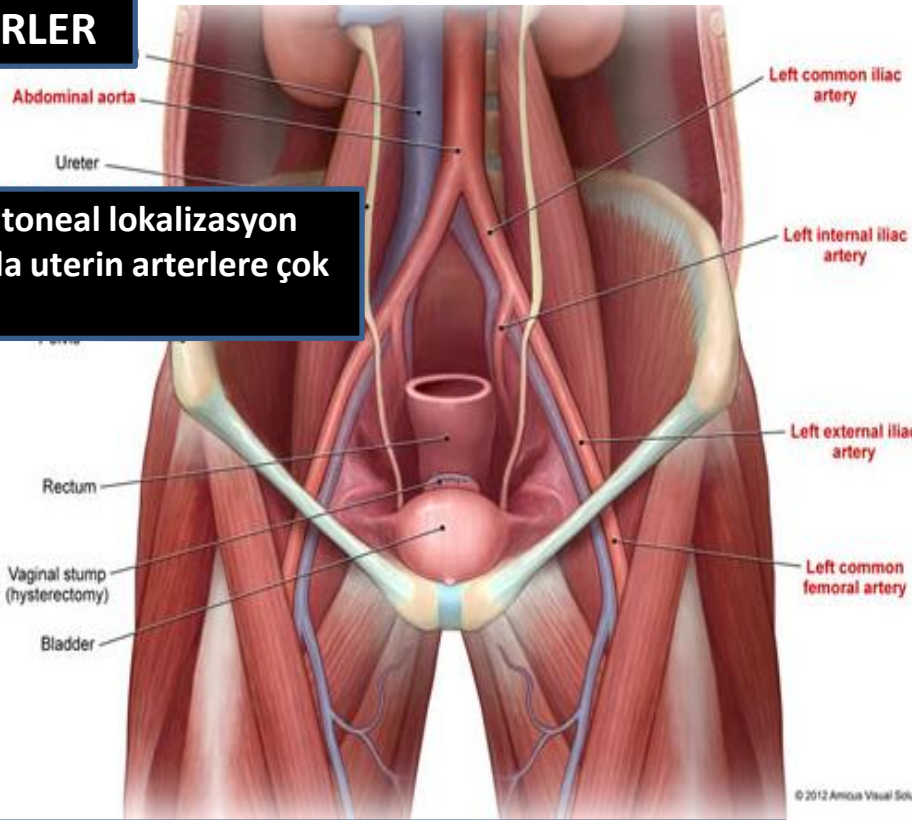


Mesane ve Üreter Tümörleri ve Nontümöral Hastalıkları

Yrd.Doç.Dr.Saba KİREMİTÇİ

ÜRETERLER

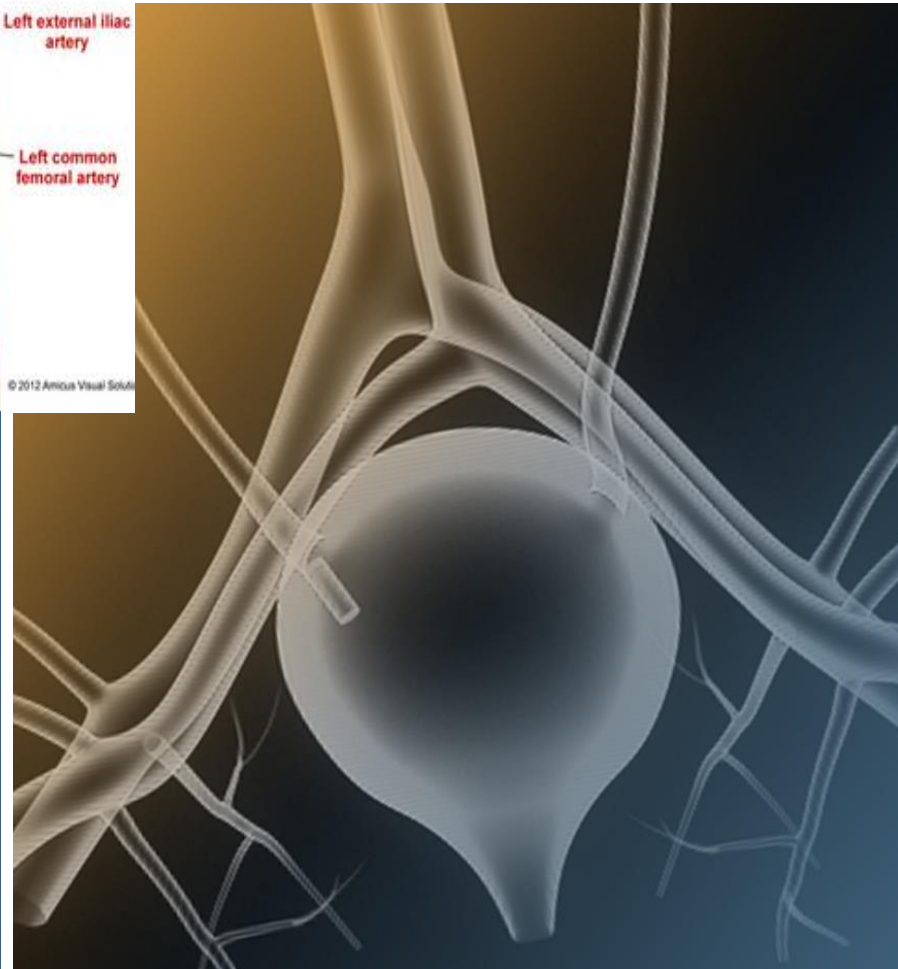


- ❖ Retroperitoneal lokalizasyon
- ❖ Kadınlarda uterin arterlere çok yakın seyir

❖ Üreterin daraldığı 3 anatomik nokta:

