

Aydın MÜNGAN*, Talha MÜEZZİNOĞLU**

* *Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, ZONGULDAK*

** *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, MANİSA*

OLGU

22 yaşında erkek hasta (U.C.) 01.08.2006 tarihinde sağ orşiektomi sonrası ileri tetkik ve tedavi amacıyla başvurdu. Hastaya sağ testiste sertlik nedeniyle başvurduğu hekim tarafından 6-7 hafta süre ile enfeksiyona yönelik antibiyotik ve antienflamatuvar tedavisi verilmiş. Ardından 28.06.2006 da sağ skrotal orşiektomi yapılmış. Patoloji sonucu (1) Mixt germ hücreli tümör (immatür teratom+ embriyonel karsinom+Yolk sac tümör+sinsisyotrofoblast), (2) İntratübüler germ hücreli neoplazi olarak raporlanmış. Ayrıca makroskopik olarak tümör 7.5x6x5 cm büyüklüğünde, cerrahi sınırlar negatif, lenfovasküler invazyon yok ve epididimde metastaz saptanmamış.

Dr. Mungan: Bu şekilde skrotal orşiektomi yapılmış ve patolojisi yukarıda ki gibi olan hastaya nasıl yaklaşırdınız, ne gibi hatalar yapılmıştır?

Dr. Müezzinoğlu: Germ hücreli testis tümörleri genç erkeklerde en sık görülen solid tümörlerdendir. Görülme sıklığı 17-35 yaşlar arasında pik yapmaktadır. Bu hastaların büyük çoğunluğu (yaklaşık %70) Evre I testis tümörüdür ve seminom/non-seminom görülme oranları neredeyse yarı yarıyadır. Testiste kitle ile gelen tüm olgularda tümör tanısı için ilk yapılması gereken fiziksel incelemedir. Fiziksel inceleme sırasında her iki testis ve abdomen kitle açısından değerlendirilir. Özel durumlar dışında testis tümör tanısı için ayrıca bir ek görüntülemeye gerek yoktur.

Bu olguda üzülerek belirtmeliyim ki temel bir değerlendirme hatası yapılmıştır. Testiste kitle ile gelen 22 yaşında erkek hastada fiziksel inceleme sonrası testis tümör ön tanısı konulmalıydı. Böyle bir hastanın 6 hafta gibi oldukça uzun bir süre çeşitli tedavilerle oyalanması kesinlikle bir malpraktisttir. Bir diğer önemli hata ise ameliyatın skrotal yaklaşımla yapılmasıdır. Testis kitlelerinde inguinal (radikal) yaklaşım uygulanmalıdır. Çünkü radikal yaklaşımda hastaya zaten ek morbidite veya mortalite yüklenmemektedir. Temel 3. hata ise böyle bir hastada ameliyat öncesi tümör belirleyicilerinin bakılmamasıdır.

Dr. Mungan: Bu hasta öncelikle iyi bir anamnez alınıp fiziksel inceleme (Fİ) ile değerlendirildi.

Fİ'de sağ orşiektomili, sol testis normal boyut ve kıvamda, alt batin normaldi. Ameliyat sonrası 03.07.2006 tarihli değerleri AFP: 915 ng/mL, beta-HCG: 8,29 IU/L ve LDH: 342 IU/L idi.

(Normal değerler: AFP için 0.5-5.5; beta hCG için 0-5.0 ve LDH için 98-192 dir). 28.07.2006 tarihli tümör belirleyici değerleri mevcuttu; AFP: 33 ng/mL, beta-HCG: 10,94 IU/L ve LDH: 273 IU/L olarak rapor edildi. Radyolojik değerlendirmede sol testis sonografisi, toraks ve alt batin BT normal olarak değerlendirildi. Ancak inferiyor mezenterik arter düzeyinde paraaortik ve parakaval bölgede patolojik olmayan 1-2 adet lenf nodu belirtilmekteydi. Bu aşamada sonraki adımınız ne olurdu? Hemen ek bir tedaviye başlamalı mıyız?

