

# ANTIÖDEM TEDAVİNİN ETKİNLİĞİ

\* Ali ŞAHİN

\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Kayseri

## ÖZET:

Mesane Kanseri (Ca) birçok klinik prezentasyonla karşımıza çıkabilmektedir. Bu değişik semptom ve bulgular hastalara uygulanan tedavi modalitelerini etkilemekte, sonuçta bazen uygun tedavinin zamanında yapılamamasına neden olmakta ve bu da hastanın hastanede yatış süresini ve maliyeti etkilemektedir. Bizim bu makalede amacımız Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), KBY üzerine gelişen Akut Böbrek Yetmezliği (ABY), üremik ensefalopati semptom ve klinik bulgularıyla kliniğe başvuran bir hastada; mesane Ca ve kranial metastazı saptanması ve başlanan antiödem tedavi ile semptomlardaki gerilemeyi, mesane Ca'nın farklı klinik prezentasyonunu sunmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Mesane Kanseri, Kranial Metastaz, Antiödem Tedavi

## SUMMARY:

Urinary bladder cancer is faced to us in various clinical presentations. This various symptoms and signs effect to therapy modalities applied to patients and sometimes effective treatment couldn't be applied on time and this effects the patient's hospitalization time and cost. The aim of our article is to present a different clinical presentation of urinary bladder Ca, determination of urinary bladder Ca and cranial metastasis and regression of symptoms due to antieudema therapy in one patient who has chronic renal failure (CRF), acute renal failure (ARF) due to CRF and uremic encephalopathy symptoms and clinical signs.

**Key Words:** Urinary Bladder Cancer, Cranial Metastasis, Antieudema Therapy

Dirim 2005; 80 (3): 122-127

Yazışma Adresi: Dr. Ali ŞAHİN

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Kayseri

## GİRİŞ

Mesane Kanseri (Ca) birçok klinik prezentasyonla karşımıza çıkabilmektedir. Bu değişik semptom ve bulgular hastalara uygulanan tedavi ve tanı modalitelerini etkilemekte, sonuçta bazen uygun tedavinin zamanında yapılmasına neden olmakta ve bu da hastanın hastanede yatış süresini ve maliyeti etkilemektedir. Mesane kanseri insidansı 25/100.000 dir ve tüm kanserlerin %3'ünü oluşturmaktadır.

Erkek/Kadın oranı: 3/1 olup daha çok 60-70 yaş civarında görülme sıklığı artmaktadır (1, 2). Risk faktörleri olarak; aromatik aminler, alkilleyici sitostatikler (siklofosamid, ifosfamid vb.), ilaçlar (fenasetin, çeşitli diet preparatları vb.), sigara (relatif risk: 2-6 kat), kronik mesane iltihabı, bilhariaozis, ionize ışınlar, aile hikayesi (1.45 kat), endüstri işçiliği (boya, lastik, kömür, alüminyum, tekstil, matbaa vb.) gibi çeşitli etkenler suçlanmaktadır (1, 2).

Lenfatik, hematojen, komşuluk yoluyla yayılım olmaktadır. Hematojen yolla akciğer, karaciğer, kemik ve beyin metastazı yapar. Kliniğe daha çok ağrısız hematüri (%75-90 önce mikro sonra makrohematüri şeklinde), disüri, pollaküri (%25-30), ağrı (lokal ileri tümörlerde) şikayetleriyle başvuran hastalarda komplikasyon olarak; makrohematüri sonucu anemi, hidronefroz ve böbrek yetmezliği, fistül gelişimi, enfeksiyonlar, kemik metastazı sonucu ağrı, koagulopati (DİC, hiperfibrinojenemi), idrar retansiyonu, paraneoplastik nöromusküler sendrom görülebilmektedir (1, 2).

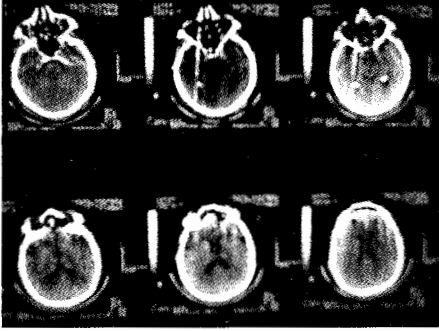
Makalemizde hematüri, böbrek yetmezliği ve üremik ensefalopati semptomlarıyla başvuran mesane Ca, kranial metastazlı bir hastada başlanan antiödem tedavinin etkinliğini göstermeyi hedefledik. Ayrıca şuur bozukluğuyla

başvuran hastalarda etyolojik araştırmada ve tedavide modaliteleri yeniden gözden geçirmenin gerekliliğini vurguladık.