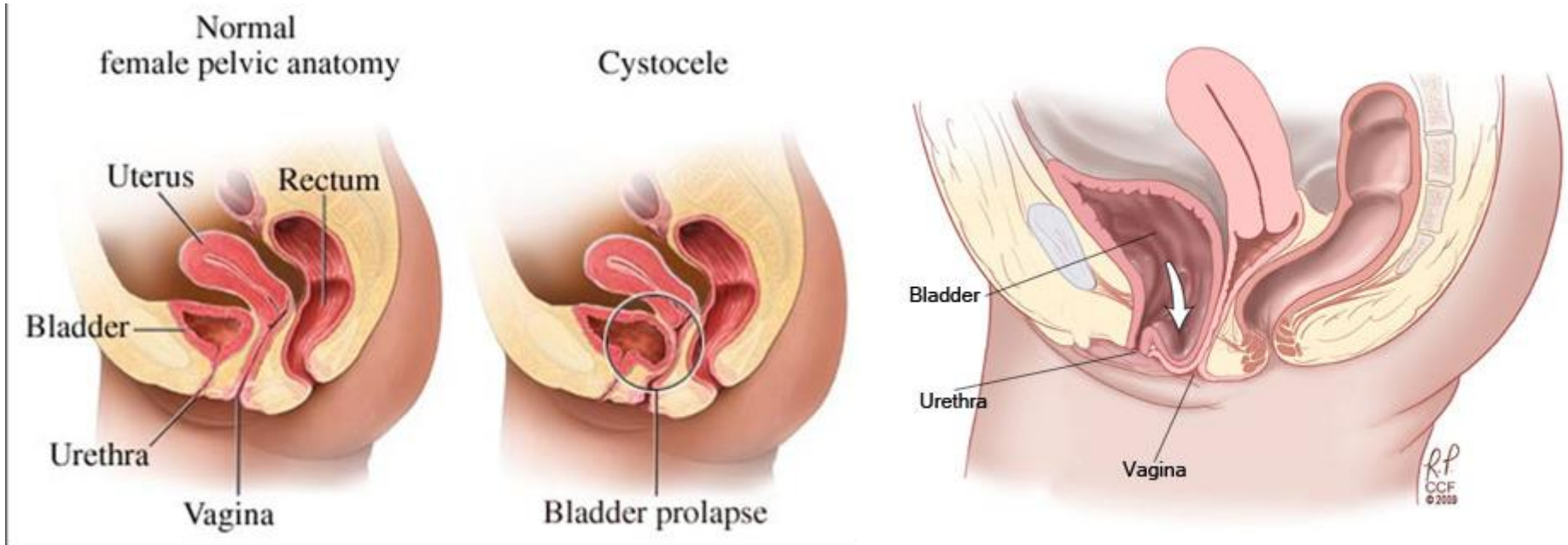
1. Ureteropelvik bileşke
2. İliak damarları çaprazladığı alan
3. Mesaneye girdiği alan

- ❖ Üreterin mesane duvarı içinde obliq seyri → yarık benzeri sonlanma → mesane kasının sfinkter fonksiyonu görmesi → mesane içi basınç artışında üreter reflüsünün önlenmesi

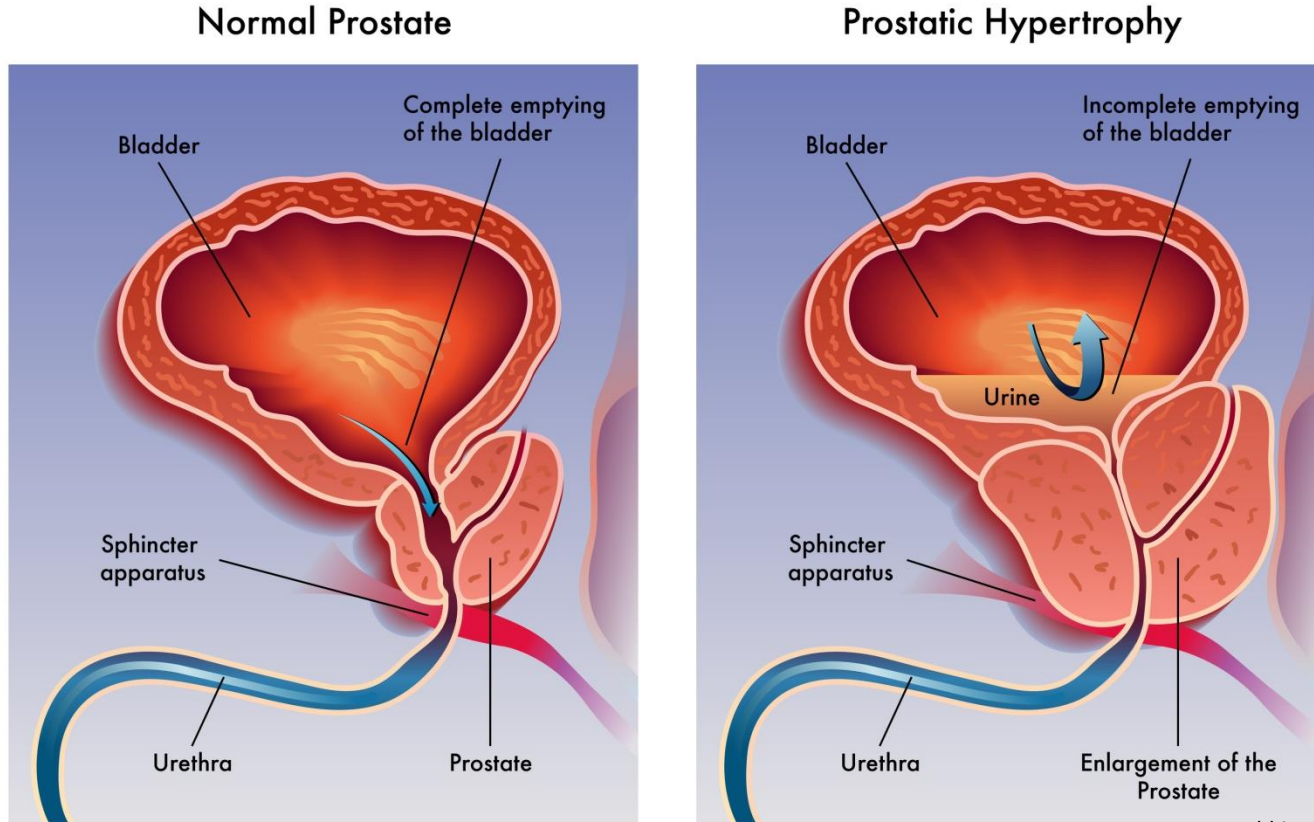


Kadın genital traktın mesane ile yakın ilişkisi;

- Hastalık yayılımı
- Orta-ileri yaşta pelvik relaksasyon → uterin prolapsus → mesanenin vajene protrude olması (sistosel)

