

# Mesenenin Urakal Adenokarsinomu Tedavisinde Robot Yardımlı Cerrahi ile Parsiyel Sistektomi

## Partial Cystectomy with Robot Assisted Surgery in the Treatment of Urachal Adenocarcinoma of Bladder: Case Report

Abdulkadir PEKTAŞ,<sup>a</sup>  
Ramesh THURAIRAJA,<sup>b</sup>  
Rajesh NAIR<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Üroloji Kliniği,  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Yenimahalle Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Ankara  
<sup>b</sup>Guy's and St Thomas' Hospital,  
Urology Centre, London

Geliş Tarihi/Received: 06.09.2016  
Kabul Tarihi/Accepted: 13.12.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Abdulkadir PEKTAŞ  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Yenimahalle Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drakpuro@yahoo.com.tr

**ÖZET** Urakusun malign tümörleri çok nadir görülmekte ve büyük bir kısmını da adenokarsinomlar oluşturmaktadır. Erken dönemde hiçbir semptom vermeyebilmekte, daha sonra, olgumuzda da olduğu gibi çoğunlukla hematurisi ile karşımıza çıkmaktadır. Mesenenin urakal adenokarsinomu en sık mesane kubbesi yerleşimlidir. Literatüre bakıldığında; tedavisinde günümüze kadar fikir birliği olmadığı, robot yardımlı cerrahi ile parsiyel sistektomi uygulanan hasta sayısının az olduğu görülmektedir. Ancak, daha önce seçilen cerrahi yöntem radikal sistektomi iken, son zamanlarda seçilen hastalarda parsiyel sistektomi de önerilmektedir. Bunun yanı sıra cerrahi sınırın negatifliğinin önemi de özellikle vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, seçili hastalarda çok nadir görülen bir tümörün tedavisinde güvenli olduğunu düşündüğümüz robotik cerrahi teknik ile parsiyel sistektomi uygulamak ve sonrasında da cerrahi sınırın negatif saptandığını göstermek amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Urakal kanser; mesane; ürolojik cerrahi işlemler

**ABSTRACT** Malign tumors of urachus occur in rare. Majority of them are adenocarcinoma. They may not exhibit any symptom in early period. After the asymptomatic period, initial symptom is often hematuria as in our patient. Bladder urachal adenocarcinomas are mostly located in bladder dome. According to literature, there was no consensus until today for treatment. Literature shows that partial cystectomy with robot assist is performed in few patients. However, while the previously selected surgical procedure was radical cystectomy, recently partial cystectomy is recommended in selected cases. Importance of negative margin is especially emphasized. The aim of presentation is to demonstrate partial cystectomy with robotic surgery, which we think these are safety option, in selected cases for the treatment of this rare tumor as well as to demonstrate negative margin subsequently.

**Key Words:** Urachal cancer; urinary bladder; urologic surgical procedures

J Reconstr Urol 2017;7(1):25-8

**I**ntrauterin dönemde allantoik dokuya ait bir kalıntı olan urakus, doğum sonrası mesaneden umbilikusa kadar uzanarak “mediyan umbilikal ligament” adını almakta ve yaşam boyu mediyan umbilikal ligament olarak kalmaktadır. Ancak buradan kistik genişleme, enfeksiyon, benign veya malign tümör gelişebilmektedir. Urakusa ait oluşabilecek en önemli sorun malign tümörlerdir.<sup>1,2</sup> Çok nadir görülmekte, bütün kanser türleri göz önünde bulundurulduğunda, 7. sırada yer alan mesane tümörünün yaklaşık %0,2-0,3’ünü primer urakal adenokarsinom oluşturmaktadır.<sup>3</sup> Urakal ade-

