

PARSİYEL SİSTEKTOMİ UYGULANMIŞ URAKUS KANSERİ: OLGU SUNUMU VE YAYINLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

URACHAL CANCER TREATED WITH PARTIAL CYSTECTOMY: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Cüneyt ÖZDEN*, Özdem Levent ÖZDAL*, Hasbey Hakan KOYUNCU*, Levent ALBAYRAK**, Ali MEMİŞ*

* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, ANKARA

** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, ANKARA

ABSTRACT

Introduction: Cancer of the urachus is a rare malignity. At present there is not any standard treatment consensus for the disease. In the past radical cystectomy was the standard treatment for all patients with urachal cancer, whereas in the past few years in selected cases extended partial cystectomy has become the preferred treatment modality. Here we report a case of urachal cancer that underwent to partial cystectomy.

Key words: Bladder, Urachal carcinoma, Partial cystectomy

ÖZET

Urakus kanserleri ender görülen malin tümörlerdir. Günümüzde urakus kanserlerinin standart tedavisi konusunda fikir birliği yoktur. Önceki yıllarda tüm urakus kanserli hastalarda radikal sistektomi standart tedavi iken son yıllarda seçilmiş olgularda genişletilmiş parsiyel sistektomi ile tedavi önerilmektedir. Biz parsiyel sistektomi uyguladığımız urakus kanserli bir olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: Mesane, Urakus kanseri, Parsiyel sistektomi

GİRİŞ

Urakus kanserleri ender görülen malin tümörlerdir. Urakus kanserlerinin tüm mesane tümörleri içinde insidansı %0.07 ile %0.34 arasındadır¹. Urakus kanserleri %75-%80 oranla erkeklerde ve daha sıklıkla orta yaşlı hastalarda görülmektedir. Bu kanserin en sık görüldüğü yer mesane kubbesi ile urakal ligamentin birleşim yeridir. Urakus kanserli hastaların en sık başvuru şikâyeti hematuridir, ender olarak irritatif işeme belirtileri, suprapubik kitle ya da ağrı şikâyeti ile de başvurabilirler². Günümüzde urakus kanserlerinin tedavisi konusunda fikir birliği yoktur. Önceki yıllarda tüm urakus kanserli hastalarda radikal sistektomi standart tedavi iken son yıllarda seçilmiş olgularda umblikus, urakus ve çevre fibroadipöz dokuları içeren genişletilmiş parsiyel sistektomi ile tedavi önerilmektedir²⁻⁸. Bu olgu sunumunda urakus kanserli bir hastanın tanı ve tedavisi yayınlar eşliğinde tartışıldı.

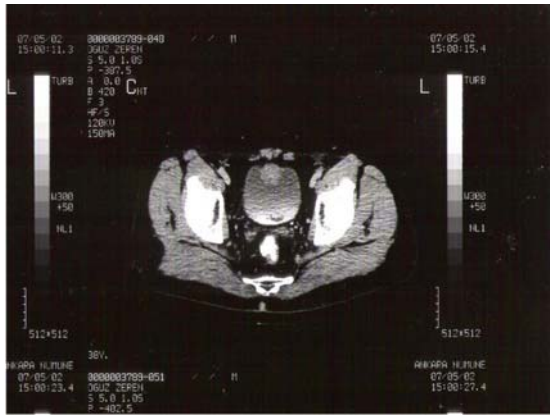
OLGU SUNUMU

38 yaşında erkek hasta Mayıs 2002'de bir yıldır olan ağrısız, terminal hematurisi şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın sigara içme alışkanlığı yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemelerinde rutin biyokimya ve hemogram değeri-