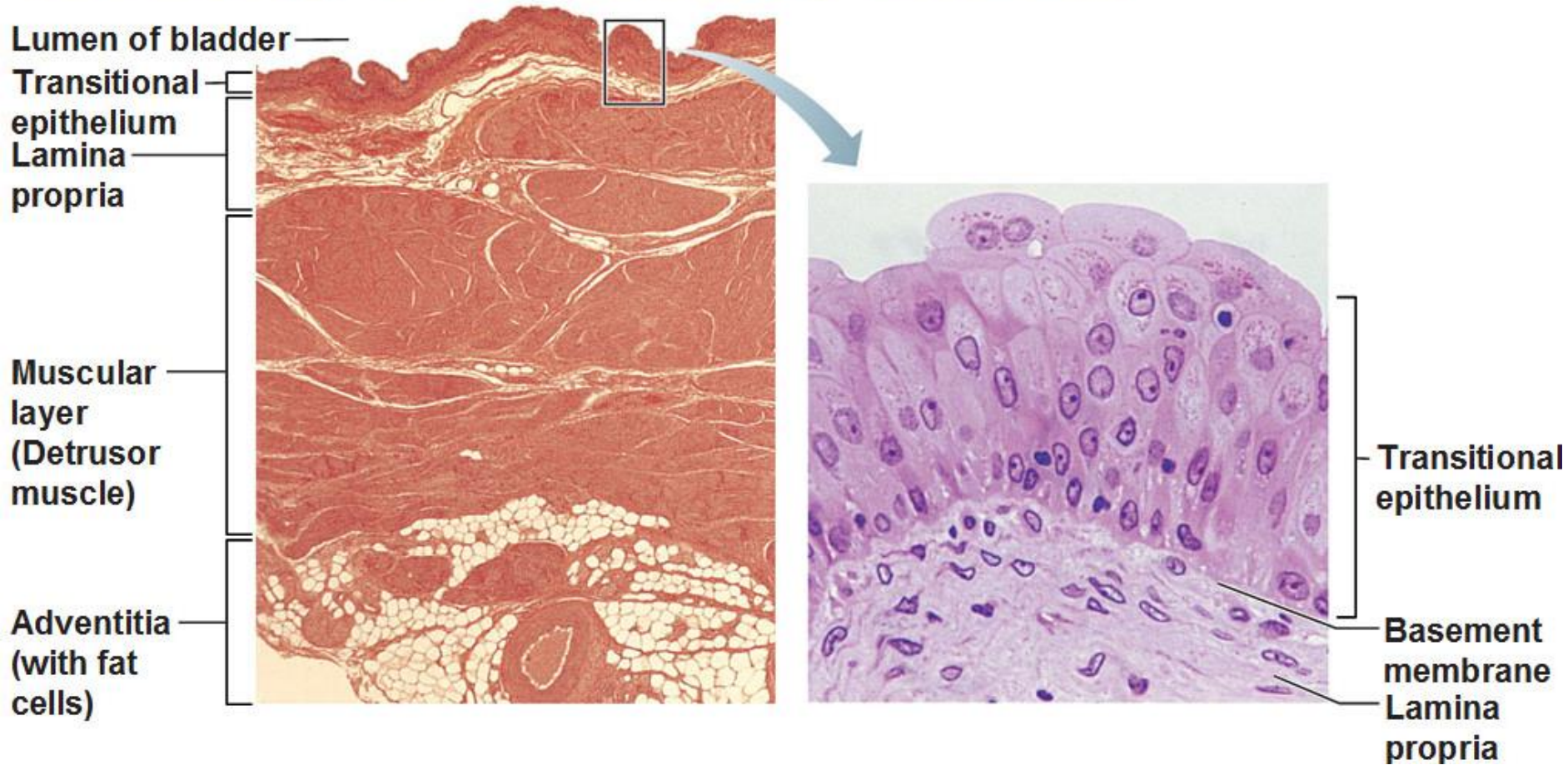


- Erkek genital trakt (v.seminalisler, prostat bez) mesane ilişkisi;
 - mesane boynunun arka ve aşağısında yerleşim
 - orta-ileri yaşta prostatın büyümesi (BPH) sık → üriner trakt obstrüksiyonunda önemli bir sebep !



Renal pelvis, üreterler, mesane ve üretra (terminal kısmı hariç); “ürotelyum” (transizyonel epitel) ile döşelidir.

Histology of the Urinary Bladder



ÜRETER PATOLOJİSİ

- **Konjenital anomaliler**
- **İnflamasyon**
- **Tümör ve tümör benzeri lezyonlar**
- **Obstrüktif lezyonlar**

Üreter - **Konjenital Anomaliler**

- Tüm otopsilerin %2-3'ünde
- Çoğunluğu klinik önemsiz; üriner akımda obstrüksiyona neden olunca klinik hastalık o.ç.

1. Double ve bifid üreterler

2. **Üreteroplevik bileşke obstrüksiyonu (UPJ)**

İnfant ve çocuklardaki hidronefrozun en sık nedeni

- %20 bilateral, male predominans
- Diğer konjenital anomalilerle ilişkili (Kontrolateral böbrekte agenezi)

Erişkinde kadınlarda daha sık ve unilateral

- UPJda düz kas demetlerindeki anormal organizasyon (düzkas demetleri arasında artmış stromal kollajen depozisyonu)
- Renal damarların konjenital olarak ekstrensek kompresyon yapması

3. Divertikül

- Konjenital veya kazanılmış, Nadir,
- Üreter duvarının sakküler dışarı doğru poş oluşumu
- Gen asemptomatik

Üreter - **İnflamasyon**

• **Üreterit**

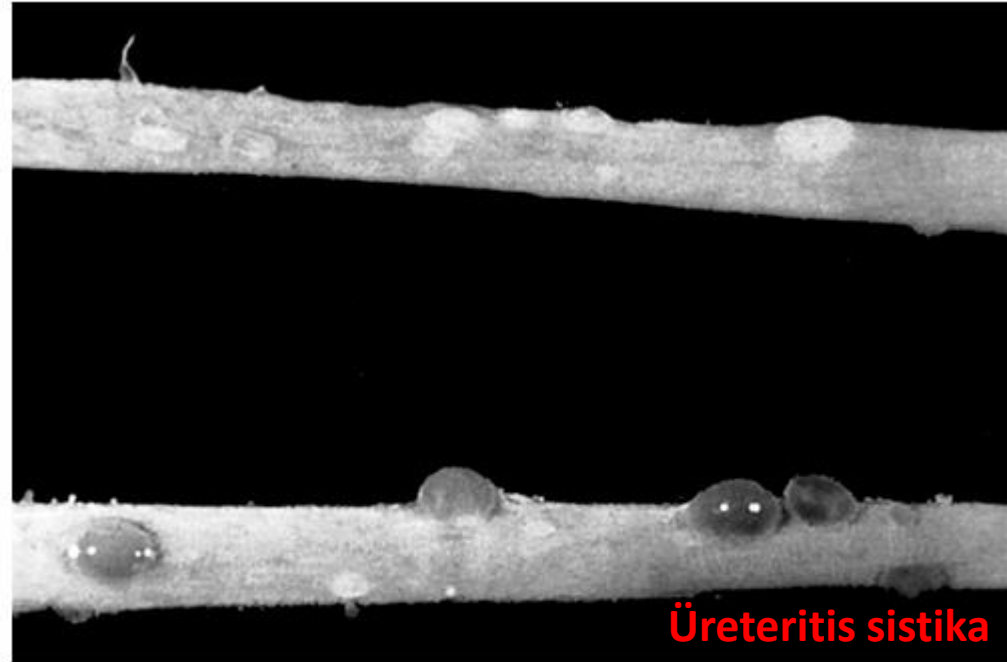
- inflamasyonla ilişkili olmasına rağmen tipik olarak infeksiyonla ilişkili değildir.
- Klinik önemsizdir.