## OLGU SUNUMU

72 yaşında erkek hasta; acil polikliniğine ateş, şuur değişikliği, bulantı-kusmayla başvuruyor. Ayrıca hastanın idrar miktarında azalma ve özellikle daha önceden yılda 5-6 kez olan kanlı idrar yapma (hematüri) şikayetinde artma gözlemleniyor. Hasta yakınlarından öğrenildiği kadarıyla hastanın 10 yıl öncesinde Nefroloji Kliniği'nde benzer şikayetlerle yatarak tedavi gördüğü ve birkaç seans hemodiyaliz programına alındığı öğrenildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde; BUN: 174, Kreatinin (Cr): 1.0, Na: 146, K: 7.1, kan gazında; pH: 7.019, pCO<sub>2</sub>: 7.3, pO<sub>2</sub>: 100.3, HCO<sub>3</sub>: 1.8, LDH: 1338, AST: 106, ALT: 23, Ca: 5.8, CK: 4496, CK-MB: 236, Lokosit: 22.300, Hgb: 9.1, Platelet: 264.000, PT: 13.74, aPTT: >120, INR: 1.1 saptanıyor. Şuur değişikliğini açıklamak amaçlı Kranial CT (Computerized Tomography) çekiliyor (Resim-1) fakat normal olarak değerlendiriliyor. Hasta klinik ve laboratuvar parametreleri göz önüne alınarak KBY, KBY zemininde gelişen ABY, üremik ensefalopati şüphesiyle hemodiyaliz (HD)'e alınıyor. 2 saat HD sonrası semptomlarda ve klinik tabloda değişiklik olmayan hasta Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi (DYBÜ)'ne yatırılıyor.

Hastanın DYBÜ'e gelişte; genel durumu kötü, Glasgow Koma Skalası (GKS): 5 olarak değerlendiriliyor, kooperasyon ve oryantasyon kurulamıyor. Kan şekeri (KŞ): 50 mg/dl ölçülüyor. Hastaya acil olarak hipoglisemi, hipokalsemiye yönelik tedavi başlanıyor. Protrombin zamanı (PT), Parsiyel tromboplas-



Resim - 1. Kranial CT; Acil polikliniğinde çekiliyor ve normal olarak değerlendiriliyor.

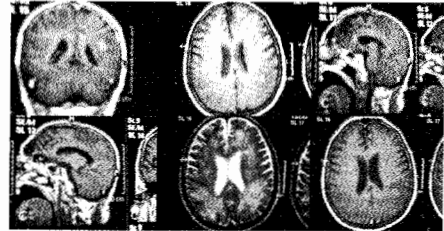
tin zamanı (PTT)'nin uzun olması nedeniyle taze donmuş plazma (TDP), kanama semptomlarının epistaksis, hematüri olması da göz önüne alınarak, desteği yapılıyor. Hasta takibinde 1 seans 4 saat HD'e daha alınıyor.

Fakat yapılan Batın-Renal USG'de; karaciğer, dalak, pankreas, intrahepatik safra yolları normal görünüyor. Her iki böbrek normalden küçük olup ekoları artmış, sol böbrek toplayıcı sisteminde ileri derecede pelvikalisiyel ektazi saptanıyor. Mesaneyi dolduran lobule hiperekoik kitle (MESANE TM?) saptanıyor. Batın içi serbest ya da lokule mai gözlenmemesi üzerine hasta üroloji ile konsulte ediliyor. Üroloji tarafından Radyodiagnostik Anabilim dalının sol böbreğe perkütan nefrostomi açılması öneriliyor. Fakat ilk olarak yatak başı USG ile yapılan nefrostomi girişimi başarısız olan hastanın daha sonra yapılan elektif USG incelemesinde sol böbreğinin afonksiyone olduğu tespit edilmiş, bu nedenle nefrostomiden vazgeçilmiştir.

