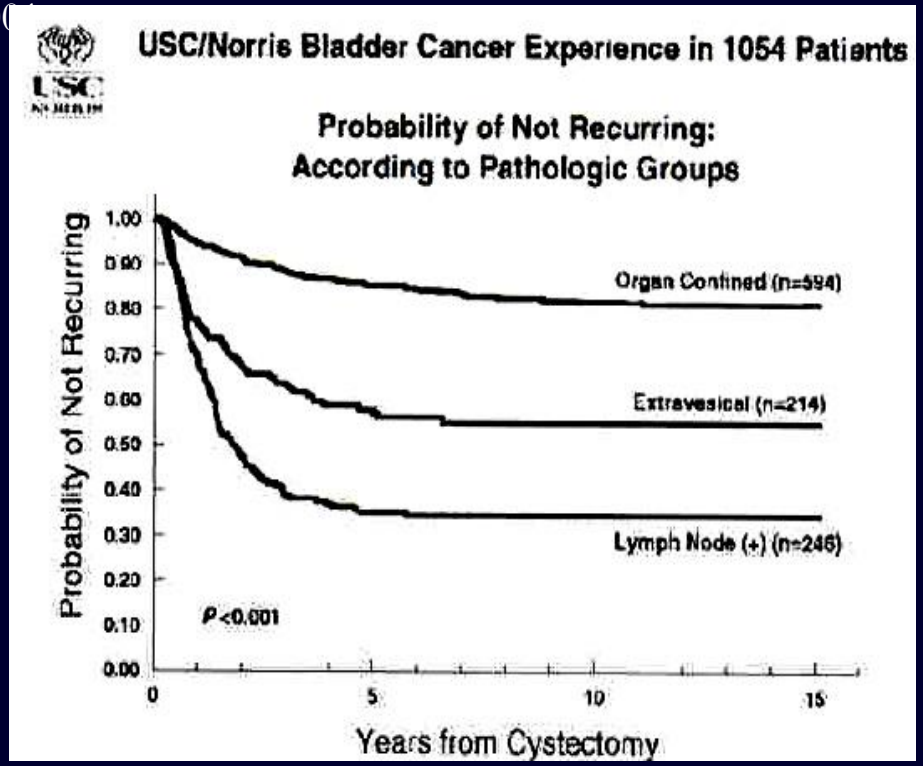


Figure 1: Survival after radical cystecomy by T-stage in patients without nodal involvement.



RS Endikasyonları

- Metastazın olmadığı yada düşük hacimli çıkartılabilinecek lokal metastazın olduğu invazif mesane t.m. (evre T2-T3b)
- Yüzeyel mesane t.m.:
  - İntravezikal kemoterapi, immunoterapi, ve sistoskopik rezeksiyona refrakter
  - Sistoskopik rezeksiyona izin vermeyecek, mesanenin fonksiyonelliğini bozmuş
  - Invazif prostatik üretral tutulum
- Intravezikal BCG Tx'sine dirençli evre-pT1,
- İntravezikal immunoterapiye dirençli Cis.
- Palyasyon amaçlı (ağrı, kanma , veya frequency)
- Primer adenokarsinoma, Squam.C.C., veya sarkom

Guidelines on Bladder Cancer Muscle-invasive and Metastatic

A. Stenzl (chairman), J.A. Witjes (vice-chairman), N.C. Cowan, M. De Santis, M. Kuczyk, T. Lebret, A.S. Merseburger, M.J. Ribal, A. Sherif

	GR
Radical cystectomy is recommended in T2-T4a, N0 M0, and high risk non-muscle-invasive BC (as outlined above).	A*
A delay in cystectomy increases the risk of progression and cancer-specific death.	B
No pre-operative radiotherapy should be administered.	A
Lymph node dissection should be an integral part of cystectomy, but the extent of the dissection has not been established.	B
Preservation of the urethra is reasonable if margins are negative. If no bladder substitution is attached, the urethra must be checked regularly.	B
Laparoscopic and robot-assisted laparoscopic cystectomy may be options. However, current data have not sufficiently proven the advantages or disadvantages of laparoscopic cystectomy.	C
Before cystectomy, the patient should be counselled adequately regarding all possible alternatives, and the final decision should be based on a consensus between patient and surgeon.	B
Pre-operative bowel preparation is not mandatory, 'fast track' measurements reduce the time of bowel recovery.	C
An orthotopic bladder substitute should be offered to male and female patients lacking any contraindications and who have no tumour in the urethra and at the level of urethral dissection.	B

Tartışma konusu III (VT)

- TUR-T sonrası evresi T2 olarak rapor edilen hastalarda neoadjuvan tedavi önerir misiniz?

Neoadjuvan KT

- Cisplatin tabanlı KT radikal tedavi öncesi klinik evrenin düşürülmesi, mikrometastazların radikal cerrahi öncesi eliminasyonu için verilebilir.
- Tümörün kemosensitivitesi invivo olarak değerlendirilebilir.
- Meta-analizlerde NA-KT nin hastalığa bağlı ölüm riskini %10-33 azalttığı, 5 yılda yaklaşık %5-7 sağkalım avantajı sağladığı ve bu etkinin özellikle lokal ileri evre (T3 ve T4a) hastalarda izlendiği gösterilmiştir.

Tartışma konusu IV (CG)

- Diversiyon seçimi nasıl olmalı?
- Diversiyon seçimindeki kriterler nelerdir?

- Kutanöz diversiyonlar
- Konduitler
- Kontinan kutanöz diversiyonlar
- Ortotopik mesaneler

- Buradan sonra CG hazırladığı slide'ları ekleyebilir (Zaten bir kısmını VT eklemiş)

İdeal üriner diversiyon

- Üst üriner sistemin bozulması ø
- Kontinan, ↓ basınç ve yeterli kapasitede depolama
- İstemli ve yeterli boşalma
- Metabolik problem ø
- Eksternal aparat ø
- Kozmetik problem ø
- Morbidite oranı ↓
- Kolay uygulanabilir olmalıdır.

Diversiyon seçimi

- Kutanöz diversiyonlar
- Konduitler
- Kontinan kutanöz diversiyonlar
- Ortotopik mesaneler

Diversiyon seçimi

	No. of Cystectomies	Period	Neobladder	Continent Cutaneous Pouch	Conduit
Ann Arbor, MI	643	02/1995–09/2004	45.1%	1.4%	53.5%
Bern	327	01/1999–09/2004	54.0%	3.0%	37.0%
Dallas, TX	228	01/1999–09/2004	30.0%	6.0%	64.0%
Kobe, Japan	87	02/1989–09/2004	46.0%	2.3%	10.3%
Los Angeles	1359	08/1971–12/2001	51.6%	25.8%	22.3%
Lund, Sweden	119	01/2000–09/2004	28.6%	31.1%	40.3%
Mansoura, Egypt	3157	01/1980–01/2004	39.1%	3.5%	34.4%
Ulm, Germany	1209	01/1986–09/2004	66.2%	0.5%	22.6%
Total	7129		46.9%	7.6%	32.7%

Urology , 2007

Ortotopik diversiyon

Mutlak Kontrendikasyonlar

- Kronik böbrek yetmezliği (Kreatinin > 2 mg/dl, GFR < 40 ml/dk.)
- İnflamatuar barsak hastalığı
- Karaciğer fonksiyon bozukluğu
- Eksternal sfinkter yetersizliği
- Tekrarlayan ciddi üretra darlıkları
- Erkeklerde apikal üretral sınırda ve kadınlarda mesane boynu/üretrada tümör olması
- Uyum sağlayamayacak hastalar (psikolojik bozukluk olan veya TAK/İnkontinans tolere edemeyecek olanlar)

Rölatif kontrendikasyonlar

- Yaşlı hastalar
- Önceden pelvik radyoterapi alanlar
- T3b, T4 ve N(+) olanlar

Ortotopik diversiyon

- Böbrek fonksiyonları normal olan (serum kreatinin 2mg/dl ve altında, GFR 60 ml/dk nın üzerinde)
- Peroperatif uretral cerrahi sınır frozen analizde da negatif.
- Hasta yaşı, isteği ve uyumu, el becerisi, vücut yapısı, KT ve/veya RT öyküsü, adjuvan KT gerekliliği
- Cerrahın tecrübesi.