❖ **Üreteritis folikülaris:**

- ❖ Subepitelyal alanda germinal merkez oluşturan lenfosit agregasyonu / mukozada elevasyon ve yüzeyde ince granüler görünüm

❖ **Üreteritis sistika:**

- ❖ 1-5 mm boyutlarında ince kistler, düzleşmiş ürotelyum



Üreter – **Tümör ve Tümör Benzeri Lezyonları**

- Primer tümörleri nadir.
- Küçük benign tümörler genellikle mezenkimal orijinli
- Primer malign tümörleri renal pelvis, kaliks ve mesaneye benzer. Büyük kısmı ürotelyal karsinomlardır. 6-7. dekatta görülür.
- **Fibroepitelyal polip**; tümör benzeri lezyon
 - gen çocuklarda
 - en sık üreterde olmak üzere, mesane, renal pelvis ve üretrada da görülebilir
 - lümene protrüde olan küçük kitle
 - ürotelyum ile döşeli gevşek vaskülarize konnektif doku

Üreter – **Obstrüktif Lezyonlar**

Üreterde obstrüksiyon



Hidroüreter



Hidronefroz
± Pyelonefrit

Üreteral Obstrüksiyon Nedenleri

İntrensek

Taş (≤ 5 mm çapında taşlar)

Striktür (konjenital / kazanılmış)

Tümörler

Kan pıhtıları

(taş / tm / papiller nekroza bağlı masif hematüri)

Nörojenik sebepler

Ekstrensek

Gebelik

Periüreteral inflamasyon

(salpenjit, divertikülit, peritonit,

sklerozing retroperitoneal fibrozis)

Endometriyozis

Komşu organ tümörleri

Tek taraflı obstrüksiyonlar; gen proksimal sebepler

Bilateral obstrüksiyonlar; distal sebeplerden (BPH gibi) kaynaklanır

Üreter – Obstrüktif Lezyonlar

Sklerozing Retroperitoneal Fibrozis

- Retroperitoneal yapıları içine alan fibrotik proliferatif inflamatuvar gelişim
- Üreteral daralma – obstrüksiyon → hidronefroza neden olur.
- Nadir
- Orta-ileri yaş, erkeklerde daha sık.
- Bir kısmı IgG4 ilişkili hastalık ile ilişkilendirilmiştir
 - artmış serum IgG4 düzeyleri / IgG4 pozitif plazma hücrelerinden zengin fibroinflamatuvar lezyonlar / pankreas ve tükrük bezlerinde tutulum
- Diğer sebepler;
 - İlaçlar (ergot derivatları, b adrenerjik blokerlar)
 - Komşu inflamatuvar durumlar (vaskülit, divertikülit, crohn)
 - Malign hastalıklar (lenfoma, üriner trakt ca)
 - Primer-idyopatik ob (Ormond hastalığı)
- Mikroskopik bulgular:
 - Sıklıkla germinal merkez oluşturan belirgin lenfositik infiltrat, plazma hücreleri (sıklıkla IgG4 +) ve eozinofil içeren fibröz doku.
- Tedavi:
 - Başlangıç: kortikosteroidler
 - hastalar nihayetinde rezistan geliştiriyor; üreteral stent, cerrahi!

MESANE PATOLOJİSİ

- Mesane hastalıkları genellikle öldürmeyen (nadiren letal) ama sakatlayan hastalıklardır.
 - **Konjenital anomaliler**
 - **İnflamasyon***
 - **Metaplastik lezyonlar**
 - **Neoplaziler ****
 - **Obstrüksiyon**

**Sistitler gen reproduktif yaş genç kadınlarda sorun oluşturur*

***Tümörler morbiditenin önemli bir sebebidir.*

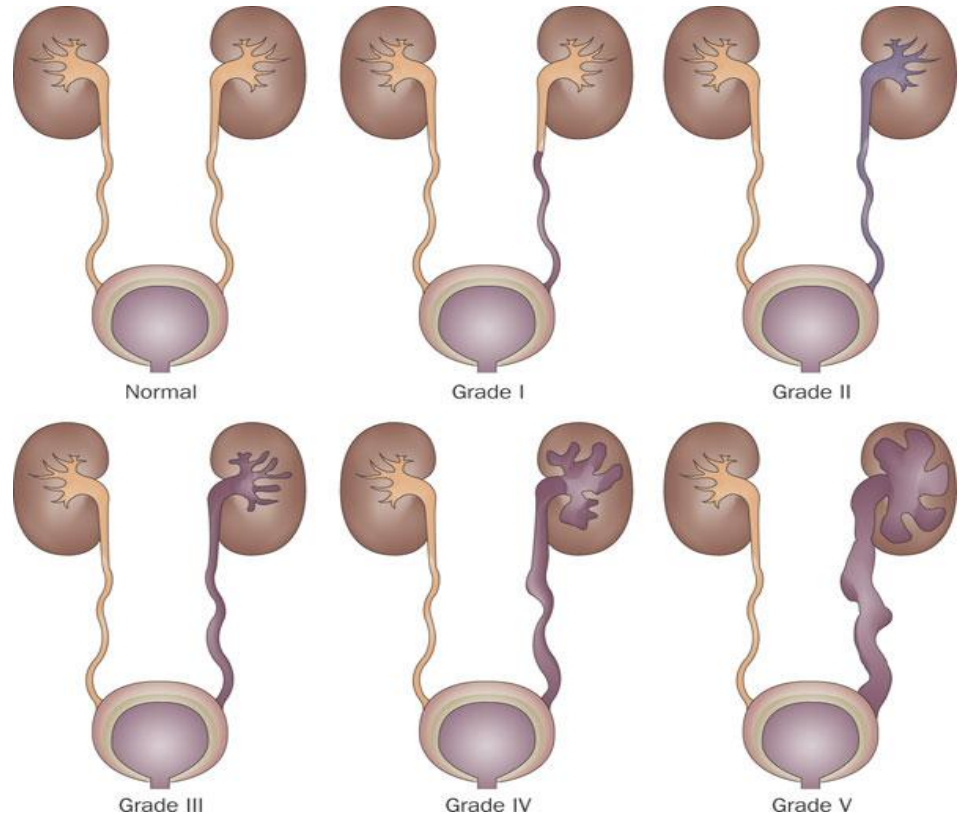
Mesane – **Konjenital Anomaliler**

- **Vezikoüreteral reflü**
- **Divertikül**
- **Mesane Ekstrofisi**
- **Urachal anomaliler**

Mesane – Konjenital Anomaliler

- **Vezikoüreteral reflü**
- Divertikül
- Mesane Ekstrofisi
- Urachal anomaliler

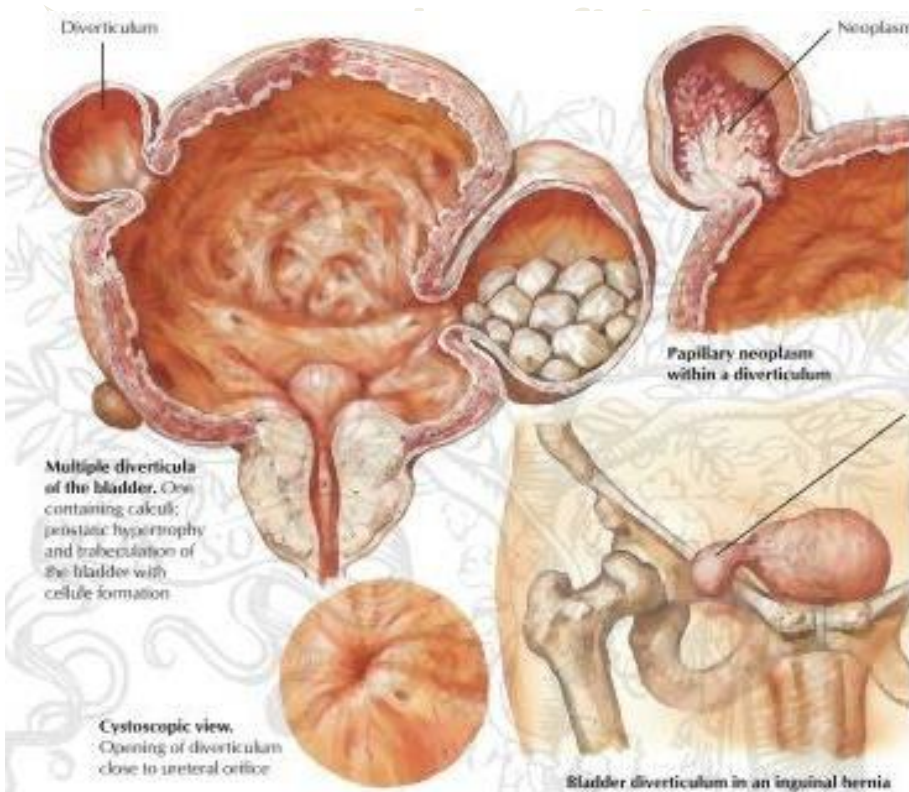
- En sık ve ciddi konj anomali
- Renal infeksiyon ve skarlaşmanın major sebebi (kronik pyelonefrit)