Dr. Müezzinoğlu: Genel olarak üroonkoloji olgularında patoloji örneklerinin deneyimli bir üropatoloji uzmanı tarafından yeniden değerlendirilmesini istiyorum. Ancak bu olguda maalesef hastanın örneklerini getiremediğini biliyoruz.

Non-seminomatöz germ hücreli testis tümörlerinin (NSGHTT) evrelendirmesinde orşiektomi örneğinin patolojik değerlendirmesi, tümör belirleyicileri, abdomen ve toraksın BT ile değerlendirilmesi ve diğer testisin sonografik incelemesi yeterlidir. Buna göre ve elimizdeki mevcut verilere göre hastamız klinik Evre I hastalık grubundadır. Yayınla baktığımızda bu grubun %70'inin gerçekten evre I hastalık olduğunu biliyoruz. Bu grup hastalarda aktif izlem, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) ve kemoterapi tedavi seçenekleri mevcuttur. Biz hastalarımızda tedaviye karar verirken yaygın kabul gören risk etkenlerini esas almaktayız. Primer tümörde embriyonel karsinom komponentinin ve lenfo-vasküler invazyonun olması, yolk sac tümörünün olmaması risk etkenleridir. Bu grupta hastaların gerçekten evre I olma olasılığı %50'ye gerilemektedir.

Avrupa Üroloji Birliği kılavuzuna (2007) göre lenfo-vasküler invazyon olmayan grupta aktif izlem ile RPLND sonuçlarının benzer olduğu bu nedenle testise sınırlı hastalıkta, belirleyiciler normal, radyoloji normal ve hasta uyumlu ise aktif izlem seçeneği uygulanabileceği vurgulanmaktadır. Ancak lenfo-vasküler invazyon varlığında hastaya

RPLND yapılırsa sonrasında nüks oranları %2'nin altındadır. RPLND ile gerçek bir evrelendirme yapılması, eğer hastalık sınırlı ise tedavi edici özelliği, izlemi kolaylaştırması (takipte BT sayısı azalmaktadır) ve sinir koruyucu yapılırsa kemoterapiye göre daha iyi infertilite oranlarına sahip olması üstünlükleridir. Ancak lenf nodunda hastalık olmaması sistemik hastalık olmadığını dışlamamaktadır. Ayrıca ameliyata bağlı istenmeyen yan etkiler ve retrograt ejakülasyon ve seminal emisyonunda azalma olumsuzluklarıdır.

Yüksek riskli evre 1 hastalıkta ise 2 kür kemoterapi (bleomisin+etoposid+cis-platin) önerilmektedir. RPLND sonrası %7.5 olan nüks oranları adjuvan kemoterapi ile %1'e kadar gerilemektedir. Ayrıca olası lenf dışı metastazları da tedavi etme şansı vermesi üstünlükleridir. RPLND yapılan grupta yaklaşık %10 hastaya ayrıca 3 kür kemoterapi verilmesi gerekecektir. Ancak toksisite, sonrasında olası relapsta kemoresistans gibi sorunlarla karşılaşılabilir. Risk grupları açısından da tam bir fikir birliği olmamakla birlikte non-seminom hastalar ve kılavuzlarda belirtilen değerlerin üzerinde tümör belirleyici değerleri ile birlikte primer mediastinal tümör ve akciğer dışı uzak metastaz varlığından herhangi birinin olması kötü prognostik grup olarak kabul edilmektedir. Elimizdeki veriler ve yayın bilgisi eşliğinde hastamızı yeniden değerlendirelim:

1. Orşiektomi örneğinin patolojik incelemesinde hastamız evre 1 NSGHTT olarak evrelendirilebilir. Zaten kötü prognostik etken olarak embriyonel karsinom komponenti içerdiği için ayrıca lenfo-vasküler invazyon varlığının incelenmesi gerekliliği üzerinde çok durmadım. Sonuçta hasta evre 1 ancak yüksek riskli olarak kabul edilmelidir.

