SB-55) ÜST ÜRİNER SİSTEM ÜROTELYAL HÜCRELİ KARSİNOMLARDA FBLN2 VE MİKROSATELLİT İNSTABİLİTE (MSH2, MSH6, MLH1, PMS2) İMMÜNHİSTOKİMYASAL BİYOBELİRTEÇLERİNİN EKSPRESYONLARININ PROGNOSTİK ÖNEMİ

SABUHİ ALİSHOV(1) AHMET BORA KÜPELİ(1) MURAT YAVUZ KOPARAL(1)
İPEK IŞIK GÖNÜL(1) BETÜL CİMER ÖĞÜT(1)

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

"Bu tez Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TTU-2021-7269 proje numarası ile desteklenmiştir"

AMAÇ

Üst üriner sistem ürotelyal hücreli karsinom dünyada sık görülen ve insidansı giderek artan, tanı anında büyük oranda invaziv olarak karşımıza çıkan ve yüksek mortaliteye sahip bir malignitedir. Birçok malignitenin gelişmesinde ve progresyonunda ECM'nin ve MSİ durumunun önemli rol oynadığı ve bu hastaların prognozunu öngörebileceği son zamanlarda yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Biz de çalışmamızda ÜSÜK hastalarının tümör dokularında ECM bileşenlerinden biri olan FBLN2 ekspresyonunun ve MSİ durumunun hastalığın prognozuna etkisini, takiplerde metastaz ve nüksü öngörebilme ihtimalini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya 2008-2021 yılları arasında kliniğimizde radikal nefroüreterektomi ameliyatı olan ve verilerine ulaşabildiğimiz 55 hasta dahil edildi. Kurumumuzun patoloji arşivinden hastalarımızın materyallerine ulaşıldı ve kanser dokusu içeren materyaller hazırlanarak FBLN2 ve MSİ immünhistokimya boyamaları yapıldı. FBLN2, boyanma şiddeti ve yaygınlığına göre raporlandı. FBLN2 boyanma şiddeti boyanmamışlar ve boyanmışlar şeklinde kategorize edildi. FBLN2 yaygınlığı tümör alanın %0-50'nin altı boyanmışlar ve %50 ve üstü boyanmışlar şeklinde gruplandırıldı. MSİ ise gen kaybı olup olmaması şeklinde 2 grupta kategorize edildi.