Mesane – Konjenital Anomaliler

➤ Vezikoüreteral reflü

➤ Divertikül



- 1–10 cm arasında değişebilen mesane duvarının poş benzeri evajinasyonu
- Konjenital veya kazanılmış (BPH'a bağlı idrar çıkışında obstrüksiyon ve kas kitlesinde kalınlaşma)
- **Mesane içi basınç artışı** duvarın dışarı keseleşmesine - divertikül oluşumuna neden olur.
- Sıklıkla multiple.
- Hipertrofik kas kitleleri arasında dar boğazlıdır
- Çoğ küçük ve asemptomatik olmasına karşın, üriner staz, infeksiyon ve taş oluşumuna neden olabildiklerinde klinik olarak anlamlı olabilirler.
- VUR'ye predispozisyon oluşturur
- nadiren malignite (kas tabakası ince/ veya yok; ileri evre prezentasyon)

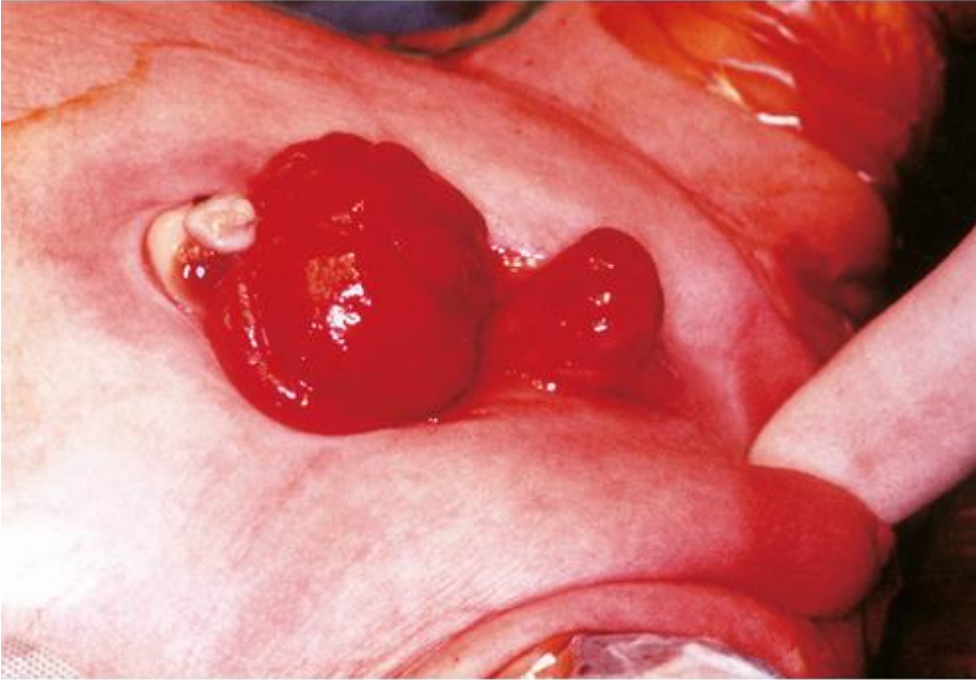
Mesane – Konjenital Anomaliler

➤ Vezikoüreteral reflü

➤ Divertikül

➤ Mesane Ekstrofisi

- Mesane ve ön karın duvarının gelişimsel anomalisidir.
- Mesane direk olarak vücut yüzeyi ile temastadır ve açık bir kese olarak görülür



- Mesane mukozasında kolonik glandüler metaplazi olur.
- İnfeksiyona yatkınlık. Üst üriner sistem infeksiyonları sıktır.
- Mesanede adenokarsinoma riski yüksektir
- Cerrahi onarıma uygundur
- Uzun survival mümkündür.

Mesane – Konjenital Anomaliler

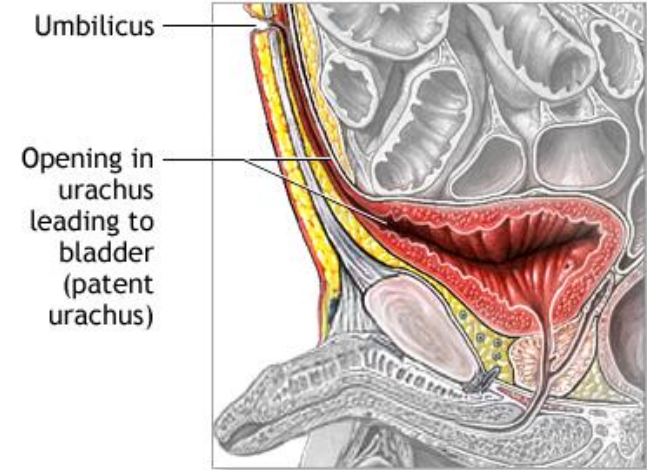
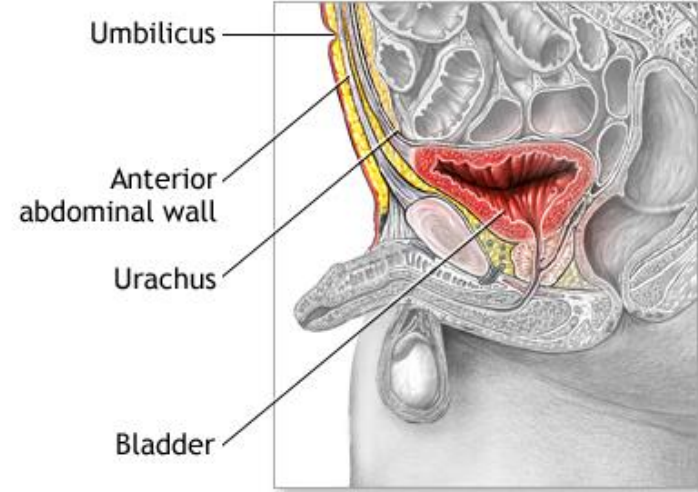
Urachus

- Fetal mesaneyi allantois ile bağlayan kanal
- Normalde doğum sonrası oblitere olur; bazen kısmen veya total olarak açık kalabilir.