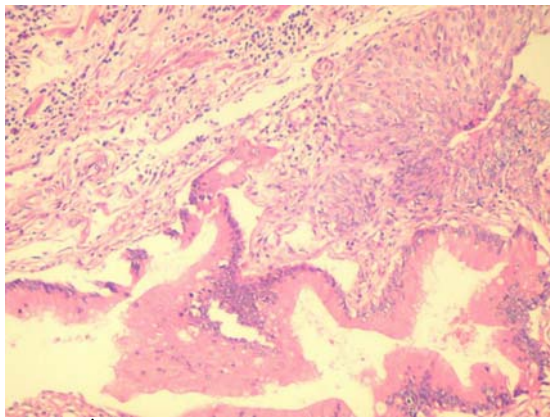
leri normaldi. Karsinoembriyonik antijen (CEA), karbohidrat antijen 19.9 (CA-19.9), karbohidrat antijen 125 (CA-125) ve prostat spesifik antijen (PSA) içeren tümör belirleyicileri normaldi. Akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu. Abdominal ultrasonografide (USG) mesane ön duvarından lümeneye doğru projeksiyon gösteren 30x30 mm boyutlarında yumuşak doku görünümü saptandı. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografisinde (BT) mesane içine ve dışına yayılım gösteren 28 mm çaplı solid kitle saptandı (Resim 1). Hastanın genel anestezi altında yapılan sistoskopik incelemesinde mesane kubbesinde 20x20 mm boyutunda solid kitle görüldü ve transüretral rezeksiyon ile biyopsi alındı. Biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi urakus adenokanseri (musin-negatif, iyi diferansiye) olarak rapor edildi. Klinik olarak yerleşimli urakus kanseri şeklinde değerlendirilen hastaya daha sonra urakus ve çevre fibroadipöz dokuları içerecek şekilde genişletilmiş parsiyel sistektomi ameliyatı uygulandı. Cerrahi örneğin histopatolojisi urakus adenokanseri (musin-negatif, iyi diferansiye) ve cerrahi sınırlar negatif olarak rapor edildi (Resim 2). Sistoskopi ve abdominopelvik BT ile takip edilen hastanın ameliyat sonrası 48. ayında lokal ve sistemik nüksü yoktu.

Dergiye Geliş Tarihi: 01.06.2006

Yayına Kabul Tarihi: 29.08.2006 (Düzeltilmiş hali ile)



Resim 1. Mesane ön duvarında 28 mm çaplı solid kitle



Resim 2. İyi diferansiye urakus adenokanseri (HE x40)

TARTIŞMA

Urakus yada medial umbilikal ligament mesane kubbesinden umblikusa uzanan orta hatta tübüler bir yapıdır. Urakus, kloaka ve allantois gibi iki embriyonik yapının kalıntısıdır. Popülasyonda urakus kanseri ender olsa da kapalı epitelyal kanal olarak urakus yaygındır (yaklaşık %30). Urakus kanserlerinin büyük olasılıkla urakal mukozanın kolumnar epitele metaplazisi sonucu oluştuğu düşünülmektedir⁹.

Urakus kanserleri histopatolojik olarak; musin-pozitif adenokarsinom (%69), musin-negatif adenokarsinom (%15), sarkoma (%8), yassı hücreli kanser (%3), transizyonel hücreli karsinom (%3) ve diğerleri (%2) şeklinde sınıflandırılmıştır. Ayrıca musin-pozitif adenokarsinomların kolonik hücreli, kolloid ve taşlı yüzük hücreli olmak üzere 3 alt tipi mevcuttur⁵. Musin-pozitif adenokarsinomların en sık görülen tipi kolonik hücreli tipidir. Bi-

zim olgumuzda ise musin-negatif adenokarsinom tespit edilmiştir.

Urakus kanserlerinin klinik evrelendirilmesinde en çok Sheldon ve arkadaşları tarafından önerilen evreleme kullanılır (Tablo 1)⁵.

Tablo 1. Urakus kanserlerinin klinik evrelemesi	
Evre	Yerleşim
I	Uraka muzoka ile sınırlı
II	Urakusa sınırlı
III	Lokal yayılım A- Mesaneye B- Karın duvarına C- Peritona D- Mesane dışı visseral organlara
IV	Metastatik Hastalık A- Bölgesel lenf bezi B- Uzak Organ

Radyolojik görüntüleme yöntemlerinden abdominopelvik USG ve BT urakus adenokarsinomların tanısında kullanılan güncel tetkiklerdir. USG ve BT’de orta hatta supravезikal kitle şeklinde tespit edilen urakus kanserleri içerisinde bazen diğer musinöz adenokarsinomlarda olduğu gibi kalsifikasyonlar saptanabilir⁸.

Urakus adenokarsinomları için tanı ve takipte kullanılabilecek spesifik bir belirleyici yoktur. Ancak az sayıda olgu sunumunda CEA, CA-19,9, CA-125 ve alfa-fetoprotein düzeylerinin tanı ve özellikle takipte kullanılabileceği rapor edilmiştir^{10,11}. Bizim olgumuzda ise tümör belirleyicileri normaldi.