Tartışma konusu IV (VT)

- Lenf nodu diseksiyonun güncel durumu nedir?
- Halen sınırlı lenf nodu diseksiyonunun rolü olabileceği bir hasta grubu var mı?
- Morbiditeyi artırır mı?

Genişletilmiş Lenfadenektomi

- Lenf nodu poziitif olan olguların %16 sında bu pozitifliğin aort bifurkasyonun üzerindedir.
- %8 oranında presakral alanda pozitif lenf bezi bulunabilir.

Leissner J. J Urol 2004.

Genişletilmiş Lenfadenektomi

- 270 hastanın değerlendirildiği çok merkezli randomize prospektif bir calışmada 146 hastaya standart, 98 hastaya sınırlı lenf nodu diseksiyonu yapılırken 24 hastaya lenf nodu diseksiyonu yapılmamıştır.
- Beş yıllık sağkalım oranları sırasıyla %60, %46 ve %33 olarak saptanmıştır.
- Ayrıca cıkarılan lenf nodu sayısı 10'dan az olduğunda sağkalım oranlarının anlamlı derecede düştüğü gösterilmiştir.

Patil VV, JClin Oncol. 2004;

Genişletilmiş Lenfadenektomi

- Brossner ve arkadaşları GLA yapılan 46 hasta ile standart lenfadenektomi yapılan 46 hastayı karşılaştırmışlardır.
- GLA operasyon suresini yaklaşık 63 dk. arttırmasına rağmen perioperatif mortalite, erken komplikasyon ve kan transfuzyon ihtiyacı iki grup arasında farklı bulunmamıştır.

J Urol,. 1998

- Diğer retrospektif bir calışmada mortalite ile lenfosel gelişimi standart ve genişletilmiş grupta benzer bulunmuştur.

BJU Int..2004

Vakanın devamı

- Radikal sistektomi+ ortotopik mesane+ standart lenf nodu diseksiyonu (2002)
- 1 ay sonra JJ stentler alınmış.
- Patoloji: high grade pT2, uretral cerrahi sınır (-)
- LN (4 adet): ürotelyal karsinom metastazı

Tartışma konusu V (VT)

- Adjuvan tedavi yaklaşımı nasıl olmalı?
- Güncel rejinler nelerdir?

Adjuvan tedavi

- NCCN kılavuzlarında pT3 ve pT4 olan hastalarda ve lenf nodu pozitif olan hastalarda adjuvan kemoterapi önerilirken son EAU kılavuzunda adjuvan kemoterapi uygulaması sadece klinik araştırmalar kapsamında önerilmektedir.

Adjuvan tedavi

- Adjuvan kemoterapi calışmalarının sonucları 2005 yılında bir meta-analiz ile yayınlanmıştır.
- Analize dahil edilen 6 calışmada toplam 491 hastanın verileri incelenmiştir.
- Sisplatin içeren tüm kombine tedavi çalışmalarındaki hastaların %90'ını, tüm adjuvan kemoterapi çalışmalarındaki hastaların %66'sını temsil etmektedir.

Adjuvan tedavi

- İncelenen 6 calışmadan 3'ü, kemoterapi kollarının daha avantajlı olduğu gorulduğu icin erken sonlandırılmıştır.
- Bir calışmada ise; kemoterapiden öngörülen fayda sağlanamadığı icin erken durdurulmuştur.
- Sonuçta kemoterapi alan hastaların almayanlara göre ölüm riskinde %25 azalma olduğu bulunmuştur .
- Bu da 3 yıllık sağkalımda net %9 artışa denk gelmektedir.

Eur Urol. 2005

- Bruins ve ark.'ları çalışmalarında 1 veya 2 lenf nodu pozitif 181 hastanın analizinde adjuvan kemoterapinin daha uzun sureli hastalıksız sağkalım ile ilişkili olduğunu gostermişlerdir.

J Urol, 2009

- Başka bir retrospektif seride de lenf nodu pozitif olan 83 hastanın analizinde çok değişkenli analizde adjuvan kemoterapi daha uzun genel sağkalım süresi ile ilişkili bulunmuştur.

Osawa T,Int J Urol. 2009

- Adjuvan tedavide kullanılması gereken standart rejim MVAC'tır.
- Ancak ileri evre-metastatik hastalıkta gemsitabin sisplatin rejiminin MVAC rejimine benzer etkinlik gostermesi ve yan etki profilinin daha iyi olması nedeniyle günümüzde adjuvan ve neoadjuvan tedavide bircok merkezde Gemsitabin-Sisplatin rejimi tercih edilmektedir.

Vakanın devamı

- Post-op 6 kür kemoterapi uygulandı.

Tartışma konusu VI (FY)

- RS + üriner diversiyon sonrası takipler nasıl olmalı?
- Patolojik evreye göre takip protokolü fark eder mi?

R.S. SONRASI İZLEM

- Amaç
  - Cerrahi komplikasyonlar ve diversiyonlarla ilgili metabolik değişikleri izlemek
  - Ürotelyal nüksleri tespit etmek
  - Lokal ve uzak nükslerin erken tanısı
- R.S. Heterojen hasta grubuna yapılan işlem olduğundan nüks olasılığı her hasta için aynı değildir.

RS+Üriner Diversiyon

- Enterostomal therapist kritik önemi var.

- Uriner diversiyonlar ömür boyu takip edilmeli
  - Görüntüleme (böbrek, üreter, diversiyon)
  - Lab. (elektrolitler, asit-baz, B12 seviyesi)
  - Kanser izlemi (görüntüleme, sitoloji

R.S. SONRASI İZLEM

- Genel olarak takip protokolleri retrospektif verilere dayanır. (Klinik etkinlik-maliyet ?)
  - Rutin bir izlem protokolü her gruba uygulanabilir
  - Semptomlarla yönlendirilen klinik ve radyolojik değerlendirme
  - Risk kategorilerine göre düzenlenmiş izlem şeması

(yüksek riskli'ler daha sık ve detaylı izlenir)

R.S. SONRASI İZLEM

- MD Anderson kanser merkezi
  - 382 hasta
  - pT1, pT2, ve pT3 için ayrı ayrı izlem protokolü
- pT1: Yıllık anamnez, F.M., Akciğer x-ray, lab.
- pT2: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48 ve 60 ay (3 yıl boyunca 6 aylık, sonra yıllık)
- pT3: 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48 ve 60 (3 aylık) + BT (6, 12, 24 ay)
- Ayrıca hepsine 1-2 yıllık aralıklarla ÜÜS görüntülemesi

R.S. SONRASI İZLEM

TABLE 4. *Recommended stage specific followup protocol for bladder cancer after radical cystectomy*

	Mos.								
	3	6	12	18	24	30	36	48	60
pT1 N0/Nx or Less:									
History			X		X		X	X	X
Physical examination			X		X		X	X	X
CT									
Chest x-ray			X		X		X	X	X
Laboratory studies			X		X		X	X	X
Upper tract*			X		X		X	X	X
Urine cytology			X		X		X	X	X
pT2 N0/Nx:									
History		X	X	X	X	X	X	X	X
Physical examination		X	X	X	X	X	X	X	X
CT									
Chest x-ray		X	X	X	X	X	X	X	X
Laboratory studies		X	X	X	X	X	X	X	X
Upper tract*			X		X		X	X	X
Urine cytology			X		X		X	X	X
pT3 N0, pTxN1-3:									
History	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Physical examination	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CT		X	X		X				
Chest x-ray	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Laboratory studies	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Upper tract*			X		X		X	X	X
Urine cytology			X		X		X	X	X

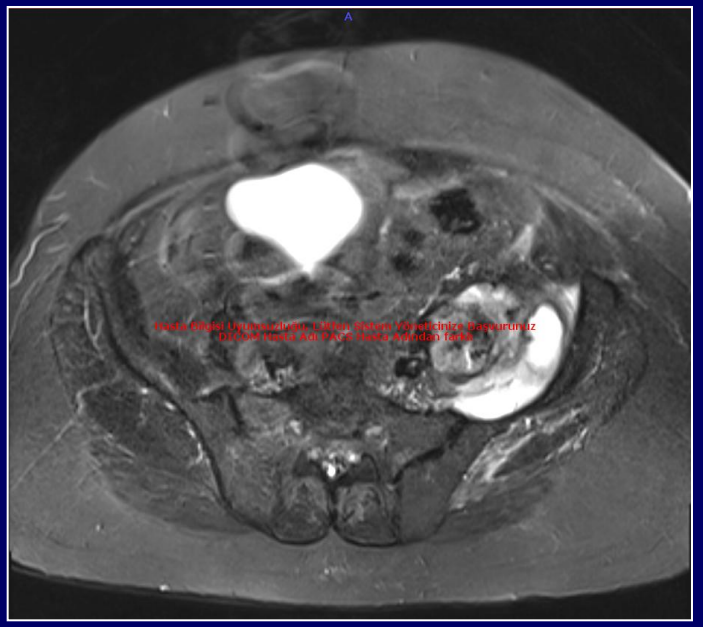
* Radiographic studies of the upper tract consist of excretory urogram, loopogram or ultrasound.