➤ Urachal anomaliler

- Total patent kaldığında; mesane ile umblikus arasında fistüloz üriner trakt oluşur.
- Santral kısmı patent kaldığında; **urachal kistler** (ürotelyum veya metaplastik glanduler epitel ile döşeli) ob.

➔ **Bu kistlerde karsinomlar gelişebilir; mesane karsinomlarının çok az bir kısmı / ancak mesane adenokarsinomlarının %20-40'ını oluşturur.**



Mesane – **İnflamasyon**

- Akut ve kronik sistit
 - Bakteriyel pyelonefritler sıklıkla mesanedeki infeksiyondan kaynaklanır
 - Mikroorganizmanın retrograd yayılımı
 - En sık ajan coliformlardır; E. Coli.
 - Ayrıca Proteus, Klebsiella ve Enterobacter
 - Tbc sistiti
 - hemen her zaman renal tbc'nin sekeli olarak oç.
 - Candida albicans ve cryptococcal ajanlar
 - immünsuprese ve uzun süreli ab kullananlarda
 - Schistosomiasis (S.haematubium);
 - Özellikle Mısır olmak üzere orta doğu ülkelerinde sık.
 - Virüsler (adenovirus); hemorajik sistit
 - Chlamydia ve Mycoplasma sistiti
 - Radyasyon sistiti de ob.
 - Sitotoksik antitumor ilaçlar (siklofosamid); hemorajik sistit

Mesane – **İnflamasyon**

- Predispozan faktörler
 - mesane taşı, üriner obstrüksiyon, DM, instrümentasyon, immün yetmezlik
 - Kadınlar kısa üretra nedeni ile sistite daha yatkındır
- Sistitlerin çoğunda mesanede nonspesifik akut veya kronik inflamasyon bulgusu izlenir
- Akut sistit
 - mukozal hiperemi, nötrofilik infiltrat ve bazen eksuda
- Kronik sistit
 - Bakteriyel infeksiyonun persiste olması
 - mononükleer inflamatuvar infiltratlarla karakterli
 - Her zaman infeksiyon ile ilişkili değildir;
 - * Foliküler sistit; mukozada ve daha derin duvarda lenfoid foliküllerin varlığı
 - * Eozinofilik sistit; nonspesifik subakut inflamasyon, submucosal eosinofil infiltrasyonu, sistemik allerjik bir hastalığın manifestasyonu olarak açb.

Mesane – İnflamasyon

Özel Sistit Altıipleri

1. İntersitisyel sistit (kronik pelvik ağrı sendromu)

- Sıklıkla kadınlarda,
- intermittant şiddetli suprapubik ağrı, sık idrar, hematüri, dizüri
- sistoskopi: lüminal distansiyon sonrası mukozada fissürler, noktasal kanama alanları
- etyoloji ?, gelişim ve teşhis tartışmalı, tedavisi ampirik.
- İlerleyen süreçte kontrakte mesaneye neden olan transmural fibrozis gelişebilir.
- Patoloji bulguları nonspesifik
- Mukozal mast hücrelerinde artış karakteristiktir; patojenik önemi ve diagnostik önemi ?
- Kronik mukozal ülserler (hunner ulcers) ile ilişkili ob;; geç klasik ülseratif fazı olarak isimlendirilir.
- **Biyopsinin asıl amacı klinik olarak intersitisyel sistit taklit edebilen karsinoma insitu'yu ekarte edebilmektir.**

2. Polipoid sistit

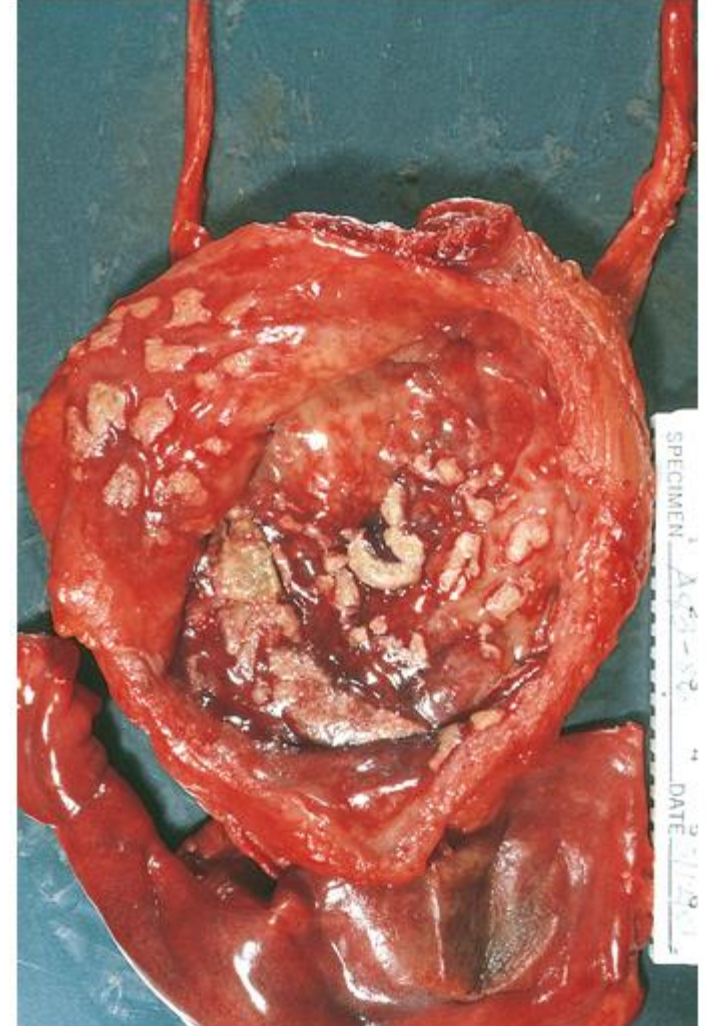
- Mukoza irritasyonu sonucu gelişen inflamatuvar lezyon.
- Kalıcı kateterler en sık neden,
- Belirgin submucosal ödem nedeni ile ürotelyum geniş bulböz polipoid projeksiyon gösterir.
- Klinik ve histolojik olarak papiller mesane ca ile karışabilir.

Mesane – İnflamasyon

Özel Sistit Altıpleri

3. Malakoplaki

- Fagositik fonk defektinden kaynaklanan kronik inflamatuvar bir reaksiyondur (makrofajlarda sindirilemeyen bakteriyel ürünlerin birikimi).
- Sıklıkla E.coli ve proteus kaynaklı kronik bakteriyel infeksiyon zemininde gelişir.
- İmmünsuprese tx hastalarında artmış sıklıkta izlenir.
- 3-4 cm arasında, yumuşak, sarı, yüzeyden hafif kabarık mukozal plaklar
- Kolon, akciğer, kemik, böbrek, prostat ve epididimde de bezner lezyonlar tanımlanmıştır.

