

GENÇ BİR HASTADA URAKUS KANSERİ: OLGU SUNUMU URACHUS CARCINOMA IN A YOUNG PATIENT: A CASE REPORT

A. Erdem CANDA*, M. Uğur MÜNGAN*, Burçin TUNA**, Kutsal YÖRÜKOĞLU**, Ziya KIRKALI*

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İZMİR

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İZMİR

ABSTRACT

Introduction: Urachal carcinomas are uncommon tumors occurring mostly at the junction of the urachal ligament and bladder dome. Currently there is not an established consensus regarding the treatment of urachal carcinomas. Although radical cystectomy is the treatment of choice, partial cystectomy is recommended in suitable cases.

Materials and Method: A case of a localized urachal carcinoma at the bladder dome in a 28-year-old male patient is described and patient's clinical history, diagnostic imaging findings and treatment are presented and discussed.

Results: Clinical, radiological findings and cystoscopy revealed an urachal carcinoma at the anterior wall of the bladder and partial cystectomy was performed. Histopathologic diagnosis confirmed a well differentiated, colonic type urachal adenocarcinoma with locally invasion to the bladder dome.

Conclusion: Although urachus carcinoma is rare, partial cystectomy can be offered as a conservative surgical option in particularly young patients with localized and well-differentiated tumors.

Key words: Urachal carcinoma, diagnosis, treatment, partial cystectomy

ÖZET

Urakus kanserleri ender rastlanan tümörler olup, en sık urakus ile mesane kubbesinin birleşim yerinde görülmektedir. Günümüzde urakus kanserlerinin tedavisinde fikir birliği yoktur. Radikal sistektomi seçilecek cerrahi yaklaşımı olup, uygun olgularda parsiyel sistektomi de önerilmektedir. Tümörün düşük evreli, iyi diferansiye, lokalize olması, mesane kubbesinde yerleşimi ve mesane ürotelyumu ile arasında keskin bir demarkasyon hattının olması parsiyel sistektomi yapılmasına olanak sağlamaktadır. Bu sunumda makroskopik hematurî yakınması ile başvuran 28 yaşındaki erkek hastada radyolojik görüntüleme yöntemleri ve sistoskopi ile saptanan, mesane ön duvarı yerleşimli ve sistemik yayılımı olmayan bir urakus kanseri olgusunun klinik, radyolojik, histopatolojik özellikleri aktarılmış, parsiyel sistektomi ile tedavisi literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Urakus kanseri, tanı, tedavi, parsiyel sistektomi

GİRİŞ

Urakus kanserleri nadir rastlanan tümörlerdir. En sık urakal ligament ile mesane kubbesinin birleşim yerinde görülürler¹. Malin mesane tümörlerinin %0.5-2'ini oluşturlar ve diğer epitelial kanserlere göre genç yaşlarda görülürler². En sık enterik tip adenokarsinom şeklinde gözlenirler ve embriyonel gelişim sırasında urakal enterik hücre artıklarından yada urakal ligamentin metaplazisi sonucu gelişirler³. Mesane kubbesinde kitle oluşturarak hematurî, irritatif işeme semptomları ve suprapubik kitleye yol açabilirler³. Günümüzde urakus kanserlerinin tedavisinde fikir birliği yoktur. Mesane kubbesinde yerleşimi, tümör ve mesane ürotelyumu arasında keskin bir demarkasyon hattının olması ve vücutta mesaneye yayılabilecek başka bir adenokarsinomun olmadığına bilinmesi tanıdaki önemli klinikopatolojik özelliklerdendir⁴. Bu ol-

gu sunumunda, genç bir erkek hastada saptadığımız urakal kanserinin klinik, radyolojik, histopatolojik özellikleri ve tedavi yaklaşımı sunulurak literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Altı aydır zaman zaman, makroskopik, pıhtısız, terminal hematurî yakınması olan 28 yaşındaki bekar erkek hastaya bir dış merkezde bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılmış ve mesane ön duvarda lobüle konturlu, merkezinde punktat kalsifikasyonlar içeren, anteriyora uzanımlı kitle saptanmıştır (Resim 1,2). Daha sonra kliniğimize başvuran hasta değerlendirme ve tedavi amacı ile yatırıldı. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın, sigara kullanım öyküsü yoktu. Fizik incelemede patolojik bulgusu olmayan olgunun, intravenöz ürografisinde (İVÜ)