2. Tümör belirleyicileri ne yazık ki ameliyat sonrası 5-6. günde elde edilebilmiş. AFP'nin yarılanma süresi 5-7 (ortalama 6) gün olduğunu göz önüne alırsak ameliyat öncesi değerinin >1.000 ng/mL olduğunu tahmin edebiliriz. Ancak beta-hCG değeri ise <5.000 IU/L olduğunu tahmin etmekteyim (beta hCG nin yarılanma ömrü 1 gün olarak kabul edilmektedir). LDH değeri ise normalin 1.5 katı düzeylerindedir. Buna göre de hastamız orta-prognostik gruptadır. Bu grupta 5 yıllık progressyonsuz yaşam süresi ve genel yaşam süresi oranla-

rı sırasıyla yaklaşık %75 ve %80 olarak tahmin edilmektedir.

Dr. Mungan: Tüm seçenekler hasta ile ayrıntılı olarak görüşüldü. Hastaya daha önce RPLND önerilmiş ancak kabul etmemişti. Skrotal orşiektomi yapılmış olması ve hem kötü risk etkeni içermesi hem de orta prognostik risk grubunda olması nedeniyle hastaya yan etkileri anlatılarak 3 kür BEP kemoterapisi önerildi. Hastanın bu tedaviyi kabul etmesi üzerine 19.08.2006 tarihinde tedaviye başlandı. İlk kür sonrası tümör belirleyici değerleri (14.09.2006) AFP: 2.2 ng/mL, beta-HCG: 2.00 IU/L ve LDH: 149 IU/L idi. Toplam 3 kür kemoterapi 16.10.2006 tarihinde herhangi bir istenmeyen yan etki gözlenmeden tamamlandı. Kemoterapi sonrası tümör belirleyici değerleri ise AFP: 3.02 ng/mL, beta-HCG: < 1.00 IU/L ve LDH: 182 IU/L idi. Hastayı nasıl takip etmeliyiz?

Dr. Müezzinoğlu: Biz testis tümörlerini EAU 2007 kılavuzuna göre ilk yıl 2 ayda bir Fİ+tümör belirleyicileri+P/A Akciğer grafisi ile ve 6 ayda bir batın BT ile takip protokolünü uygulamaktayız

Dr. Mungan: 20.10.2006 tarihinde Fİ ve tümör belirleyicileri normaldi. Batın BT'de bir önceki ile fark saptanmadı. 26.02.2007 tarihli kontrolde ise yine Fİ ve tümör belirleyicileri normal olmasına karşın, P/A akciğer grafisinde orta ve bazal kesimlerde şüpheli retikülönodüler dansite artışı saptandı. Bu akciğer metastazı olarak kabul edilebilir mi?

Dr. Müezzinoğlu: Maliyeti de göz önüne alduğumuzda akciğer metastazlarını sadece 2 yönlü düz akciğer grafisi ile değerlendirmekteyiz. Ancak bu gibi şüpheli durumlarda BT'ye başvurumaktayız. Bu olguda da akciğer BT istenmelidir. Ancak akciğer grafisinde her hangi bir patoloji saptanmayan hastalarda rutin akciğer BT istenmesi maliyet ve iş yükü nedeniyle şart değildir.

Dr. Mungan: Bu hastanın akciğer BT sonucu normal geldi. Tüm onkoloji hastalarında olmakla birlikte özellikle testis tümörü gibi genç erkekleri ilgilendiren hastalarda psikiyatrik destek öneriyor musunuz?

Dr. Müezzinoğlu: Psikiyatri kliniğimizle yaptığımız görüşmeler sonrasında bu tip olgularda Fİ'ler sırasında yaptığımız görüşmelerde özel bir durum (anksiyete, depresif bulgular vb.) olmadığı takdirde kişinin kendi başına sorunu çözmesi için

genellikle 6 hafta ile 6 ay arası bir süreç bekleyebiliyoruz.

Kemoterapi sonrası 6. ay kontrolde hala inceleme olurken (özellikle sağlıklı testis incelemesi sırasında) aşırı hassasiyeti görülen hastalara psikiyatrik destek alması öneriyoruz. Destek alan hasta-

larımız kontrolde kendilerini çok daha mutlu ve pozitif yaklaşımlı olduklarını ifade etmektedirler. Psikiyatrik destekten çok fayda gördüğünü ancak artık gereksinimi kalmadığını belirten hastalarda bu destek tedavisini kesiyoruz.