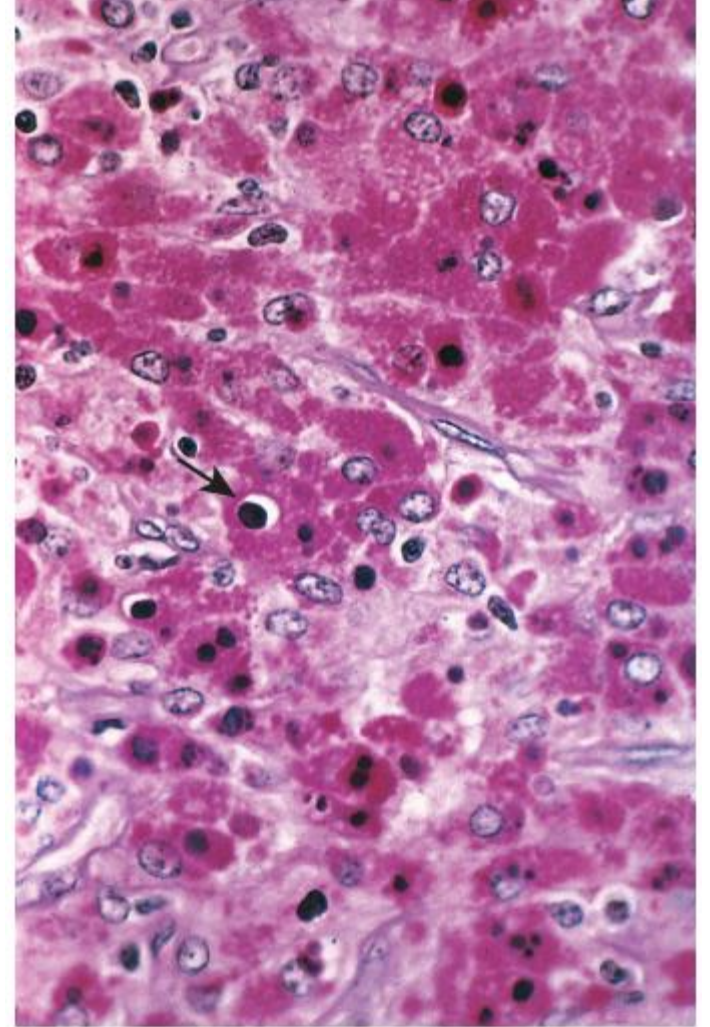


Mesane – İntlamasyon

Özel Sistit Altııpleri

3. Malakoplaki

- Büyük köpüksü makrofajlar ve arada nadiren karışık olarak multinükleer dev hücreler ve lenfositler
- Geniş granüler sitoplazmalı makrofajlar (bakteriyel orijinli partiküler ve membranöz debri ile tıka basa dolu fagozomlardan kaynaklanır)
- Makrofajlarda genişlemiş lizozomlarda kalsiyum depozisyonundan kaynaklanan laminated mineralize taşlaşmalar olur (**Michaelis-Gutmann cisimcikleri**)



Mesane – **Metaplastik Lezyonlar**

- Klinik olarak mesane karsinomasını taklit etmeleri açısından önemli !

1. Sistitis glandularis ve sistitis sistika

- Ürotelyum nestlerinin (brun nest) lamina propriaya doğru büyümesi
- Normal mesanede sık insidental bir bulgu.
- İnflamasyon ve metaplazi zemininde de görülebilir.

2. Skuamöz metaplazi

- Hasara cevap olarak ürotelyumun nonkeratinize skuamöz epitele dönüşmesi
- Kadınlarda trigonda normalde görülen glikojenize skuamöz epitelden ayırt edilmelidir.

3. Nefrojenik adenoma

- Dökülen renal tubül epitel hücrelerinin hasarlanmış ürotelyuma implantasyonu sonucu gelişen sıradışı bir lezyondur.
- Yüzey ürotelyumu fokal olarak kuboidal hücreler ile yer değiştirebilir
- Papiller büyüme paterni olabilir
- Genellikle <1 cm, karsinom şüphesine neden olan büyük lezyonlar da olabilir.
- Tubüler proliferasyon lamina propriayı ve yüseyel detrüsrör kası infiltre edebilir; malignite ile karışabilir.

Mesane – **NEOPLAZİLER**

MESANE TÜMÖRLERİ

Ürotelyal (Transizyonel) Tümörler

Ekzofitik Papillom

Inverted Papillom

Düşük Malign Potansiyelli Papiller Ürotelyal Neoplazi

Papiller Ürotelyal Karsinoma

Düşük Dereceli

Yüksek Dereceli

Karsinoma insitu

Mikst Karsinoma

Adenokarsinoma

Küçük Hücreli Karsinoma

Sarkomlar

Mesane tümörlerinin %95'i
epitelyal orijinlidir.

Epitelyal tümörlerin büyük kısmı
da transizyonel tiptir.

Mesane – Ürotelyal Tümörler

- Tüm mesane tümörlerinin %90'ı
- Rekürrens göstermeyen küçük benign lezyonlardan fatal seyredabilen agresif kanserlere kadar değişen skalada lezyonlar görülebilir.
- Sıklıkla multifokaldir.

İnvaziv ürotelyal karsinom için iki prekürsör lezyon vardır:

1. non-invaziv papiller tümör
2. flat non-invaziv ürotelyal karsinom (karsinoma insitu)

- En sık prekürsör lezyon papiller ürotelyal hiperplaziden köken alan noninvaziv papiller tümörlerdir.
- Bu tümörler atipik değişiklikler gösterirler ve biyolojik davranışına göre derecelendirilirler.

Mesane – Ürotelyal Tümörler

Epidemiyoloji-Patogenez

- Erkek > kadın : (3:1), 50-80 yaş
- Gelişmiş ülkeler > gelişmekte olan ülkeler
- Kentsel > kırsal
- Familial değildir (nadir istisnalar dışında)
- Sebepleri:
 - Sigara; en önemli etken, 3-7 kat artırır (tütün kullanım süresi ve tipi)
 - Endüstriyel Arilamin maruziyeti (2-naphthylamine ve ilişkili bileşikler)
 - Schistosoma haematobium infeksiyonu; endemik alanlarda-Mısır, Sudan. Skuamöz karsinoma riski yüksek.
 - Uzun süreli analjezik kullanımı
 - Ağır ve uzun süreli siklofosamid maruziyeti
 - İrradyasyaon; diğer pelvik maligniteler için yapılan RT'den seneler sonra.