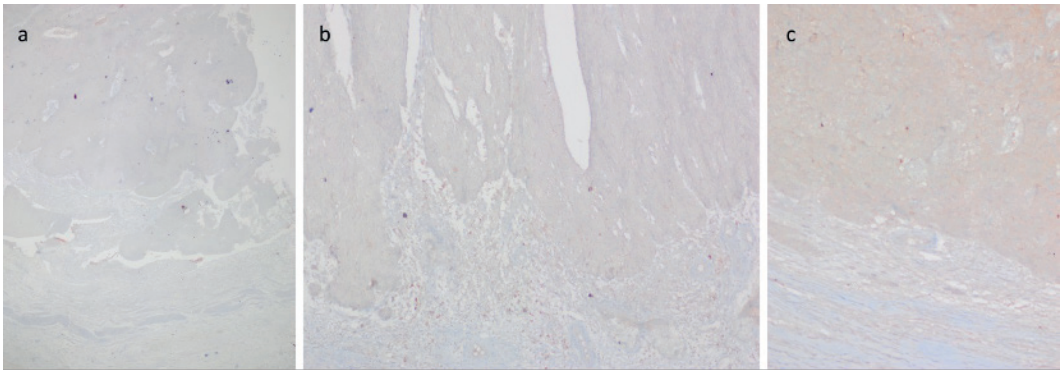
BULGULAR

FBLN2'nin boyanma şiddetinin hastaların klinikopatolojik verileri ile karşılaştırmalı analizinde anlamlı bir ilişki bulunamadı. Sadece hastaların yaşı ile yapılan analizde daha yüksek yaşlarda FBLN2'nin eksprese olduğu sonucu alındı ($p<0.009$). FBLN2 ekspresyonu olan hastaların ortanca yaşı 63,0 (37,0-72,0) olarak izlenirken, ekspresyon olmayan hastaların ortanca yaşı 69,0 (49,0-83,0) olarak izlendi. FBLN2'nin tümör dokularında boyama yaygınlığının klinikopatolojik değişkenlerle karşılaştırmalı analizine baktığımızda anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. FBLN2 boyama şiddetinde olduğu gibi sadece yaş değişkeni üzerinde hastaların yaşı arttıkça boyama yaygınlığının da arttığı görüldü. FBLN2 yaygınlığı 0 ve %50'nin altı olan hastaların ortanca yaşı 63,0 (37,0-74,0) iken, yaygınlığı %50 ve üzeri olan hastaların ortanca yaşı 71,0 (49,0-83,0) olarak görüldü ($p<0.003$). Kaplan-Meier yöntemi ile Log Rank testi yapılarak FBLN2'nin boyanma şiddetinin hastalıksız ve genel sağkalıma etkisinin analizini yaptık. Yapılan sağkalım analizin sonucunda hem genel sağkalıma hem de hastalıksız sağkalıma FBLN2 ekspresyonunun etkisinin olmadığı görüldü. Benzer şekilde Kaplan-Meier yöntemi kullanılarak Log Rank testi ile sağkalım analizi FBLN2 yaygınlığı için de yapıldı. Burada da hem hastalıksız hem de genel sağkalıma FBLN2 yaygınlığının etkisinin olmadığı sonucuna vardık.

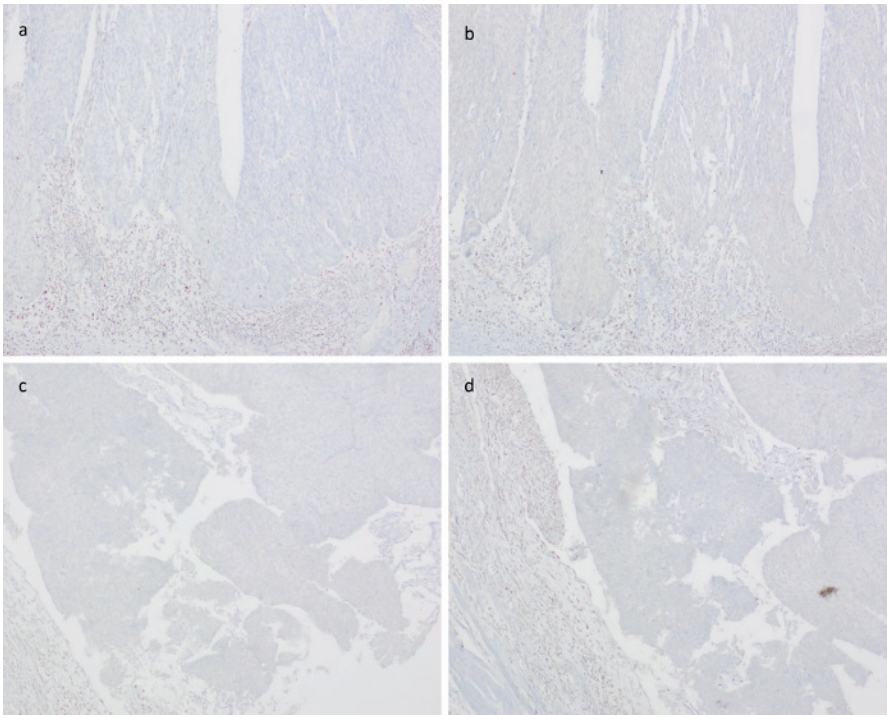
SONUÇ

ÜSÜK, geliştirilen tedavi seçeneklerine rağmen hala prognozu istenilen düzeyde iyileştirilemediğinden hastalığın prognozunu tahmin etmeye yönelik birçok biyobelirteçlerin araştırılması devam etmekte olan bir hastalıktır. Bunun için daha anlamlı sonuçlara ulaşabilmek adına ileriye yönelik, geniş hasta sayısına sahip, çok merkezli, randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Şekil 1. Tümör dokularında FBLN2 ekspresyonu