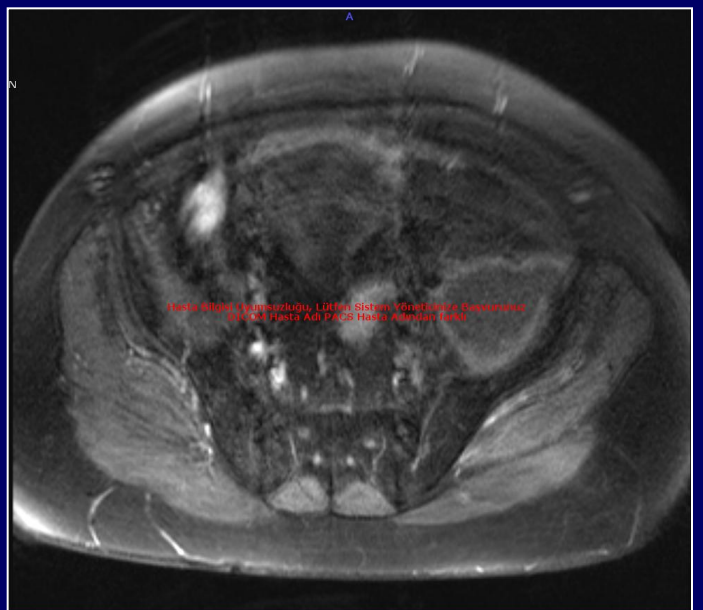
	DÜŞÜK RİSK *Organa sınırlı* *Lenf nodu (-)*	*YÜKSEK RİSK* *Organ dışı yayılım (+)* *Lenf nodu (+)*
Öykü, fizik inceleme	x6 ay 3 yıl, sonra yılda bir	x3 ay 1 yıl, x6 ay 4yıl, sonra yılda bir
Tam kan sayımı, elektrolitler, BUN/Cre, B12, karaciğer fonk.	x6 ay 3 yıl, sonra yılda bir	x3 ay 1 yıl, x6 ay sonraki 4 yıl, sonra yılda bir
Sitoloji (işeme/kateter, üretral yıkama)	x6 ay 3 yıl, sonra yılda bir	x6 ay 5 yıl, sonra yılda bir
Akciğer grafisi, Akciğer BT (gerektiğinde)	x12 ay 2 yıl, sonra gerekirse	x6 ay 5 yıl, sonra yılda bir
abdomen, pelvis BT	Üçüncü ay, sonra x6 ay 2 yıl, daha sonra semptomlara göre	Üçüncü ay, sonra x4 ay 1 yıl, x6 ay sonraki 2 yıl, daha sonra yılda bir
Üriner USG	Böb.yetm. ve kontrast allerjisi varsa, BT yapılmadığında yılda bir	Böb.yetm. ve kontrast allerjisi varsa, BT yapılmadığında yılda bir
İntravenöz ürografi veya loopogram	Üriner sistemi görüntülemek için klinik indikasyona göre	Üriner sistemi görüntülemek için klinik indikasyona göre
Abdomen USG	Böb./karaciğer izlemi, böb. yetm. ve kontrast allerjisi varsa	Böb./karaciğer izlemi, böb. yetm. ve kontrast allerjisi varsa

Vakanın devamı

- Alt Batın MR (Operasyonun 8. yılında):

  L5-S2 düzeyinde solda psoas ve iliakus kasları içerisinde lobule konturlu, santralinde kistik nekrotik doku alanının izleniyor (sol üreteri de içine alıyor),
- Boyutu: 106x78x122mm.
- Kemik sintigrafisi (-)





Tartışma konusu VII (FY)

- RS sonrası nüksler hangi oranlarda ve nerelerde görülür?
- Bu hastaya özel tedavi biçimi ne olmalıdır?

RS sonrası nüksler hangi oranlarda ve nerelerde görülür?

- RS invazif mesane kanserinde en etkin tedavi
- Ancak olguların ½'sinde kür sağlar (Geri kalanların çoğunluğunda uzak metastaz).
- Nükslerin %80-90'ı ilk 2 yıl içinde ortaya çıkar.
- < 3 yıl: erken nüks (> %80, üriner sistem dışı, kemik pelvis ve/veya uzak metastaz.) (ölümcül)
- >3 yıl: çoğunlukla üst üriner sistem yada üretra.

Esas olarak 3 ana başlık

- Geride kalan ürotelyumda nüksler
  - Üretra
  - Üst ürotelyum (ort. %3, geçen süre ort. 37.2 ay)
- Pelvik nüks: (%8-10) (çoğu 24 ay içinde)
  - R.S sahasında pelvis duvarını içine alan ve aort bifurkasyonuna kadar olan alandaki nükslerdir.
- Uzak nüks
  - Bölgesel olmayan L.N, organ, kemik met'leridir.
  - LN>Akciğer>Karaciğer>Kemik>adrenal

Pelvik Rekürrens

- Organa sınırlı ve pelvik LAP (-)
  - Pelvik rekürrens % 5
- Organa sınırlı olmama-pelvik LAP (-)
  - Pelvik rekürrens % 10

Pelvik LAP (+) 10 yıllık ortalama survi %30-35

Ürotelyum nüksleri

- Üretra:
  - erkeklerde yaklaşık %8'dir.
  - %4-5' e kadar gerileyen yayınlar var.

    Hardeman SW, 1990
  - Cis, ÜÜS tm
- Üst üriner sistem:
  - Ortalama %3 (%0,7-8,3)
  - İzlem; görüntüleme ve sitoloji ile (hangi sıklıkla ?)

Uretral Rekürrens

- Erkek:

Prostatik uretra tutulumu	Distal uretral rekürrens
(+)	% 37-67
(-)	% 5

- **Yüzeyel uretra tutulumunda % 15, stroma tutulumunda % 21 uretral nüks**
- Kadın

Mesane boynu tutulumu	Uretral rekürrens
(+)	%50
(-)	%1-13

Ürotelyum nüksleri

- Üst üriner sistem nüksü:
  - İVP ve BT'nin nüksü tespit etmede birbirine belirgin avantajı yok. Ancak BT komşu organları daha iyi gösteriyor.
  - Üreteroskopi ? (Görüntüleme ve sitoloji tanısal amaçlı yetersiz kalabiliyor)
    - Downstaging
  - Risk faktörleri:
    - Cerrahi sınır +'liği
    - Distal üreter tutulumu
    - pT evresi
    - Mesanede Cis, yüksek grade'li sık nüks eden t.m varlığı
    - Prostatik üretra tutulumu (Sanderson KM,2007)

Ürotelyum nüksleri-Tedavi

- Tek etkili yöntem radikal nefroüreterektomi.
  - Bu olgularda bölgesel lenf nod tutulumu %32-83
  - Bölgesel L.N diseksiyonu +adjuvan KT'nin faydası sınırlı
  - Uzun dönem hastalıksız sağ kalım <%5
  - Nüks ÜÜS tm' prognoz < primer ÜÜS.
  - Nüks ÜÜS t.m'de prognozu belirleyen en önemli faktör evre'dir.
  - Minimal invazif yöntemlerle ilgili yeterli veri yok.