Dergiye Geliş Tarihi: 16.01.2005

Yayına Kabul Tarihi: 02.03.2005

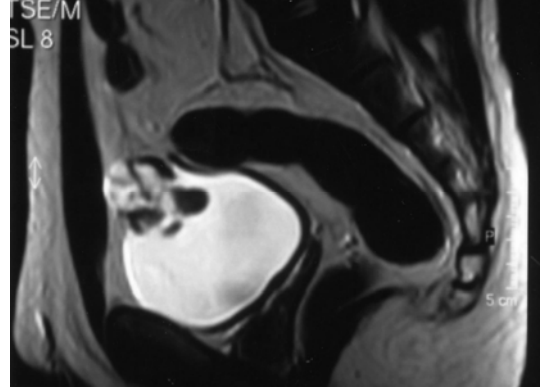
mesane kubbesinden köken aldığı düşünülen kitle izlendi. Akciğer grafisi normal olan olgunun, idrar sitolojisinde özellik yoktu. Genel anestezi altında yapılan sistoskopiye, mesane kubbesindeki 3x3 cm'lik, ortası krater görünümündeki, nekrotik doku içeren, üzerinde pamuksu mukoid materyalin yer aldığı, solid tümöral oluşuma transüretral rezeksiyon (TUR) yapıldı. Anestezi altında yapılan iki elle muayenede, TUR öncesinde var olan 3x3 cm'lik mobil kitlenin, TUR sonrasında küçülmüş olarak sebat ettiği gözlemlendi. Histopatolojik değerlendirmesi urakus adenokarsinomu (kolonik tip, iyi diferansiye) olarak bildirilen olgunun, mesaneden alınan seçilmiş alan biyopsilerinde özellik yoktu. Hasta klinik olarak mesaneyeye lokal yayılımı olan evre IIIA urakal adenokarsinom olarak değerlendirildi ve hastaya ardından urakusu ve çevre fibroadipöz dokuları içeren şekilde genişletilmiş parsiyel sistektomi operasyonu yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 7. günde taburcu edildi. Parsiyel sistektomi materyalinin histopatolojisi urakus adenokarsinomu (kolonik tip, iyi diferansiye), cerrahi sınırlar negatif olarak bildirildi (Resim 3). Üçer aylık sistoskopiler ile izleme alınan hasta 14. ayını tamamlamıştır. Lokal veya sistemik nüksü ve ürolojik yakınması yoktur.



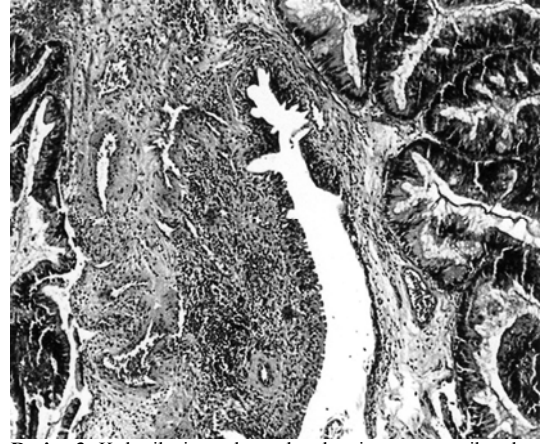
Resim 1. BT'de mesane ön duvardan köken alan urakus kanseri görünümü.

TARTIŞMA

Doğumla oblitere olan allantois, fibröz bir yapı olan urakusa dönüşerek, mesane kubbesinin anterioru ile umblikus arasında, medyan umblikal ligament olarak yerleşirken, popülasyonun % 30'unda kapalı tübüler bir epitelyal kanal şeklinde bulunur⁵.



Resim 2. MRG'de mesane ön duvardan köken alan urakus kanseri görünümü.