Hastanın takibinde idrar miktarının az olması (günlük ortalama: 100 cc) ve üremik semptomlara benzer semptomların; bulantı-kusma, şuur değişikliği devam etmesi nedeniyle hasta

günlük olarak 4 saat HD programına alındı. 5 seans HD sonrası hastaya kranial MR çekildi. Nöroloji ile konsulte edildi. Hastanın MR incelemesinde; beyin sapı oluşumları, 4. ventrikül ve serebellar hemisferler normal bulundu. Supratentorial kesitlerde periventriküler beyaz cevherde ve sentrum semiovale lokalizasyonlarında kortikomedüller yerleşim gösteren en büyüğü yaklaşık 2 cm çapında çevresinde belirgin ödem bulunan ve yer yer hemorajik komponentler içeren multipl nodüler görünüm-ler ki; intravenöz kontrast madde sonrası bu nodüllerde ılımlı kontrast tutulumu gözleniyor ve METASTATİK nodüller lehine değerlendiriliyor (hemorajik metastatik nodüler imajlar). Bazal ganglionlar ve talamus simetrik görünümde olup, korpus kallosum forme olarak saptanması (Resim-3) üzerine hastaya antiödem tedavi olarak dexametazon (Dekort) 4\*4 mg/gün başlandı. İdrar çıkışının az olması nedeniyle HD'e devam edildi ve HD öncesi mannitol 50 cc daha sonra 100-150 cc, her HD seansı öncesi verildi.

Resim - 2 - Kranial MR; Metastazla uyumlu görünüm-ler. Hastanın antiödem tedavi sonrası klinik semptomlarında düzelme, şuurunda açılma, GKS'de belirgin iyileşme (5'den 13'e yükselme) gözlemlendi. Hastanın takibinde nazotrakeal aspirat (NTA) kültüründe; gram (-) basil ve pürülan kriterinin pozitif olması üzerine, ateşi (38° C) de



olan hasta infeksiyon hastalıkları ile konsülte

edilerek Siproflaksasin 2\*100 mg/gün, Amikasin 1\*500 mg/gün tedavi başlandı.

Hasta mesane Ca, kranial metastazı kabul edildi ve kranial metastazlarda antiödem tedavi etkinliği ve mesane Ca'nın değişik prezentasyonunu göstermek amaçlı olgu sunumu yapıldı.

### TARTIŞMA

Mesane kanseri histolojik olarak; değişici epitel hücreli (transizyonel %90), epidermoid kanser (%6-8), adenokarsinom (%2-3), sarkomkarsinoid tümör-lenfoma-küçük hücreli kanser (total olarak <%1) sınıflandırılmaktadır. Tanıda; anamnez, bimanuel muayene, idrar sitolojisi, mesane yıkama sitolojisi (daha değerlidir), TUR, sistoskopi ve biyopsi ile kesin tanı konur. Evreleme için genelde abdomino-pelvik USG ve/veya CT, akciğer grafisi, İV pyelografi, laktik dehidrogenaz (LDH), transaminazlar, yaygın kemik ağrılarında sintigrafi yapılmakta ve TNM sistemi kullanılmaktadır. Ayırıcı tanısında; interstisyel sistit (biyopsi ve histolojik tetkik ile), benign tümörler (tm, sistoskopi ile), endometriozis (histolojik tetkikle), mesane taşları (sistoskopi ile) vb. düşünülmesi gerekmektedir. İnvaziv olmayan tümörlerde hastanın prognozunu tümör derinliği, grade'i, erken yapılan radikal cerrahi, multimodal tedavi yaklaşımı belirler. İlerlemiş tümörlerde hastanın prognozunu tümör derinliği, bölgesel lenf nodu tutulumu, uzak organ metastazı belirler. Tümörün evresine, hastanın klinik durumuna göre tedavi seçenekleri değişmektedir (1, 2).

Erişkinlerde beyin metastazı yapan kanserler sıklık sırasına göre; akciğer, meme, gastrointestinal sistem, ürogenital sistem ve deriden (malign melanom) kaynaklanmaktadır. Bu kanserlere ait görülme sıklıkları Tablo-1'de

sunulmaktadır. Metastatik beyin tümörlerinin tedavisinde son 15 yıl içinde birçok ilerleme kaydedilmiş olmakla birlikte, kanserli bir hastada beyin metastazının ortaya çıkması günümüzde halen kötü bir prognozun belirtisi olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte doğru tedavi birçok hastanın beyin metastazından dolayı ölmesini engelleyebilir. Beyin metastazları kanser hastalarında en sık görülen sinir sistemi komplikasyonu olan metabolik ensefalopatilerden sonra 2. sıradadır (Tablo - II) (3). Kesin sıklığı hakkında bilgi sınırlıdır. Görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle ve daha iyi incelenmiş otopsi serilerinin katkısı ile birçok çalışmada beyin metastazlarının kanserli hastaların %20-40'ında görüldüğü ve böylece primer beyin tümörlerinin birkaç katı bir sıklığa ulaştıkları gösterilmiştir (3, 4, 5, 6).

