

BÖLÜM 36

SİSTEKTOMİ SONRASI ÇOKLU SİSTEM TUTULUMU VE KOMPLİKASYONLARLA SEYREDEN SARKOMATOİD MESANE KANSERİ OLGUSU

Ece BİLGİÇ KÖYLÜ ¹

GİRİŞ

Membranöz glomerülonefrit (MG) tanılı hastalarda kanser sıklığı %10 oranındadır (1). Özellikle yaşlı hastalarda ve serum fosfolipaz A2 reseptör (PLA2R) antikoru negatif bulunanlarda kanser taraması önerilmektedir (2). MN ilişkili başlıca kanserler akciğer, gastrointestinal sistem ve prostat kanserleridir (3-6). Sarkomatoid mesane kanseri (MK), karsinomatöz ve sarkomatoid bileşenler içeren nadir ve agresif bir kanser olup; tüm mesane kanserlerinin %0.2'inden azını oluşturmaktadır (7). Kas invaze olmayan sarkomatoid MK'inde gecikmeksizin radikal sistektomi (RS) önerilmektedir (8), ancak RS sonrası mortalite %2.7 olarak bulunmuştur (9). Öte yandan, perioperatif komplikasyonların toplam sıklığı %28.4 olup (10), bunun %16'sını gastrointestinal ve %4.12'sini kardiyak komplikasyonlar oluşturmaktadır. Gastrointestinal komplikasyonlar en sık bildirilen grup olarak öne çıkmakta; bu kapsamda anastomoz kaçağı dikkate değer bir paya sahiptir. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sonrasında iskemi-reperfüzyon hasarına bağlı gelişen geçici sol ventrikül disfonksiyonu *miyokardiyal stunning* olarak adlandırılmaktadır (11). KPR sonrası olgularda miyokardiyal disfonksiyon görülme sıklığı %69 olup , sağ kalanlarda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (EF) ve segmenter duvar hareket bozuklukları erken dönemde düzelerek 1-6 ay içinde normalleşmektedir (12). Bu olgu sunumunda, MG tanısı

¹ Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji AD., ecebilgicmd@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-6466-1420

SONUÇ

Bu olgu, sarkomatoid MK nedeniyle uygulanan RS sonrasında gelişen enfeksiyöz ve cerrahi komplikasyonlara, QT uzaması ve DRESS'e bağlı ilaç kısıtlılıklarının eklendiği; ayrıca KPR sonrası *miyokardiyal stunning* zemininde ağır ancak geri dönebilen sol ventrikül disfonksiyonunun izlendiği, çok boyutlu bir klinik seyri örneklemektedir. Yönetimde çok disiplinli yaklaşım, ilaç güvenliği (QT'yi uzatan/alerjen ajanlardan kaçınma), elektrolitlerin yakın takibi ve EF toparlancaya dek kararlı destek tedavisi esastır.

KAYNAKLAR

1. Leeaphorn N, Kue-A-Pai P, Thamcharoen N, Ungprasert P, Stokes MB, Knight EL. Prevalence of Cancer in Membranous Nephropathy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *American Journal of Nephrology*. 2014;40(1):29-35.
2. Ai S, Yan X, Zhao X, Ye W, Wen Y, Wang J, et al. Malignancy-associated membranous nephropathy: focus on diagnosis and treatment. *J Nephrol*. 2023;36(8):2355-63.
3. Bacchetta J, Juillard L, Cochat P, Droz J-P. Paraneoplastic glomerular diseases and malignancies. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2009;70(1):39-58.
4. Ronco PM. Paraneoplastic glomerulopathies: new insights into an old entity. *Kidney international*. 1999;56(1):355-77.
5. Bjørneklett R, Vikse BE, Svarstad E, Aasarød K, Bostad L, Langmark F, et al. Long-term risk of cancer in membranous nephropathy patients. *American journal of kidney diseases*. 2007;50(3):396-403.
6. Lefaucheur C, Stengel B, Nochy D, Martel P, Hill G, Jacquot C, et al. Membranous nephropathy and cancer: epidemiologic evidence and determinants of high-risk cancer association. *Kidney international*. 2006;70(8):1510-7.
7. Wang J, Wang FW, Lagrange CA, Hemstreet Iii GP, Kessinger A. Clinical features of sarcomatoid carcinoma (carcinosarcoma) of the urinary bladder: analysis of 221 cases. *Sarcoma*. 2010;2010.
8. Koch GE, Chang SS. Non-muscle Invasive Bladder Cancer: Identifying Patients to Consider Timely, Initial Cystectomy. *Bulletin of Urooncology*. 2020.
9. Boström PJ, Kössi J, Laato M, Nurmi M. Risk factors for mortality and morbidity related to radical cystectomy. *BJU international*. 2009;103(2):191-6.
10. Konety BR, Allareddy V, Herr H. Complications after radical cystectomy: analysis of population-based data. *Urology*. 2006;68(1):58-64.
11. Braunwald E, Kloner R. The stunned myocardium: prolonged, postischemic ventricular dysfunction. *Circulation*. 1982;66(6):1146-9.
12. Ruiz-Bailén M, Hoyos EAd, Ruiz-Navarro S, Díaz-Castellanos MÁ, Rucabado-Aguilar L, Gómez-Jiménez FJ, et al. Reversible myocardial dysfunction after cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2005;66(2):175-81.
13. Pham CP, De Feiter PW, Van Der Kuy PHM, Van Mook WN. Long QTc interval and torsade de pointes caused by fluconazole. *Annals of Pharmacotherapy*. 2006;40(7-8):1456-61.
14. Hafermann MJ, Namdar R, Seibold GE, Page 2nd RL. Effect of intravenous ondansetron on QT interval prolongation in patients with cardiovascular disease and additional risk factors for torsades: a prospective, observational study. *Drug, healthcare and patient safety*. 2011:53-8.
15. Bezzina CR, Verkerk AO, Busjahn A, Jeron A, Erdmann J, Koopmann TT, et al. A common polymorphism in KCNH2 (HERG) hastens cardiac repolarization. *Cardiovasc Res*. 2003;59(1):27-36.
16. Zhou Y, Hao N, Sander JW, Lin X, Xiong W, Zhou D. KCNH2 variants in a family with epilepsy and long QT syndrome: A case report and literature review. *Epileptic Disord*. 2023;25(4):492-9.