Resim 3. Kolonik tip urakus adenokarsinomunun mikroskopik görünümü (HEX40).

Urakus tümörleri nadir görülür. Radyolojik olarak diğer müsinöz adenokarsinomlarda olduğu gibi, urakus kanserlerinde de psammomatöz kalsifikasyonlar BT, MRG, ultrasonografi (US) ve nadiren direk radyografide saptanabilir ve mesane anteriorunda, orta hatta kalsifikasyonlar içeren yumuşak doku kitlesi şeklinde izlenebilirler^{6,7}. Doppler US'de neovaskülarizasyonun görülebileceği de bildirilmiştir⁶. İVÜ çoğu kez normal iken bazen mesane konturlarında düzensizlik, üreterlerde itilme saptanabilir^{6,7}. Hastamızda da mesane ön duvarda, düzensiz ve lobüle konturlu, merkezinde punktat kalsifikasyon odakları içeren, anteriora uzanımlı kitle saptanmıştır (Resim 1,2).

Sheldon ve ark. urakus kanserlerini histopatolojik olarak sınıflamışlardır. En sık görülen türü müsin-pozitif (kolonik tip) adenokarsinomlardır (Tablo 1)³. Olgumuzda da kolonik hücre tü-

ründe, iyi diferansiye urakus adenokarsinomu saptanmıştır (Resim 3). Günümüzde urakus karsinomlarının evrelemesi konusunda da tam bir fikir birliği yoktur. En çok kullanılan, yine aynı yazarlar tarafından önerilen evrelemedir (Tablo 2)³.

Histopatolojik tip	Görülme sıklığı (%)
Müsin-pozitif adenokarsinom - Kolonik hücreli (en sık) - Kolloid - Yüzük hücreli	69
Müsin-negatif adenokarsinom - Küçük hücreli - Ürotelyal kökenli olmayan diğer undiferansiye karsinomlar	15
Sarkom	8
Skuamoz hücreli kanser	3
Transizyonel hücreli karsinom	3
Diğer	2

Tablo I. Urakus tümörlerinin histopatolojik sınıflaması²

Evre	Tanım
I	Urakal mukozada sınırlı
II	Urakusa sınırlı
III	Lokal yayılım
	A Mesaneyeye
	B Karın duvarına
	C Peritona
	D Mesane dışındaki diğer viseral organlara
IV	Metastatik hastalık
	A Bölgesel lenf bezi
	B Uzak organ

Tablo II. Urakus karsinomlarının klinik evrelemesi²

Urakus kanserlerinin tedavisi günümüzde tartışmalıdır. Radikal sistektomi standart tedavi olmasına karşın uygun olgularda umblikus, urakus ve çevreleyen fibroadipoz doku ile birlikte genişletilmiş parsiyel sistektomi önerilmektedir^{3,8}. Birlikte umblikusun çıkarılmasında da fikir birliği yoktur. Siefker-Radtke ve ark. tarafından bildirilen geniş seride, parsiyel sistektomi yapılan 35 olgudan 19'unda (%54) umblikusun çıkarıldığı belirtilmiştir⁴. Urakal kanserler mesane duvarına invazyon göstermeden, mesane epiteli ile tümör arasında demarkasyon hattı oluşturarak mesane içine itilme şeklinde yayılırlar. Bu özellik tümörün, çevreleyen normal mesane dokusu ile birlikte eksizyonunu sağlar ve uygun olgular-

da parsiyel sistektominin uygun bir tedavi seçeneği olabileceğini gösterir⁸.

Yetersiz eksizyon sonrası lokal nüks söz konusu olacağından (%38-50) bir grup yazar tüm urakus kanseri olguları için radikal sistektomi önerse de, diğer yazarlar uygun olgularda parsiyel sistektomiyi önermektedirler^{2,3,8,9}. Herr ve ark parsiyel sistektomi yapılan çoğunluğunu orta ve düşük evreli tümörlerin oluşturduğu 12 urakus kanserli olgudan yalnızca 2 tanesinde nüks olduğunu bildirmişlerdir⁸. Bu da uygun olgularda konservatif cerrahinin etkili ve yeterli bir yaklaşım olabileceğini destekler.