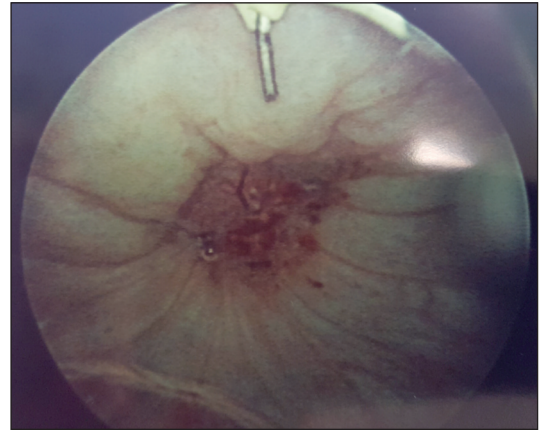
nokarsinom mesane tümörlerinin agresif ve nadir görülen bir türü olup urakustan köken almaktadır. Urakus, umbilikusun ve mesanenin parsiyel/total çıkarılması ile tedavi edilmektedir. Ancak, bu tümörün cerrahisi için henüz oluşturulmuş standart bir laparoskopik ya da robotik cerrahi teknik bulunmamaktadır.<sup>4</sup>

Hastanın hastanede kalış süresini kısaltan, kanama miktarını azaltan, yaşam kalitesini artıran yöntemlerin güvenilir bir şekilde uygulanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, umbilikusun ve mediyen umbilikal ligamentin de çıkarıldığı bir çalışmada, operasyon sonrası pozitif cerrahi sınırın bulunmasının da düşük yaşam süresi için bağımsız bir prediktör faktör olarak gösterildiği unutulmamalıdır.<sup>5</sup> Literatürde henüz bu tümörün cerrahisi için oluşturulmuş robotik cerrahi teknik olmadığından, bu çalışmada nadir görülen mesanenin urakal adenokarsinomunun tedavisinde, robot yardımcı cerrahi teknik ile umbilikusun, mediyen umbilikal ligamentin ve mesanenin parsiyel çıkarılması sunulmuştur.

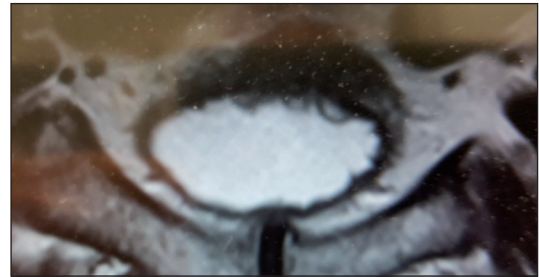
## OLGU SUNUMU

Yetmiş beş yaşındaki erkek olgu, son 6 ayda 3 kez makroskobik hematüri şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Hematürinin ağrısız ve pıhtısız olduğu ifade edildi. Sigara kullanımı 3-4 adet gün/50 yıl olan olgu yaklaşık 6-7 yıldır hipertansiyon, gut ve hiperlipidemi nedeni ile allopürinol 300 mg/gün, simvastatin 40 mg/gün ve amlodipin 10 mg/gün kullanmakta idi.

İdrar kültüründe üreme olmayan olgunun tam idrar tetkikinde eritrosit ve lökosit saptanmadı. Yapılan üriner sistem ultrasonografi (USG)'de, her iki böbrek normal görünümlü olup taş ya da ektazi saptanmadı. Mesane kubbesinde yaklaşık 3 cm'lik alanda düzensizlik ve mesane duvarında kalınlaşma gözlemlendi. Olgudan, yapılacak işlemlerin yanı sıra gerektiğinde uygulamanın yayımlanması için bilgilendirilmiş onam alındı ve sistoskopi yapıldı. Sistoskopide mesanenin anterior duvarında, yaklaşık 3 cm'lik alanda solid, düzensiz kitlesel oluşum saptandı (Resim