Tablo - I. Birincil tümör tipine göre beyin metastaz sıklığı

Birincil Tümör	Hasta Sayısı	%
Akciğer	270	48
Meme	82	15
Melanom	30	9
Kolon	26	5
Diğer	72	13
Bilinmeyen	61	11
Toplam	561	100

Beyinde metastazların yerleşiminin dağılımı büyük oranda kanlanmanın dağılımı ile uyumludur. Buna göre metastazların %80 kadarı serebral hemisferlerde, %15'i serebellumda, %5'i ise beyin sapında yerleşir. CT kullanılarak yapılan çalışmalarda olguların %50'sinden biraz fazlasında birden çok metastaz saptanırken, MR ile yapılan çalışmalarda bu oran olguların 2/3-3/4'ü arasında bildirilmektedir.

Tablo - II. Sistemik Kanserlerin Nörolojik Komplikasyonları

Metastaz
Merkezi Sinir Sistemi
Intra-aksiyal (intra-kranial ve spinal parankimal)
Ekstra-aksiyal
Leptomeningeal (karsinomatoz menenjit)
Sub/epidural (kranial-spinal)
Kranial sinirler ve periferik sinir sistemi
Vasküler Komplikasyonlar
Metabolik ve toksik komplikasyonlar
Paraneoplastik Sendromlar
İnfeksiyonlar
Tedavi yan etkileri
Kemoterapi
Radyoterapi
Cerrahi
Alternatif tedaviler

Klinikte; beyin metastazları sıklıkla semptomatik olup 2/3'ü nörolojik belirtilere yol açar. Klinik bulgular beyindeki kitle lezyonları ile aynıdır. Baş ağrısı sıklıkla ilk bulgudur (%40, daha çok sabah baş ağrısı görülür). Sonrasında günler ya da haftalar içinde fokal belirti ve bulgular ortaya çıkabilir. Fokal güçsüzlükler ikinci sıradaki başlangıç bulgusudur. Günümüzde papil ödemi daha az görülmektedir (%25, erken tanı nedeniyle). Epileptik nöbetler başlangıç bulgusu olabilir (%10). Fokal ensefalopati ya da afaziye bağlı fokal bir bulgu olarak yüksek fonksiyon bozuklukları olabilir. Damar basısı ya da emboliye bağlı serebral infarktlar ya da tümör içine kanamalar hastada akut nörolojik belirti ve bulguya yol açabilir (özellikle koryokarsinoma ve malign melanomada). Kanser hastalarında yeni nörolojik belirti ya da

bulgular metastazı akla getirmeli ve şuur bozukluğu nedeniyle başvuran bir hastada kanser tanısı olmasa da primeri saptanabilecek veya primeri bilinmeyen dahi olsa bir malign hadise daima akılda tutulmalı buna yönelik tetkikler yapılmalıdır.

Tanı modaliteleri olarak hala en iyi tanı yöntemi kontrastlı MR, imkan yoksa kontrastlı CT dir. Kranial metastazların ayırıcı tanısında; primer beyin tümörleri, abseler, serebral infarkt, kanamalar düşünülmalıdır.

### SONUÇ

Makalemizde hematüri, böbrek yetmezliği ve üremik ensefalopati semptomlarıyla başvuran mesane Ca, kranial metastazlı bir hastada başlanan antiödem tedavinin etkinliğini göstermeyi hedefledik. Ayrıca şuur bozukluğuyla başvuran hastalarda etyolojik araştırmada ve tedavide modaliteleri yeniden gözden geçirmenin gerekliliğini vurguladık.

### KAYNAKLAR

1. Altunbaş M. Mesane Kanseri; A'dan Z'ye Onkoloji - Netform Matbaacılık, 2002, p. 403-406.
2. Wenger B, Lindermann A. Harnblasekarzinom. In: Berger DP, Engelhardt R, Mertelsmann R. Das Rote Buch. Landsberg. Ecomed: 1997, p. 421-427.
3. Onat H, Molinas Mandel N. In: Kanser Hastasına Yaklaşım; Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar - Nobel Tıp Kitabevleri, 2002, p. 203-209.
4. Henson RA, Urich H. Cancer and the Nervous System. The neurological manifestations of systemic malignant disease. Blackwell Scientific, London, 1982.

5. Patchell RA. Neurologic complications of systemic cancer. *Neurologic clinics of North America*, Volume 9, Num. 4 - 1991.
6. Clouston PD, De Angelis LM, Posner JB. The spectrum of neurological disease in patients with systemic cancer. *Ann Neurol.*, 1992; 31: p. 268-273.