Vakanın devamı

- Girişimsel radyolojide USG eşliğinde sol psoas kasının anteriorundaki kistik kitleden sıvı aspirasyonu ve üreter alt ucundan tru-cut biyopsi örnekleri alınmış.
- Patoloji: " papiller ürotelyal karsinoma”

Vakanın devamı

- Sol nefroüreterektomi + sol retroperitoneal kitle eksizyonu yapıldı.
- Patoloji: skuamöz diferansiyasyon gösteren ürotelyal karsinom.
- Retroperitoneal kitlenin tamamen rezeke edilememesi nedeniyle
- kemoterapi (8kür) + radyoterapi (4560cGy/24fr)

Vakadan öğrenilmesi gerekenler (ÖŞ)

- BT radikal sistektomi öncesi klinik evre değerlendirilmesinde yeterlidir.
- İleri vakalarda invazyon derinliğini anlamak için MR gerekebilir.
- Lokal ileri evre (T3 ve T4a) hastalarda neoadjuvan kemoterapi giederek kendine daha fazla yer bulmaktadır.
- Genişletilmiş lenfadenektomi RS operasyonunun standart bir parçasıdır.

Vakadan öğrenilmesi gerekenler (ÖŞ)

- T3b-T4 hastalıkta adjuvan kemoterapi protokolü MVAC olsa da; giderek daha fazla oranda sisplatin-gemsitabin kombinasyonu kullanılmaktadır.

Vaka III (Göztepe E.A.H.)

- 68 y\erkek
- Sondalı (2 aydır)-alfa-bloker tedaviye yanıtsız
- Özgeçmiş:
  - AC ca. opere (2007) – sol üst lobektomi
  - Patoloji: squamoz hucre karsinoma\az`diferansiye\Grade 3
  - TRUS-bx (2009): 8 kadran benign (6 ng/ml)
  - PSA 6.8 ng/ml (2010)

Vakanın devamı

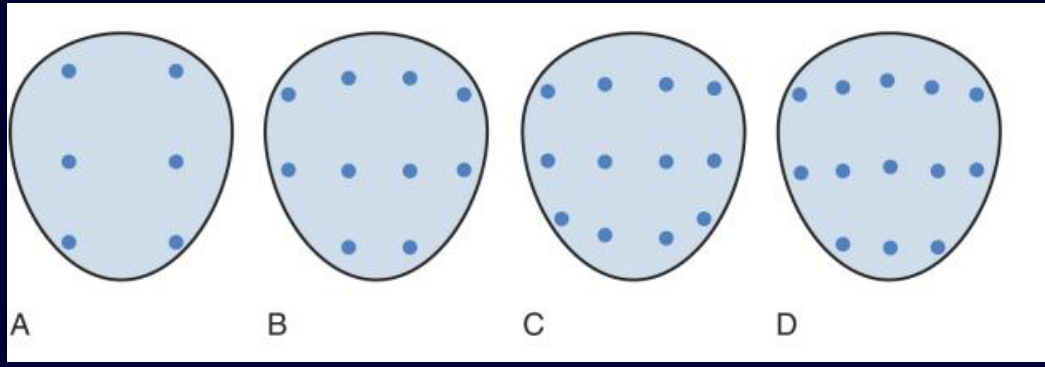
- RT (+++) normal sertlikte
- PSA: 8 ng/ml
- Prostat hacmi: 120 gr
- Normal vajinal penetrasyon

Tartışma konusu I (CG)

- Sondalı olan hastadan bir biyopsi negatif iken ikinci bir biyopsiye gerek var mı?
- PSA kinetiği her zaman yol gösterici mi?

PSA değerleri ve PCa risk ilişkisi

PSA level (ng/mL)	Risk of PCa
0-0.5	6.6%
0.6-1	10.1%
1.1-2	17.0%
2.1-3	23.9%
3.1-4	26.9%



	Sextant [*] [†]	Saturation Biopsy
1 prior biopsy	10-17%	36%
2 prior biopsies	5-14%	31%
3+ prior biopsies	4-12%	14-36%

EAU Kılavuzu, 2011

Tekrar biyopsi kime ?????

- Yükselen PSA veya halen yüksek PSA.
- Rektal tuşede şüpheli sertlik.
- Atipik küçük asiner proliferasyon (ASAP) raporu olanlar.

EAU Kılavuzu, 2011

Prostat biyopsi kararını etkileyecek faktörler

- Biyolojik yaş
- Potansiyel comorbiditeler (ASA Index ve Charlson Comorbidity Index)
- Tedaviye ne derece etki edeceği

EAU Kılavuzu, 2011

Prostat biyopsi kararı

- Biyolojik yaş 60
- ASA Index : 3
- Charlson Comorbidity Index
  - Yaşam beklentisi 10 yıl : %53
  - Yaş ilintili komorbidite skoru : 4

Biyopsi Tekrarı

PSA kinetikleri

Eldekiler

- Yıllık PSA artış hızı (PSAV); (ng/mL/yıl)
- PSA ikiye katlanım zamanı (PSADT).

Sorunlar

- Background noise (total prostat hacmi ve BPH , PSAV , PSADT acceleration/deceleration.
- Prospektif çalışmalarda Total PSA ya göre ek bilgi vermemekte .

PSA Kinetics: No Substitute for Annual Biopsy in Prostate Cancer Surveillance? JNCI, 2010

Vakanın devamı

- TRUS-bx (12 kadran)
  - Sol orta, sol apex Gleason 4 +3 adenokarsinoma
  - Tümor uzunluğu/toplam biyopsi uzunlugu 5/159 mm (% 3.14)
  - Perinoral invazyon (+)

Tartışma konusu II (FY)

- Klinik evrelemede hangi ilave testler yapılmalı?
- Neden?

Evrelendirme

- Lokal evreleme (T evresi)
- Lenf Nod durumu (N evreleme)
- Uzak metastaz (M evrelemesi)

Lokal Evreleme

- DRE
- PSA
- TRUS guided biopsi
- MRI

DRE: Yayılım tahminlerin altında tesbit edilir

patolojik tümör evresi arasında % 50 uyum vardır

Spigelman, J Urol. 1986

PSA	Pozitif Prediktif Değer
0 - 1 ng/ml	% 5
1 - 2,5 ng/ml	% 14
2,6- 4 ng/ml	% 30

Carvalhal, J Urol. 1999

PSA: (Tartışmalı)

PSA < 4ng/ml → organ sınırlı % 64 → lenf nodu % 1den az

PSA >50ng/ml → % 9 → % 27

Partin, JAMA. 1997

Total psa ve Kompleks PSA: tüm türevlerinden üstün

- **TRUS:** Evrelendirmede en yaygın kullanılan (Tek başına DRE'den üstün değil)
  - Ancak tümörlerin % 60 ı TRUS ile görülürler
  - DRE +TRUS → T3a'yı daha iyi değerlendirir.

- Ekstrakapsüler yayılım: Sensitivite %50-90, spesifite %46-91

  Lorentzen, Prostate. 1992

- Seminal vezikül tutulumu: Sensitivite %78 spesifite % 22-60

  Rifkin, New Eng J Med. 1990

- **3D-TRUS:** %91 evreleme başarısı var (operator bağımlı)

- **Prostat Biopsisi:**

Gleason skoru <6 → Organa sınırlı → % 70

>6 → → % 34 Saliken C.a.R.J. 2000

- **Biopside Tümör Miktarı**

% + korlar , kor içindeki % + kanserlerden daha iyi bilgi sağlar. Sebo J Urol 2000

İpsilateral + kor > %15 ve bunlardaki t.m ortalaması > %15 →

ECE için – PV (%95)

(nerve sparing)

Vezilülo Seminalis Biopsisi: (lokal nüks ve metastaz habercisi)

- T2a dan daha ileri evrede ve PSA düzeyi 10 un üzerinde ise yapılmalıdır.

Stone, J Urol. 1995

- Rutin olarak yapılmaz. Ancak seminal vezikül invazyonundan şüphenildiğinde uygulanmalıdır.
- Biobsinin negatif olması mikroskopik invazyonu ekarte ettirmez.

Endorektal MRI

- Organ dışı yayılım:
  - T2 +'yi, ECE, ve VSI'yi >> DRE, TRUS VE CT.
  - Ancak literatürde geniş range vardır.

Bates, Br J Urol. 1997

MR spektroskopi

Kanserde kolin ve sitrat .