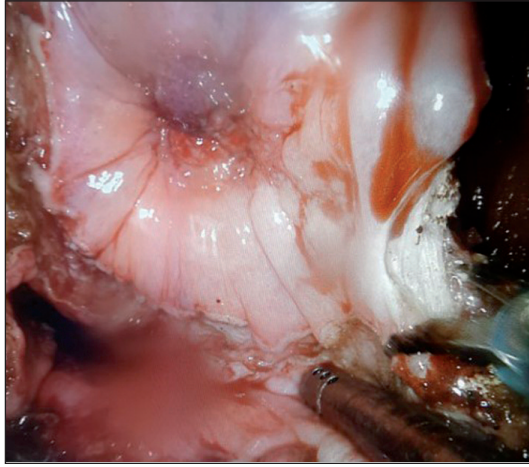
RESİM 1: Sistoskopide mesane kubbesinde yerleşmiş kitle görünümü.



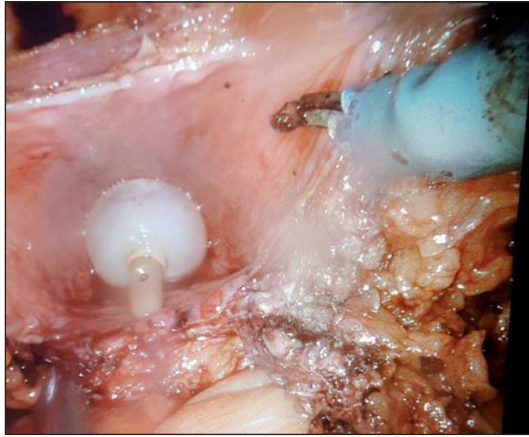
RESİM 2: Pelvik MR görüntüleme ile mesanede yaklaşık 2,7 cm'lik kitlenin görünümü (pT3 N0).

1). Bu alandan biyopsi alındı. Biyopsinin patoloji sonucu, urakal adenokarsinom pT2 orta derecede diferansiye olarak saptandı. Olgunun akciğer, pelvik ve abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Uzak organ metastazı ya da lenfadenopati (NOM0) saptanmadı. Pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile mesanenin ve çevre dokunun görüntülemesi yapıldı (Resim 2). Mesane kubbesinde yaklaşık 2,7 cm'lik yumuşak doku kitlesinin mesane duvarını aştığı, ancak lenf nodu tutulumunun olmadığı gözlemlendi (pT3 N0).

Olguya 6 port transperitoneal teknik ile robot yardımcı laparoskopik total urakal eksizyon ve çevre adipoz dokuları içerecek şekilde genişletilmiş parsiyel sistektomi uygulandı (Resim 3, 4). Mesane 3/0 vicryl ile iki kat hâlinde kapatıldı (Resim 5). Operasyon süresi 100 dk olarak hesaplandı ve 50 cc'den az kanama gözlemlendi. Dren konulmadı. Olgu, operasyondan 36 saat sonra taburcu edildi



**RESİM 3:** Urakal adenokarsinomunun genişletilmiş parsiyel sistektomi esnasında mesane içindeki görünümü.



**RESİM 4:** Genişletilmiş parsiyel sistektomi sonrası mesanenin görünümü.

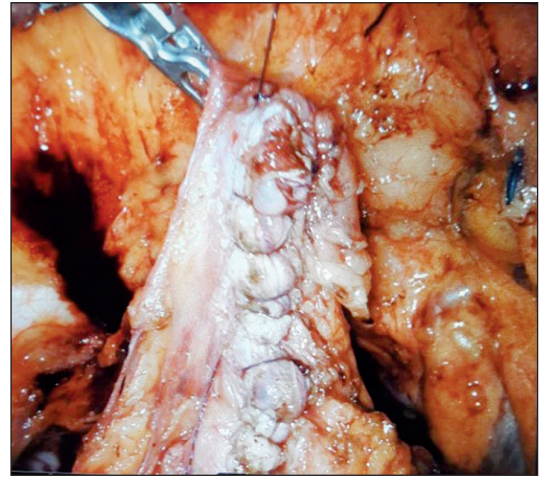
ve 7. günde üretral kateteri çıkarıldı. Patoloji sonucu, urakal orijinli adenokarsinom, perivezikal yağlı alanda makroskopik invazyonunun ve lenfovasküler invazyonu olduğu ve cerrahi sınırın negatif olduğu şeklinde rapor edildi (pT3a). Tıbbi onkologlar ile birlikte değerlendirilme sonrasında olguya gemsitabin-sisplatin kemoterapi protokolü başlandı.