Şekil 2. Tümör dokularında MSİ gen kaybı



Tablo 1. FBLN2 ekspresyonunun değişkenlerle ilişkisi

	EKSPRESYON YOK 0 (N=23) (%41.8)	EKSPRESYON VAR 1 (N=32) (%58.2)	Total (N=55)	p value
CİNSİYET				0.592
Kadın	5 (21.7%)	9 (28.1%)	14 (25.5%)	
Erkek	18 (78.3%)	23 (71.9%)	41 (74.5%)	
YAŞ				0.009
Median (Range)	63,0 (37,0-72,0)	69,0 (49,0-83,0)	65,0 (37,0-83,0)	
TM. LOKASYONU				0.374
Pelvis	12 (52.2%)	22 (68.8%)	34 (61.8%)	
Üreter	7 (30.4%)	5 (15.6%)	12 (21.8%)	
Pelvis+üreter	4 (17.4%)	5 (15.6%)	9 (16.4%)	
MULTİFOKALİTE				0.339
Tek	17 (73.9%)	27 (84.4%)	44 (80.0%)	
Multiple	6 (26.1%)	5 (15.6%)	11 (20.0%)	
TM. PATOLOJİSİ				0.285
Ta	9 (39.1%)	7 (21.9%)	16 (29.1%)	
T1	3 (13.0%)	3 (9.4%)	6 (10.9%)	
T2-4	11 (47.8%)	22 (68.8%)	33 (60.0%)	
TM. DERECESİ				0.061
Low	13 (56.5%)	10 (31.2%)	23 (41.8%)	
High	10 (43.5%)	22 (68.8%)	32 (58.2%)	
LVİ				0.435
Yok	18 (78.3%)	22 (68.8%)	40 (72.7%)	
Var	5 (21.7%)	10 (31.2%)	15 (27.3%)	
PNİ				0.500
Yok	19 (82.6%)	24 (75.0%)	43 (78.2%)	
Var	4 (17.4%)	8 (25.0%)	12 (21.8%)	
TM. ÇAPI cm				0.191
Median (Range)	3.5 (1.5-12.5) cm	5.4 (1.5-22) cm	5.0 (1.5-22.0) cm	
NODAL METASTAZ				0.297
Yok	21 (91.3%)	26 (81.2%)	47 (85.5%)	
Var	2 (8.7%)	6 (18.8%)	8 (14.5%)	

Tablo 2. FBLN2 yaygınlığının değişkenlerle ilişkisi

	0 VE %50 ALTI BOYANMIŞ 1 (N=28) (%50.9)	%50 VE ÜSTÜ BOYANMIŞ 2 (N=27) (%49.1)	Total (N=55)	p value
CİNSİYET				0.188
Kadın	5 (17.9%)	9 (33.3%)	14 (25.5%)	
Erkek	23 (82.1%)	18 (66.7%)	41 (74.5%)	
YAŞ				0.003
Median (Range)	63,0 (37,0-74,0)	71,0 (49,0-83,0)	65,0 (37,0-83,0)	
TM. LOKASYONU				0.185
Pelvis	14 (50.0%)	20 (74.1%)	34 (61.8%)	
Üreter	8 (28.6%)	4 (14.8%)	12 (21.8%)	
Pelvis+üreter	6 (21.4%)	3 (11.1%)	9 (16.4%)	
MULTİFOKALİTE				0.106
Tek	20 (71.4%)	24 (88.9%)	44 (80.0%)	
Multiple	8 (28.6%)	3 (11.1%)	11 (20.0%)	
TM. PATOLOJİSİ				0.557
Ta	9 (32.1%)	7 (25.9%)	16 (29.1%)	
T1	4 (14.3%)	2 (7.4%)	6 (10.9%)	
T2-4	15 (53.6%)	18 (66.7%)	33 (60.0%)	
TM. DERECESİ				0.210
Low	14 (50.0%)	9 (33.3%)	23 (41.8%)	
High	14 (50.0%)	18 (66.7%)	32 (58.2%)	
LVİ				0.322
Yok	22 (78.6%)	18 (66.7%)	40 (72.7%)	
Var	6 (21.4%)	9 (33.3%)	15 (27.3%)	
PNİ				0.469
Yok	23 (82.1%)	20 (74.1%)	43 (78.2%)	
1var	5 (17.9%)	7 (25.9%)	12 (21.8%)	
TM. ÇAPI cm				0.433
Median (Range)	5.15 (1.5-15)	5.0 (1.9-22)	5.0 (1.5-22.0)	
NODAL METASTAZ				0.412
Yok	25 (89.3%)	22 (81.5%)	47 (85.5%)	
Var	3 (10.7%)	5 (18.5%)	8 (14.5%)	