Günümüzde urakus kanserlerinin tedavisi konusunda fikir birliği yoktur. Birçok yazar urakus kanserlerinin kötü hastalık seyri olduğunu için radikal sistektomi ile tedavi edilmesi gerektiğini savunmuşlardır^{3,4}. Sheldon ve arkadaşları evre I hastalık dışında urakus kanserlerinin tedavisinde radikal sistektomi, pelvik lenfadenektomi ve umblikusun çıkarılmasını önermişlerdir⁵. Bununla birlikte birçok yazar ise yerleşimli urakus kanserli hastaların genişletilmiş parsiyel sistektomi ile tedavi edilebileceğini rapor etmişlerdir^{2,6-8}. Henly ve arkadaşları radikal sistektomi (n=4) veya parsiyel sistektomi (n=30) uygulanmış urakus kanserli hastalarda 5 yıllık sağkalım oranları (sırasıyla %50 ve

%43) açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit etmişlerdir². Siefker-radtke ve arkadaşları da yerleşimli urakus kanserli hastalarda parsiyel ve radikal sistektomi sonrası 5 yıllık sağkalım oranını benzer şekilde %44 olarak rapor etmişlerdir⁶. Cerrahi tedavi uygulanmış 30 urakus kanserli hastayı içeren diğer bir çalışmada ise 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %61.3 ve %49.2 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada özellikle iyi diferansiye yerleşimli urakus kanserli olgularda, urakal ligament ve umblikus ile birlikte genişletilmiş parsiyel sistektominin en uygun tedavi olduğu rapor edilmiştir⁷. Bizim olgumuza evre IIIA yerleşimli urakus adenokanseri tanısıyla, sistemik metastazın olmaması ve yaşının genç olması nedeniyle genişletilmiş parsiyel sistektomi uygulanmıştır. Parsiyel sistektomi uygulanmış urakus kanserli hastalarda tanı anındaki hastalık evresinin ve cerrahi sınır pozitifliğinin lokal nüks ve sağkalımı belirlemede en önemli ölçütler olduğu rapor edilmiştir⁸. Ameliyat sonrası 48. ayında lokal ve sistemik nüksü olmayan bizim hastamızda da cerrahi sınırlar negatif idi.

Sonuç olarak iyi diferansiye ve yerleşimli urakus kanserli hastaların cerrahi tedavisinde genişletilmiş parsiyel sistektomi ile mesane koruyucu cerrahi radikal cerrahiye alternatif tedavi olabilir.

KAYNAKLAR

- 1- **Yu HH, Leong CH:** Carcinoma of the urachus: Report of one case and a review of the literature. *Surgery*. 77: 726-729, 1975.
- 2- **Henly DR, Farrow GM, Zincke H:** Urachal cancer: Role of conservative surgery. *Urology*. 42: 635-639, 1993.
- 3- **Nadjmi B, Whitehead ED, Mckiel CF Jr, et al:** Carcinoma of the urachus: Report of two cases and review of the literature. *J Urol*. 100: 738-743, 1968.
- 4- **Kakizoe T, Matsumoto K, Andoh M, et al:** Adenocarcinoma of urachus. Report of 7 cases and review of literature. *Urology*. 21: 360-366, 1983.
- 5- **Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R, et al:** Malignant urachal lesions. *J Urol*. 131: 1-8, 1984.
- 6- **Siefker-Radtke AO, Gee J, Shen Y, et al:** Multimodality management of urachal carcinoma: The M.D. Anderson Cancer Center experience. *J Urol*. 169: 1295-1298, 2003.
- 7- **Pinthus JH, Haddad R, Trachtenberg J, et al:** Population based survival data on urachal tumors. *J Urol*. 175: 2042-2047, 2006.
- 8- **Santucci RA, True LD, Lange PH:** Is partial cystectomy the treatment of choice for mucinous adenocarcinoma of the urachus? *Urology*. 49: 536-540, 1997.
- 9- **Begg RC:** The urachus: Its anatomy, histology and development. *J Anat* 64: 170-183, 1930.
- 10- **Kikuno N, Urakami S, Shigeno K, et al:** Urachal carcinoma associated with increased carbohydrate antigen 19-9 and carcinoembryonic antigen. *J Urol*. 166: 604, 2001.
- 11- **Kise H, Kanda H, Hayashi N, et al:** Alpha-fetoprotein producing urachal tumor. *J Urol*. 163: 547, 2000.