## TARTIŞMA

Urakal adenokarsinomlar, çok nadir görülen fakat kötü prognoza sahip tümörlerdir. Erkeklerde, özellikle yaş aralığı 45-70 yıl olanlarda daha sık görülmektedir. Olgumuzda olduğu gibi urakal tü-

mörlerde en sık görülen bulgu hematüridir ve hastaların yaklaşık %70'inde ilk bulgudur. Daha az sıklıkla karın ağrısı, suprapubik kitle ve umbilikustan kan gelmesi şikâyetleri görülmektedir.<sup>6</sup> Urakal adenokarsinomlar bazen kalsifiye olabilmekte ve direkt üriner sistem grafisinde de görülebilmektedir. Renkli Doppler USG'de umbilikus etrafında neovaskülarizasyon görülebilmektedir. İntravenöz ürografide mesane kubbesinde düzensizlik ve dolum defekti şeklinde kendini göstermektedir. Üriner USG, BT ve MRG ile de mesanede dolum defekti saptanabilmektedir.<sup>7</sup> Olgumuzda üriner USG'de mesane kubbesinde kitle görünümü saptanmıştır.

Urakal tümörler histopatolojik olarak sınıflandırıldığında; %84 oranında adenokarsinom (müsin pozitif %69, müsin negatif %15), daha nadir olarak



**RESİM 5:** Mesanenin primer kapatılması.

**TABLO 1:** Urakus karsinomlarının klinik evrelemesi.<sup>8</sup>

Evre	
I	Urakal mukozada sınırlı tümör
II	Urukusa sınırlı tümör
III	Lokalize yayılım gösteren tümör
III A	Mesaneye
III B	Karın duvarına
III C	Peritona
III D	Mesane dışındaki viseral organlara
VI	Metastatik hastalık
VI A	Bölgesel lenf nodlarına
VI B	Uzak organ metastazı

da sarkom, skuamöz hücreli karsinom ve transizyonel hücreli karsinom görülmektedir. Olgumuzda da en sık görülen tip olan müsin pozitif urakal adenokarsinom saptanmıştır. Urakal adenokarsinomların klinik evrelemesi henüz netlik kazanmış değildir. Ancak, tümörün evresinin bağımsız bir prognostik faktör olduğu konusunda literatürde fikir birliği vardır (Tablo 1).<sup>8</sup> Retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, 46 (16'sı kadın, 30'u erkek; ortalama yaş 53,4 yıl) urakal karsinom hastası incelenmiştir. Histopatolojik olarak tümörlerin hepsi adenokarsinom tanısı almıştır. Yirmi yedi hastada, olgumuzda olduğu gibi, perivezikal yağ dokusunda da tümör saptanmıştır (pT3a). Sadece 8 hastada muskularis propriada sınırlı tümör gözlenmiştir. Bu da urakal karsinomların genelde evre 1'de yakalanmasının zor olduğunu göstermektedir. Bu hastalarda kansere spesifik yaşam süresi ortalama 45 ay olarak hesaplanmış olup, aynı evredeki mesane tümörü ile karşılaştırıldığında yaşam süresi daha uzun saptanmıştır.<sup>9</sup> Parsiyel sistektomide yetersiz rezeksiyon önemli bir sorundur. Yetersiz rezeksiyona bağlı %38-50 lokal nüks görülme riski var iken, araştırmacıların büyük bir kısmı, yaşam kalitesini artıracağından dolayı seçilmiş hastalarda yine de parsiyel sistektomi önermektedir.<sup>8-10</sup> Olgumuzda parsiyel sistektomi sonrası cerrahi sınır negatif saptanmıştır. Konservatif cerrahi sonrası cerrahi sınır negatifliği çok önemli olup, ortalama yaşam sü-

resinde artış ile ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda radikal sistektomi sonrası 5 yıllık ortalama sağkalm %50 oranında bulunmuş iken, bu oran cerrahi sınır negatifliği olan parsiyel sistektomi hastalarında %44'e kadar çıkmaktadır.<sup>11</sup>