Bir başka çalışmada, parsiyel sistektomi ile tedavi edilen iyi diferansiye 16 urakus adenokarsinomu olgusundan 14'ünde (%88) kür sağlandığını bildirilmiş ve özellikle lokalize, iyi diferansiye, kolonik tip urakal adenokarsinomu olguların prognozunun daha iyi olduğunu belirtilerek, bu olgularda parsiyel sistektominin iyi bir seçenek olduğu düşünülmüştür¹⁰. Olgumuzda da mesaneye lokal yayılımı olan, iyi diferansiye, kolonik tip urakus adenokarsinomunun olması, sistemik yayılımın izlenmemesi ve hastanın genç olması nedeni ile genişletilmiş parsiyel sistektomi yapılmıştır.

Henly ve ark. 5 yıllık yaşam oranlarını radikal sistektomi sonrası %50, parsiyel sistektomi sonrası %43 olarak bildirmişlerdir². Siefker-Radtke ve ark da 5 yıllık sağkalımı parsiyel ve radikal sistektomi sonrası benzer şekilde %44 olarak bildirmişlerdir⁴. Konservatif cerrahi tedavi sonrası negatif cerrahi sınırların sağlandığının gösterilmesi uzun dönem sağkalım için çok önemlidir⁴. Olgumuzda da genişletilmiş parsiyel sistektomi sonrası histopatolojik olarak negatif cerrahi sınırların olduğu not edilmiştir.

Literatürde urakus kanserleri ile ilgili yayımlar genelde olgu sunumu şeklinde yada sınırlı sayıda olgudan oluşan serilerdir. Bundan ötürü cerrahi yaklaşım konusunda net bir sonuca ulaşmak mümkün değildir. Cerrahi tedavi yaklaşımlarını karşılaştıran randomize, prospektif bir çalışma yoktur. Bu yüzden literatür ışığında ve olgunun klinikopatolojik özelliklerine göre tedavi yaklaşımı hasta ile de tartışılarak karar verilebilmektedir.

Sonuç olarak, günümüzde urakus kanserlerinin tedavisinde tam bir fikir birliği olmasa da özellikle düşük evreli, lokalize, iyi diferansiye ve genç olgularda konservatif cerrahi tedavinin etkili ve uygun bir yaklaşım seçeneği olabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Messing EM:** Urothelial tumors of the urinary tract; in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA (eds): Campbell's Urology. Philadelphia, Saunders Company. Eight Edition, Vol 4, Chapter 76, 27-47, 2002.
- 2- **Henly DR, Farrow GM, Zincke H:** Urachal cancer: Role of conservative surgery. Urology. 42: 635-639, 1993.
- 3- **Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R, et al:** Malignant urachal lesions. J Urol. 131:1-8, 1984.
- 4- **Siefker-Radtke AO, Gee J, Shen Y, et al:** Multimodality management of urachal carcinoma: The M.D. Anderson Cancer Center experience. J Urol. 169: 1295-8, 2003.
- 5- **Begg RC:** The urachus: Its anatomy, histology and development. J Anat 64: 170-183, 1930.
- 6- **Oyar O, Yeşildağ A, Gülsoy UK, et al:** The image of urachus adenocarcinoma on Doppler ultrasonography. Eur J Radiol. 44: 48-51, 2002.
- 7- **Solak A, Elmas N, Solak I, et al.** Urakus Karsinomu. Yeni Tıp Dergisi 13: 325-326, 1996.
- 8- **Herr HW:** Urachal carcinoma: The case for extended partial cystectomy. J Urol. 151: 365-66, 1994.
- 9- **Kakizoe T, Matsumoto K, Andoh M, et al:** Adenocarcinoma of urachus: Report of 7 cases and review of literature. Urology. 21: 360-366, 1983.
- 10- **Santucci RA, True LD, Lange PH:** Is partial cystectomy the treatment of choice for mucinous adenocarcinoma of the urachus? Urology. 49: 536-40, 1997.