Yu Radiology 1999

Kapsül Dışı Yayılım Ve Seminal Vezikül İnvazyonu

TRUS : Evrelemede uygun değil

CT : Sadece ileri evrelerde (Eksternal radyoterapiden önce)

MRI : Seçilmiş hastalarda (Orta veya yüksek dereceli riskli)

Endorektal Koil MRI: ECE, VSI için katkısı büyük (Lokal evreleme için faydalı)

MR spektroskopi: Çok uygun değil

Test adı	Sensitivite	Spesifite	+ P.D.	- P.D.
TRUS	% 23-91	45-63	50-63	49-90
3D Doppler	80	96	90	96
MRI	13-95	49-97	51-90	63-92
MRI-MRS	45-54	93-96	65-81	85-88
CT scan	2,5-89	25-92	67	59

Lokal Evre

	Staging of PCa	
1.	Local staging (T-staging) of PCa is based on findings from DRE and possibly magnetic resonance imaging (MRI). Further information is provided by the number and sites of positive prostate biopsies, the tumour grade and the level of serum PSA.	C
	Despite its high specificity in the evaluation of extra-capsular extension (ECE) and seminal vesicle invasion or involvement (SVI), TRUS is limited by poor contrast resolution, resulting in low sensitivity and a tendency to understage PCa. Even with the advent of colour- and power Doppler to assist in identifying tumour vascularity, the accuracy of TRUS in local staging remains inadequate. In comparison with DRE, TRUS and computed tomography (CT), MRI demonstrates higher accuracy for the assessment of uni- or bi-lobar disease (T2), ECE and SVI (T3), as well as the invasion of adjacent structures (T4). However, the literature shows a wide range in the accuracy of T-staging by MRI, from 50-92%. The addition of dynamic contrast-enhanced MRI (DCE-MRI) can be helpful in equivocal cases. The addition of magnetic resonance spectroscopic imaging (MRSI) to MRI also increases accuracy and decreases inter-observer variability in the evaluation of ECE.	C

N Evrelendirme

- Yüksek PSA düzeyi,
- T2b-T3 hastalık,
- Kötü tümör farklılaşması
- Perinöral invazyon (Partin, Urology. 2001)

Potansiyel küratif tedavi planlanıyorsa
Perineal prostatektomi
Brakiterapi

- PSA: Sadece PSA yüksekliği lenf nodu metastazını tahmin etmede az yardımcı
- BT: PSA 4-20 ng/ml % 12
  Gleason < 6 % 9

PSA > 20ng/ml + Gleason 8-10 CT % 20

Albertsen, J Urol. 2000

- Biopsi: Herhangi bir kor'da
  - Gleason 4 predominant,
  - veya 3 kor'dan fazlasında Gleason 4

Nodal metastaz % 20-45

Haese, Cancer. 2000

- PSA< 20ng/ml, Evre<T2a, Gleason<6
  Nodal metastaz < % 10

Partin, Urology. 2001

N Evrelendirme

- CT

  1 cm den büyük olanlar patolojik kabul edilir (Sensitivite % 25-78, Spesifite % 90)

  Oyen, Radiology. 1994

Aralarında fark yok

- MR

  Aynı anda ekstrakapsüler yayılmayı değerlendirmek için kullanılır

- Yüksek Rezolusyonlu MRI + USPIO (demir partilkülleri içerir) (=MR lenfografi) lenf nodu spesifik kontrast madde AMI-227 fagositoz ile lenf nodunun içine alınır

  Metastaz ve reaktif lenf nodları arasında önemli tutulum farkı mevcut

  Vassallo, Invest Radiol. 1995

- İnce iğne aspirasyonu: Teknik olarak zor

- Radyoimmünosintigrafi (ProstaScint)

  Metastatik hastalığı göstermede daha etkin

  Babaian,J Urol. 1994

- PET scan

Tümörde artmış glikolitik metabolizmada 18-deoksiglikoz kullanılır

Prostat kanserinde düşük metobolik aktivite olduğundan lenf nodlarında çok etkin değil

Sanz, BJU Int. 1999

- Açık veya laparoskopik lenfadenektomi

(Altın standart)

N Evrelemesi

Lymph node status (N-staging) is only important when potentially curative treatment is planned. Patients with stage T2 or less, PSA < 20 ng/mL and a Gleason score ≤ 6 have a lower than 10% likelihood of having node metastases and can be spared nodal evaluation.	B
Given the significant limitations of pre-operative imaging in the detection of small metastases (< 5 mm), pelvic lymph node dissection (PLND) remains the only reliable staging method in clinically localised PCa.	
Currently, it seems that only methods of histological detection of lymph node metastases with high sensitivity, such as sentinel lymph node dissection or extended PLND, are suitable for lymph node staging in PCa.	C

Kemik metastazı

- Kemik sintigrafisi kemik metastazını göstermede en duyarlı yöntemdir

- PSA<20 ng/ml,
  asemptomatik,
  iyi veya orta derece diferensiye tümörlerde kemik sintigrafisi gerekli değil

  Kemp, BJU. 1997

- Lokal ileri evre ve kötü diferensiye tümörlerde PSA düzeyine bakılmaksızın kemik sintigrafisi yapılmalıdır
  Hastalığın progresyonunu takip açısından

.	Skeletal metastasis (M-staging) is best assessed by bone scan. This may not be indicated in asymptomatic patients if the serum PSA level is < 20 ng/mL in the presence of well or moderately differentiated tumours.	B
	In equivocal cases, ^{11}C-choline-, ^{18}F-flouride-PET/CT or whole body MRI could be of value in individual patients.	C

LENF NODLARI

CT : %65 duyarlı büyük lenf nodları
PSA<20 % 2 (uygulanmaz)
PSA<40 Gleason 9-10(uygulanır)

ProstaScint: (Radyoimmünsintigrafi)< % 60 sensitif ve spesifik
Çok yararlı değil

MRI : Lenf yollarında duyarsız

PET scan: Düşük metobolik aktiviteden dolayı uygun değil

KEMİK YAYILIMI

Kemik scan: PSA<20 Kemik scan sınırlı yararlı
PSA<15 Kemik scan (uygulanmıyor)
% 2 kemik scan +
genellikle false +
High grade >8
MRI/CT doğrulamak için

20 nin altında yüksek grade olmayanlarda uygulanmaz

Uzak Metastazlar

Uzak lenf nodları, Akciğer, Karaciğer, Beyin, Deri

Fizik inceleme, AC grafisi, USG, CT, MRI

Vakanın devamı

- CT ve kemik sintigrafisi: Normal olarak rapor edilmiş.
- Göğüs cerrahisi konsultasyonu \ Ac ca. açısından hasta tam kür.
- Kardiyoloji konsultasyonu \ EF % 45\ LAD % 40 darlık /medikal tedavi

Tartışma konusu III (FY)

- Lokalize prostat kanserinde tedavi alternatifleri nelerdir?
- Tedavi seçiminde nelere dikkat etmeliyiz?
- Özellikle HT-RT gereksinimi olan bir hasta grubu var mı?

Tartışma konusu IV (VT)

- Prostat volümünün büyük olması RP için bir negatif faktör müdür?
- Laparoskopik ve robotik cerrahide büyük prostatlarda özellikle de orta lob varsa nelere dikkat ediyorsunuz?

- Açık radikal prostatektomi bu grup hastalarda nörovasküler demetin ortaya konması ve diseksiyonda yaşanan zorluklardan dolayı güç olmaktadır.
- Ayrıca kanama riskinin artmasına yol açabilmekte ve intra/perioperatif komplikasyon riskinde artışa neden olabilmektedir

Cancer. 2006, Urol Clin North Am 2001

- Laparoskopik veya robotik radikal prostatektomi operasyonları cerrahi teknikte yaşanan zorluklara rağmen büyük prostat boyutu olan hastalarda uygulanabilmektedir.

Urol. 2008; BJU Int. 2008; Urology. 2010

- Literatürde prostat boyutu ile erektil fonksiyon arasında bir ilişki olmadığı bildirilmektedir.

Foley CL BJU Int 2003;

Video

- İzlemek için tıklayınız.

Vakadan öğrenilmesi gerekenler (ÖŞ)

- Prostat konusunda her türlü cerrahi girişim öncesi hastanın prostat kanseri durumu klinik olarak mutlaka aydınlatılmalıdır.
- Hastaların prostat kanseri açısından izlenmesinde PSA kinetiği halen en önemli parametredir.
- RT de, RP kadar etkili bir yöntemdir.
- RT Androjen çekilme tedavisi ile birlikte uygulanmalıdır.
- Büyük orta lob özellikle lap girişimleri zorlatırsa da; tecrübe ile bu zorluk aşılabilmektedir.