Literatür gözden geçirildiğinde, bu tümörün açık cerrahisinde dahi henüz yeterli sayıda çalışma olmadığı, serilerin düşük hasta sayısı ile yayımlandığı ya da olgu sunumu şeklinde olduğu görülmektedir. Hâlihazırda cerrahi tedavi yaklaşımlarında da net bir söylem yoktur. Bu tümörün robot yardımcı mesane koruyucu cerrahisi ile ilgili literatür ise çok sınırlı olup olgu sunumu şeklindedir. Bu çalışmada, çok nadir görülen urakal tümörlerini robot yardımcı mesane koruyucu cerrahi teknik ile başarılı bir şekilde nasıl tedavi edildiğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

#### **Çıkar Çatışması**

*Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.*

#### **Yazar Katkıları**

**Fikir/Kavram:** Abdulkadir Pektaş; **Tasarım:** Abdulkadir Pektaş, Ramesh Thurairaja, Rajesh Nair; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Abdulkadir Pektaş, Rajesh Nair; **Analiz ve/veya Yorum:** Abdulkadir Pektaş, Ramesh Thurairaja, Rajesh Nair; **Kaynak Taraması:** Abdulkadir Pektaş; **Makalenin Yazımı:** Abdulkadir Pektaş.

## KAYNAKLAR

- Johannsson SL, Anderström CR. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder and urachus. In: Raghavan D, ed. Textbook of Uncommon Cancer. 2nd ed. Chichester: John Wiley&Sons; 1999. p.29-43.
- Chen WJ, Hsieh HH, Wan YL. Abscess of urachal remnant mimicking urinary bladder neoplasm. Br J Urol 1992;69(5):510-2.
- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC Cancer Base No. 5, version 2.0. 5<sup>th</sup> ed. Lyon: IARC Press; 2002. p.17-9.
- Aoun F, Peltier A, van Velthoven R. Bladder sparing robot-assisted laparoscopic en bloc resection of urachus and umbilicus for urachal adenocarcinoma. J Robot Surg 2015;9(2): 167-70.
- Niedworok C, Panitz M, Szarvas T, Reis H, Reis AC, Szendrői A, et al. Urachal Carcinoma of the Bladder: Impact of Clinical and Immunohistochemical Parameters on Prognosis. J Urol 2016;195(6):1690-6.
- Ohira S, Shiohara S, Itoh K, Ashida T, Fukushima M, Konishi I. Urachal adenocarcinoma metastatic to the ovaries: case report and literature review. Int J Gynecol Pathol 2003;22(2):189-93.
- Oyar O, Yesildag A, Gulsoy UK, Perk H. The image of urachus adenocarcinoma on Doppler ultrasonography. Eur J Radiol 2002;44(1):48-51.
- Henly DR, Farrow GM, Zincke H. Urachal cancer: role of conservative surgery. Urology 1993;42(6):635-9.
- Dhillon J, Liang Y, Kamat AM, Siefker-Radtke A, Dinney CP, Czerniak B, et al. Urachal carcinoma: a pathologic and clinical study of 46 cases. Hum Pathol 2015;46(12): 1808-14.
- Herr HW. Urachal carcinoma: the case for extended partial cystectomy. J Urol 1994;151(2): 365-6.
- Siefker-Radtke AO, Gee J, Shen Y, Wen S, Daliani D, Millikan RE, et al. Multimodality management of urachal carcinoma: the M.D. Anderson Cancer Center experience. J Urol 2003;169(4):1295-8.