SB-56) HOLEP CERRAHİSİ SONRASI PROSTAT KANSERİ TANISI ALAN HASTALARA YÖNELİK KLİNİK YAKLAŞIMLARIMIZ

AHMET FURKAN ÖZSOY(1) EZEL AYDOĞ(1) AHMET DORUK GÜLER(1)
MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) MUHAMMET ARİF İBİŞ(1) ÖMER GÜLPINAR(1)
MEHMET İLKER GÖKÇE(1) EVREN SÜER(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ

AMAÇ
Benign prostat hiperplazi ön tanısıyla uygulanan cerrahi tedaviler sonrası hastalar insidental olarak prostat kanseri tanısı alabilmektedir. Bu hastalar için net bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Kliniğimizde HoLEP(Holmium Lazer Enükleasyon Prostat) cerrahisi uygulanan ve insidental prostat kanseri tanısı alan hastalara uygulanan tedavi protokollerini aktarmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2021- Ocak 2024 tarihleri arasında, tek merkezde ve tek cerrah tarafından uygulanan 1040 HoLEP hastasının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Palyatif amaçla HoLEP uygulanan hastalar dışlandı. İnsidental prostat kanseri tanısı alan 78 erkek hastanın preoperatif ve postoperatif sonuçları tanımlayıcı analiz kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR
Çalışmaya 1040 hasta arasından HoLEP patolojisi prostat kanseri gelen 78 hasta (%7.5) dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 72,36 ± 8,71 ve ortalama prostat ağırlığı 60,90 ± 25,04 idi. Preoperatif tPSA değeri 7,88 ± 10,34 ; postoperatif tPSA değeri 2,96 ± 4, 85 olup ortalama preoperatif-postoperatif tPSA değişim oranı -(%156 ± % 20 8) olarak görüldü. Preoperatif tPSA yüksekliği nedeniyle MRI çekilen 12 hasta; 8'i füzyon 12'si sistemik biyopsi olmak üzere 20 hastaya prostat biyopsisi uygulandı. (Tablo 1) Holep patolojisi kanser gelen hastaların 52'si (%66.7) ISUP G1, 8'i (%10.3) ISUP 2, 2'si ISUP 3 (%2.6) , 2'si (%2.6) ISUP 4, 14'ü (%17,9) ISUP 5 olarak raporlandı. Hastalar 6 ayda bir PSA ve senelik MRI ile rutin takip edildi. Hastaların 60'ı (76.9) aktif izlem, 4'ü (%5.1) radikal prostatektomi, 6'sı (%7.7) RT+ ADT ve 8'i (%10.3) ADT ile takip edildi. Toplam takip süresi 24,53 ± 15,94 idi . Kansere bağlı ölüm 4 (%5.1) olarak görüldü. (Tablo 1)

SONUÇ
Prostat enükleasyon cerrahisi sonrası insidental prostat kanseri tanısı alan hastalar için tedavi seçenekleri arasında net konsensüs olmamakla birlikte aktif izlem uygun hastalara önerilebilir. Ancak onkolojik açıdan kesin sonuçlara ulaşmak için daha uzun takip süresine ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.