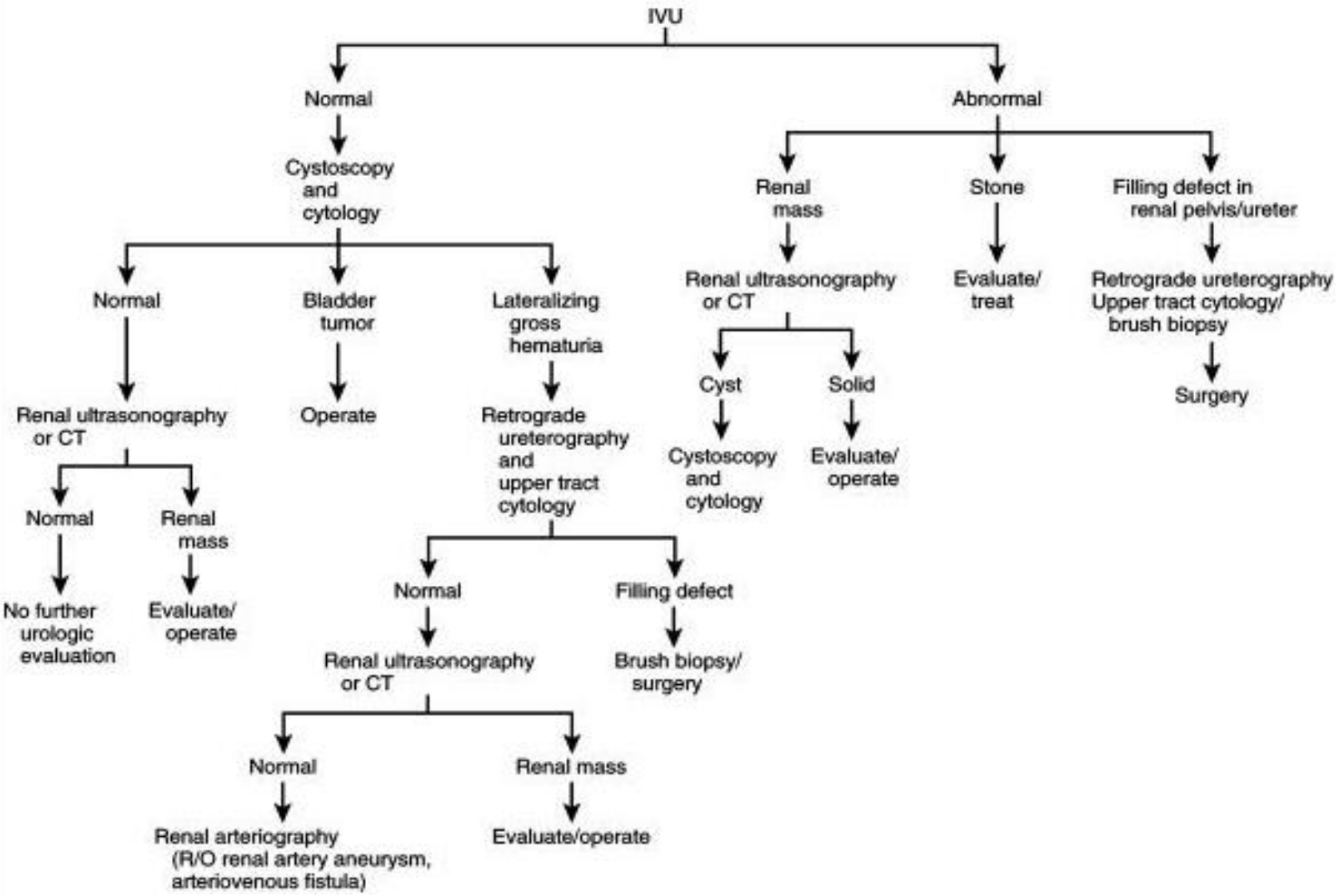
Vaka 4 (ITF)

- 48 y, E
- 3-4 aydır devam eden hematüri
- Sigara kullanmıyor
- 1999'da sağ renal kalkül
- ESWL tedavisi

Tartışma konusu I (CG)

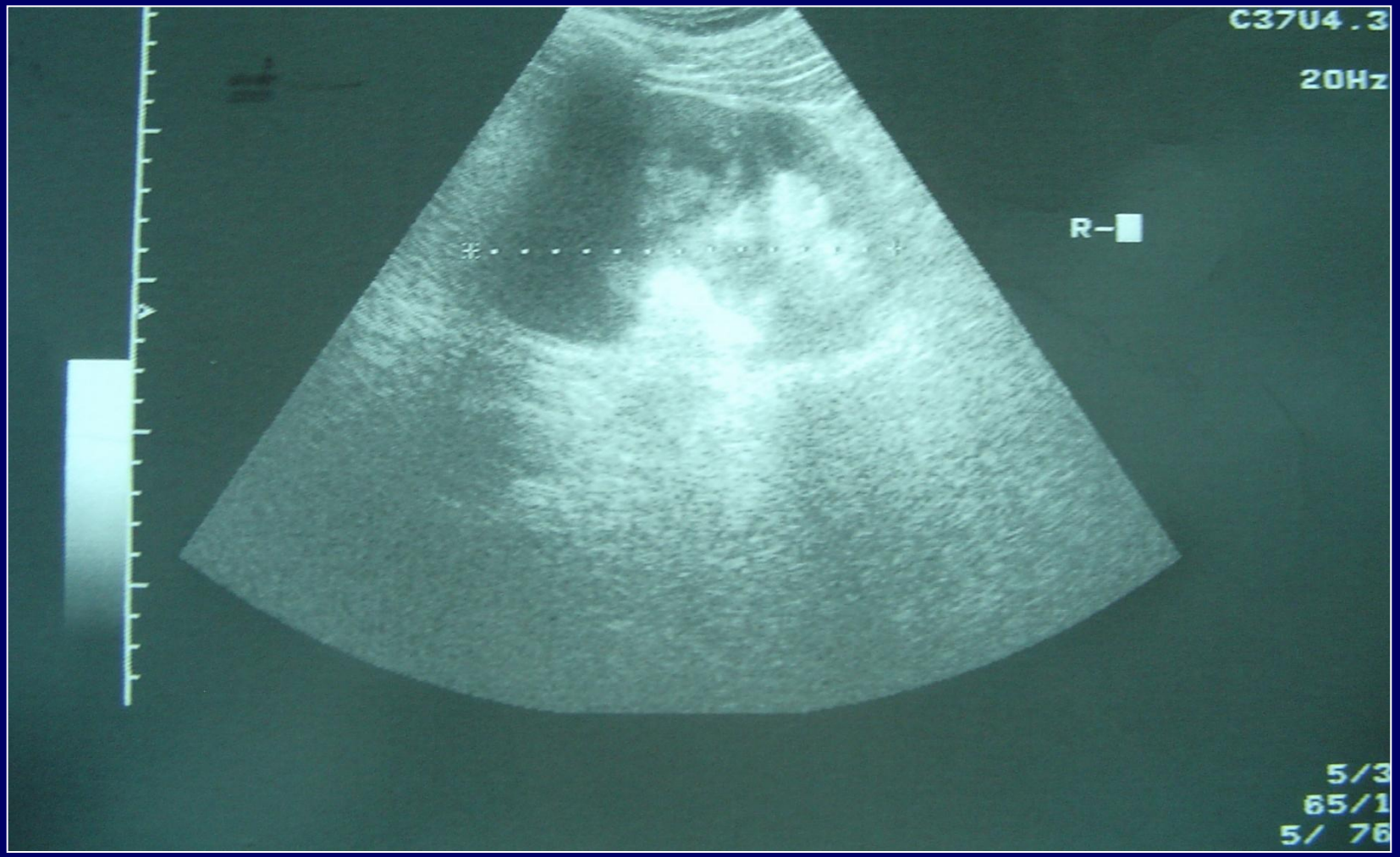
- Makroskopik hematürisi olan hastada görüntüleme nasıl olmalı?
- Tek başına US yeterli mi?
- Taş hikayesinin bulunması görüntüleme yöntemi seçiminizi etkiler miydi?

Hematüri



AUA Best Practice Policy Panel on hematuria

IVP



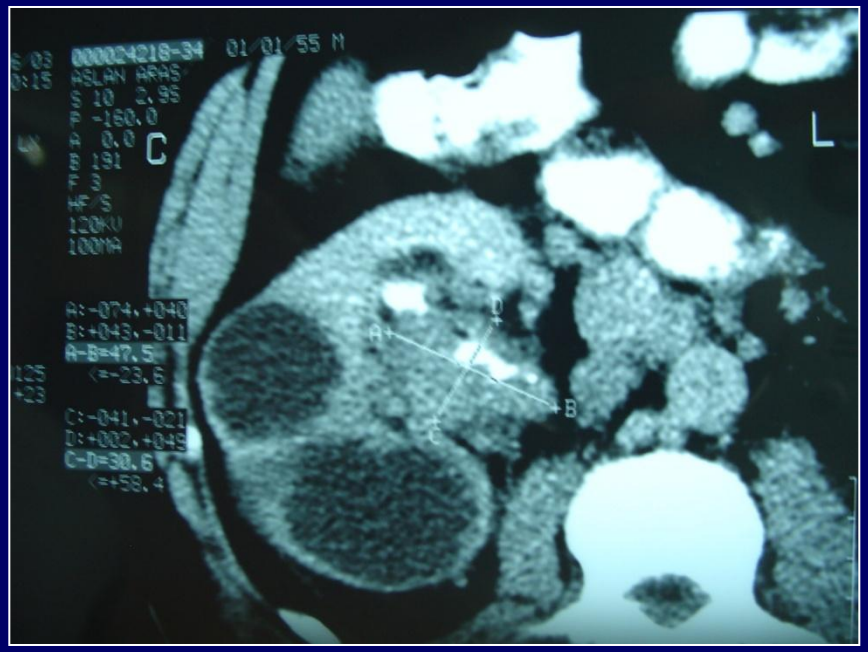
JJ stent yerleştirilmiş.

Vakanın devamı

- Hematüri ve ağrı sürüyor
- Kilo kaybı
- Mesane tenezmleri → JJ alınmış

- Şikayetleri devam ediyor.

BT



Tartışma konusu II (FY)

- Üriner sistem taş hastalığı ile pelvis renalis tümörleri arasında bir ilişki var mı?
- Özellikle böbrek taşları nedeni ile takip edilen hastaların pelvis renalis tümörleri açısından da monuterize edilmesi gerekli mi?

Üriner Sistem Taşları ve Pelvis Renalis Tm

- Bir kaç seri dışında geniş çalışma yok
- Genellikle case report halinde bildiri var.
- Olgularda taşa yönelik işlem sonrası ağrı, hematuri gibi ısrarcı semptomlar var.

- Staghorn taşı olan hastada PCNL esnasında standart Bx alınmış (rutin)
- 1 hastada pelvis renaliste TCC ve adenokarsinom (1) saptanmış.
- Ayrıca squamoz metaplazi saptanan olgular var.

Gökalp A et al, Br J Clin Pract, 1989

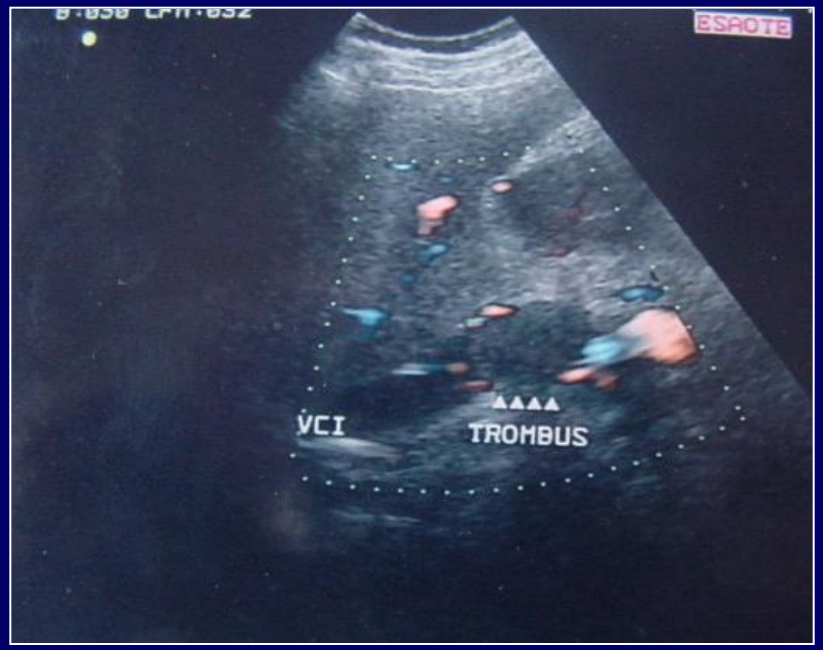
- 1992-2004 arası staghorn taş nedeniyle 600 PCNL hastası
  - 3 hastada PCNL sonrası nefrektomi yapılmış patolojisi pelvis renalis ve UP'de TCC
    - 1) PCNL'den 2 hafta sonra pyonefroz nedeniyle çekilen CT'de 5 cm kitle
    - 2) PCNL'den 2 yıl sonrası non fonksiyone böbrek
    - 3) PCNL esnasında şüpheli alandan çoklu bx

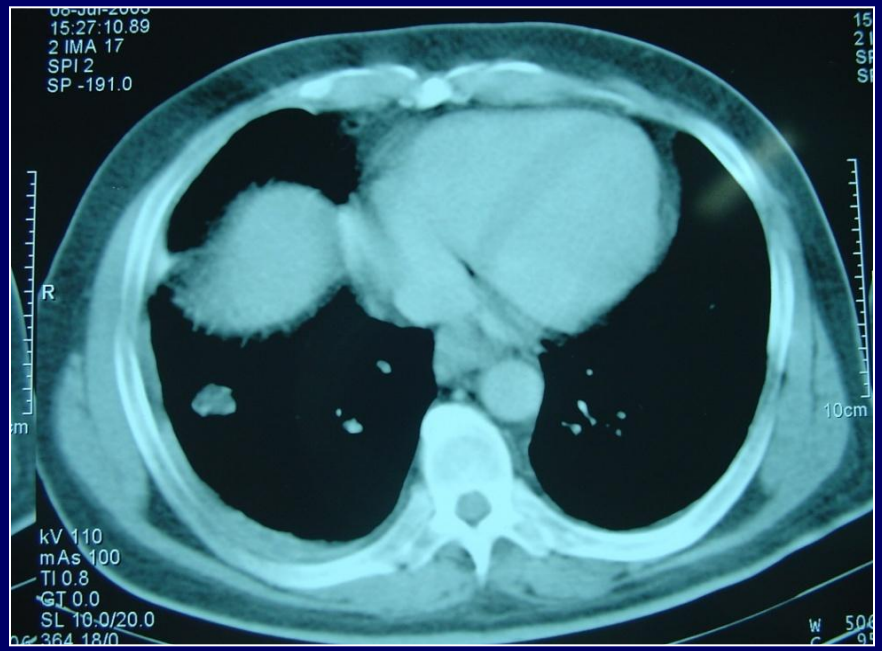
Ofer RK et al, Urol Int, 2005

- Pelvis renalis DEHC
- Squamoz hücreli karsinom
- adenokarsinomu

Azumi M et al, Acta Urol, 2007

Vakanın devamı





Vakanın devamı

Tru-cut biyopsi

↓

TCC

↓

Radikal nefrektomi + trombektomi

↓

Sistemik kemoterapi → 6 ay içerisinde kaybedildi

Tartışma konusu III (VT)

- Pelvis renalis tümöründe prognozu etkileyen faktörler var mıdır?
- Bu hastaların optimal tedavisi ne olmalıdır?

- Yüksek evre ve derecedeki tümörlerde radikal nefroüreterektomi halen standart tedavi olarak yerini korumaktadır.

Urology 1998 J Urol 1996

- Üst üriner sistem ürotelyal karsinomları ile ilgili Çalışmaların çoğunda hastalıksız sağ kalım ile tümör evre ve derecesi arasında yakın bir ilişki bulunmuştur.

J Urol 1997, J Urol 1990, J Urol 1991

- Hall ve ark.'larının yaptığı 252 olguluk çalışmada tümör evresi ile sağ kalım arasında anlamlı ilişki bulunurken, tümör derecesi ile sağ kalım arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.
- Aynı çalışmada beş yıllık hastalıksız sağ kalım Ta ve Tis tümörlerde %100 iken T4 tümörlerde ortalama sağ kalım altı ay olarak bulunmuştur.

Urology 1998

Vakadan öğrenilmesi gerekenler (ÖŞ)

- Hematüri varlığında üroloğun temel görevi, ilgili hastada üriner sistem kanserlerinin bulunmadığının gösterilmesidir.
- Cerrahiye lenf örneklenmesinin de eklenmesi güncel bir tartışma konusudur.
- Adjuvan tedavileri mesane tümöründe uygulananlara benzerdir.

Vaka V (ITF)

- 56, E
- TRUS Bx sonrası yüksek ateş (39.5º), dizüri, idrar yaparken zorlanma
- CRP ve sedimantasyon yüksekliği, lökositoz

Tartışma konusu I (VT)

- TRUS-bx sonrası üriner sistem infeksiyonu sıklığı nedir?
- Önlenmesi için nelere dikkat edilmelidir?
- Optimal antibiyotik profilaksisi ne olmalıdır?

TRUS-bx sonrası infeksiyon

- Normalde rektum florasında kolonize olan E.Coli biyopsi sonrası gelişen semptomlardan sorumlu esas mikrobiyal ajandır.
- Bu ajan dışında Proteus spp., Bacteriodes spp., ve Enterococcus spp. gibi anaerobik mikroorganizmalar da sorumlu tutulmaktadır.

- Antibiyotik profilaksisi yapılmadan biyopsi yapılan olgularda %5 semptomatik üriner sistem enfeksiyonu, %2 hospitalizasyon gereksinimi, %19 bakteriüri rapor edilmiştir.

Kapoor DA,Urology. 1998, Aron M, BJU Int. 2000

- Aus ve ark.'larının 1 haftalık norfloksasin profilaksisini tek doz uygulama ile karşılaştırdıklarıprospektif randomize bir çalışmada enfeksiyon oranları risk gruplarına göre ele alınmıştır.
- Diyabet, üretral kateter, üriner enfeksiyon gibi enfeksiyöz komplikasyonlar açısından risk oluşturan hastalarda tek doz ile 1 haftalık norfloksasin profilaksi sonuçları karşılaştırılmış ve uzun süreli profilaksi grubunda enfeksiyöz komplikasyonlar anlamlı olarak daha düşük oranda saptanmıştır.

Tartışma konusu II (CG)

- Üriner diversiyon (suprapubik kateterizasyon) gerekir mi?

Suprapubik kateter uygulaması ????

- Alt üriner sistem boşaltım semptomları ile beraber ve önemli derecede residüel idrar kalma

Supra pubik kateter Takma olasılığını artırır

- Prostatik abse

Vakanın devamı

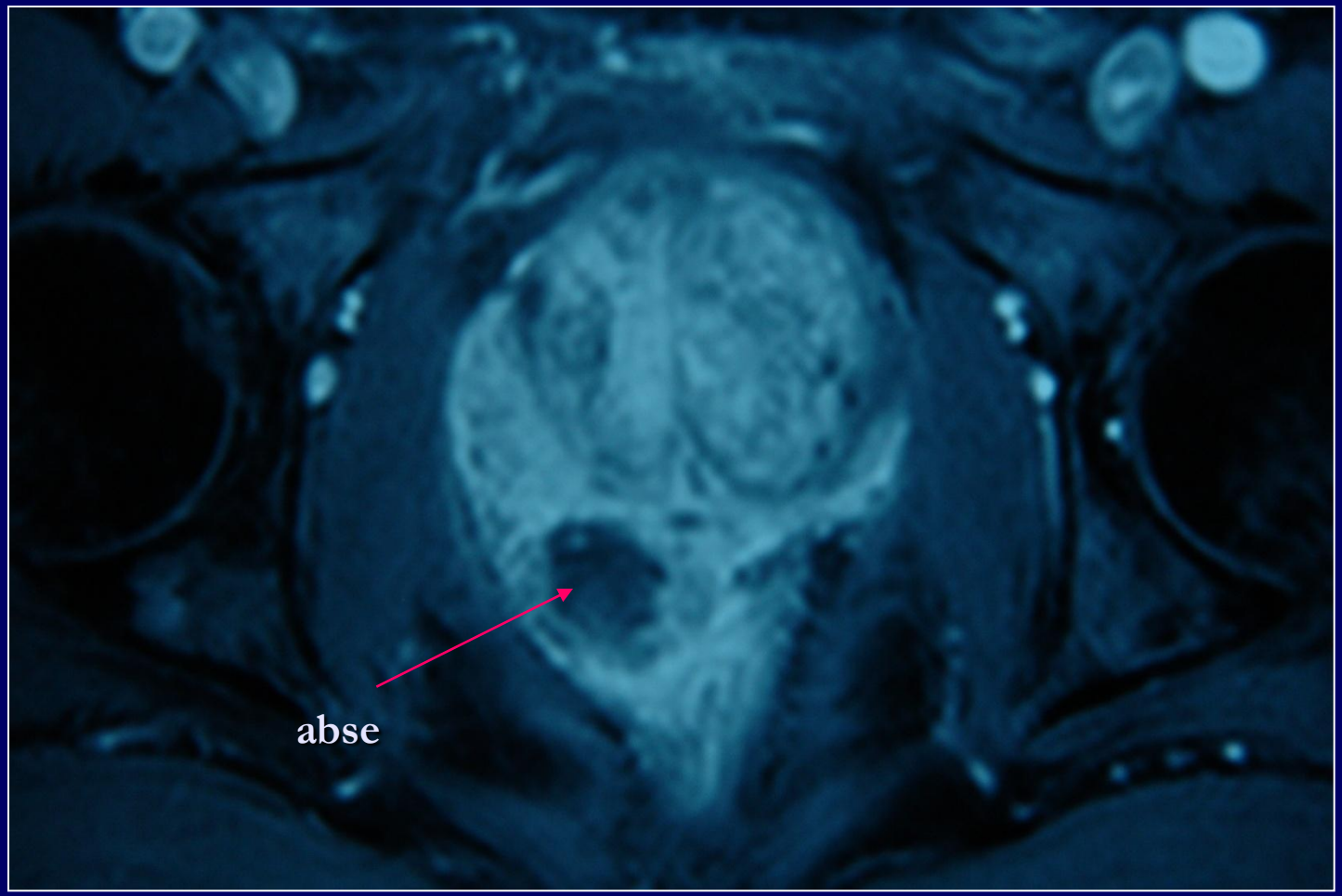
- Perkütan sistostomi
- İdrar kültürü: E. Coli 1 milyon/ml
- Seftriakson ve amikasine duyarlı

İkili antibiyoterapiye rağmen (3gün) düşmeyen ateş, geçmeyen halsizlik

↓

Pelvik MR

Prostat absesi



Tartışma konusu III (FY)

- Prostat apsesine yaklaşım nasıl olmalı?

Vakanın devamı

- TRUS eşliğinde aspirasyon (5 ml)
- Abse kültürü
- E. Coli (Setriakson'a dirençli, Gentamisin duyarlı)

  Gentamisin+Metranidazol
- Ateş normale döndü, hastanın genel durumu düzeldi

Vakanın devamı

- Bx öncesi PSA: 5.4 ng/ml.
- Patoloji: 2/12 sağ apex ve orta medialde

  Gleason 3+3= 6 adenoca.

Tartışma konusu IV (VT)

- Geçirilmiş prostat apsesi cerrahi kararı için negatif bir faktör müdür?
- Cerrahi öncesi ne kadar beklersiniz?

Prostat apsesi – prostat cerrahisi

- Literatürde bu konu ile ilgili bilgi bulunmamaktadır.
- ~ 3 ay beklenmesinin komplikasyonları engelleme açısından faydalı olabilir.
- Diseksiyon güçlüğü, rektal yaralanma olabilir.

Vakadan öğrenilmesi gerekenler (ÖŞ)

- TRUS-bx'de antibiyotik profilaksisi gereklidir.
- İnfeksiyon açısından riski hasta grubunda uzatılmış tedavi önerilebilir.
- Apse varlığı prostat cerrahisini zorlaştırsa da; operasyon endikasyonunu değiştirmez.
- Komplikasyon gelişi ile ilişkili olabilir.

Teşekkürler