Mesane – Ürotelyal Tümörler

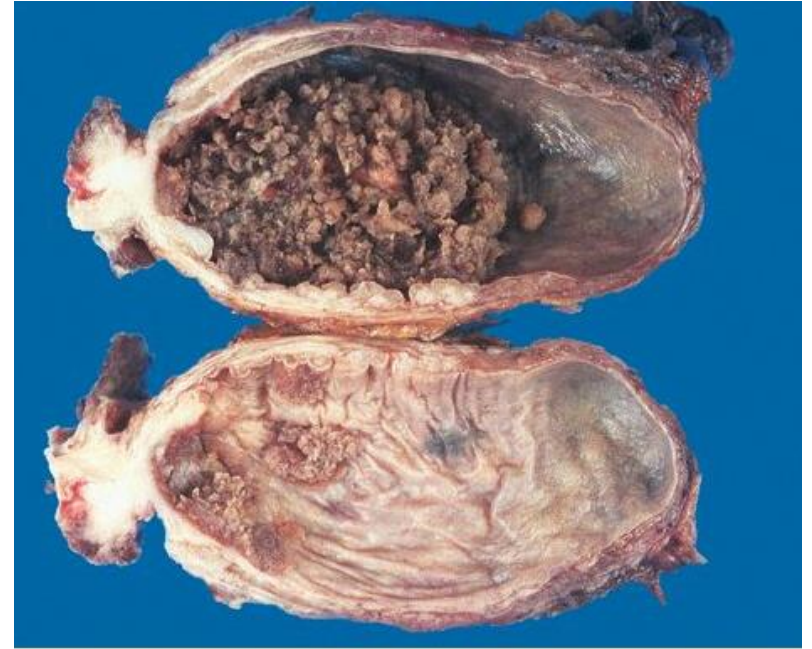
Epidemiyoloji-Patogenez

- Birçok kazanılmış genetik değişiklikler tanımlanmıştır;
 - *Temel olarak büyüme faktörü reseptör sinyal kaskadı aktivasyonu
 - *Bir kısmı tümör histopatolojisi ile kuvvetle ilişkili;
 - FGFR3 “gain-of-function” mutasyonları;
 - FGFR3 reseptör tirozin kinaz aktivasyonu
 - predominant olarak non-invaziv düşük dereceli papiller karsinomlarda
 - TP53 ve RB tümör supresör geninde “loss-of-function” mutasyonları
 - Hemen her zaman yüksek dereceli ve sıklıkla kas invaziv tümörlerde
 - *Histolojik tip bağımsız olanlar:
 - HRAS onkogen aktive edici mutasyonları
 - *Kro9 genetik materyal kaybı (monozomi veya delesyon 9p veya pq) sık
 - Erken değişiklikler olarak düşünülüyor.

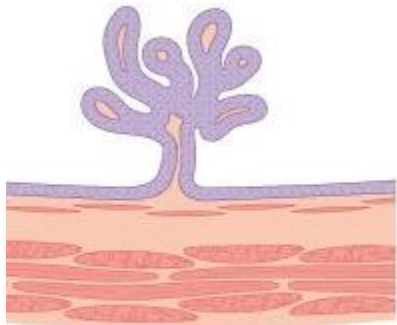
Mesane – Ürotelyal Tümörler

Histomorfoloji

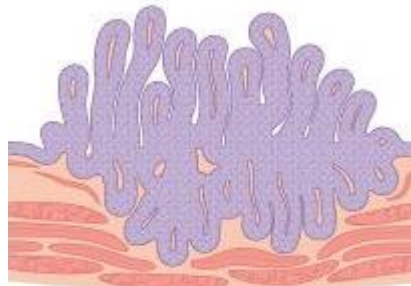
- Sıklıkla mesane tabanında, posterior veya lateral duvarlardan gelişir.
- Papiller lezyonlar 1cm'den küçük veya 5cm'e kadar ulaşabilen kırmızı kabarık lezyonlar şeklinde izlenebilir.
- Sıklıkla multipldır.



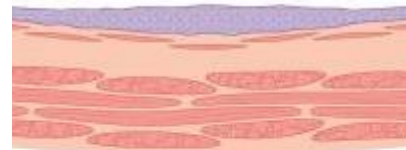
Courtesy Dr. Fred Gilkey, Sinai Hospital, Baltimore, Md.



Papilloma–
papillary carcinoma



Invasive
papillary carcinoma



Flat noninvasive
carcinoma (CIS)



Flat invasive
carcinoma

Mesane – Ürotelyal Tümörler

WHO/ISUP 2004 Klasifikasyonu

Benign Papilloma

Düşük Malign Potansiyelli Papiller Ürotelyal Neoplazi

Papiller Ürotelyal Karsinoma, Düşük Dereceli

Papiller Ürotelyal Karsinoma, Yüksek Dereceli

Ürotelyal Papillom

Mesane tümörlerinin <%1, genç hastalar

Tipik olarak tek ve küçük (0.5-2 cm) hassas yapıda, mukozaya bir sap ile tutunmuş (ekzofitik papillom) lezyon şeklinde prezente olur.

- Herbir parmaksı papilla normal ürotelyuma benzer epitel ile döşeli olup gevşek fibrovasküler santral kor içerir.
- Rekürrens veya progresyon nadirdir.



Robbins and Cotran
Pathologic Basis of Disease, 9th ed.

Düşük Malign Potansiyelli Papiller Ürotelyal Neoplazi

Papillomdan farklı olarak kalın ürotelyum ile döşelidir.

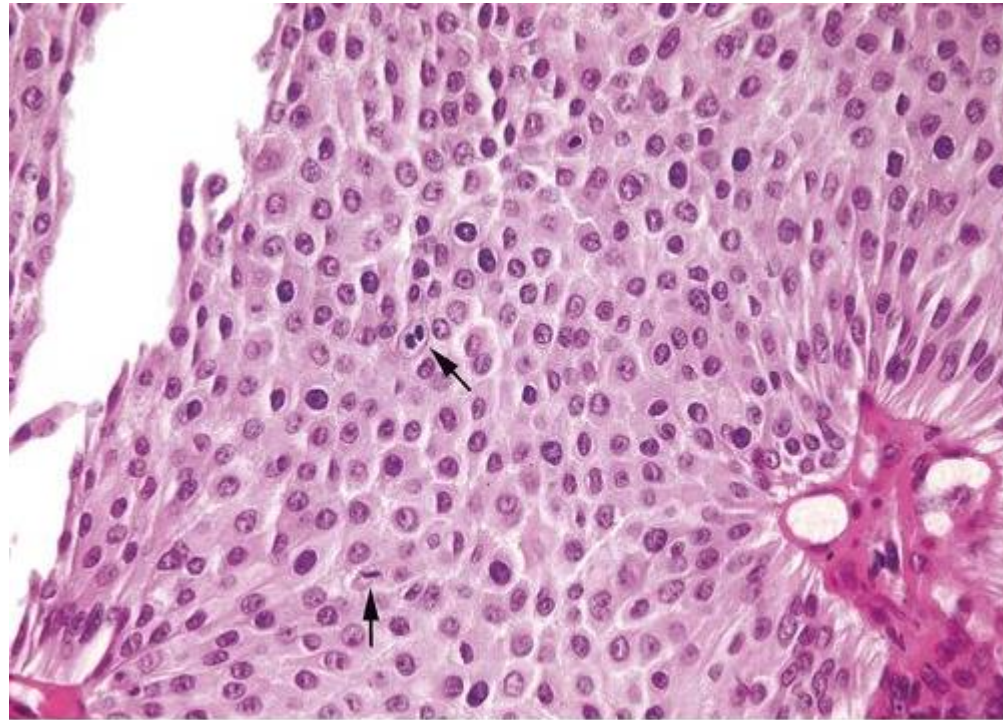
Sistoskopide daha büyük ve karsinomdan daha zor ayırtebilebilir lezyonlar

Mesane – Ürotelyal Tümörler

- Lamina propriaya invazyon prognozu kötüleştirmesine rağmen, survivaldaki azalma esas olarak m.proprianın (detrüsör kas) invazyonu ile ilişkilidir. M. Propria invazyonunda 5 yıllık mortalite hızı %30 olmaktadır.

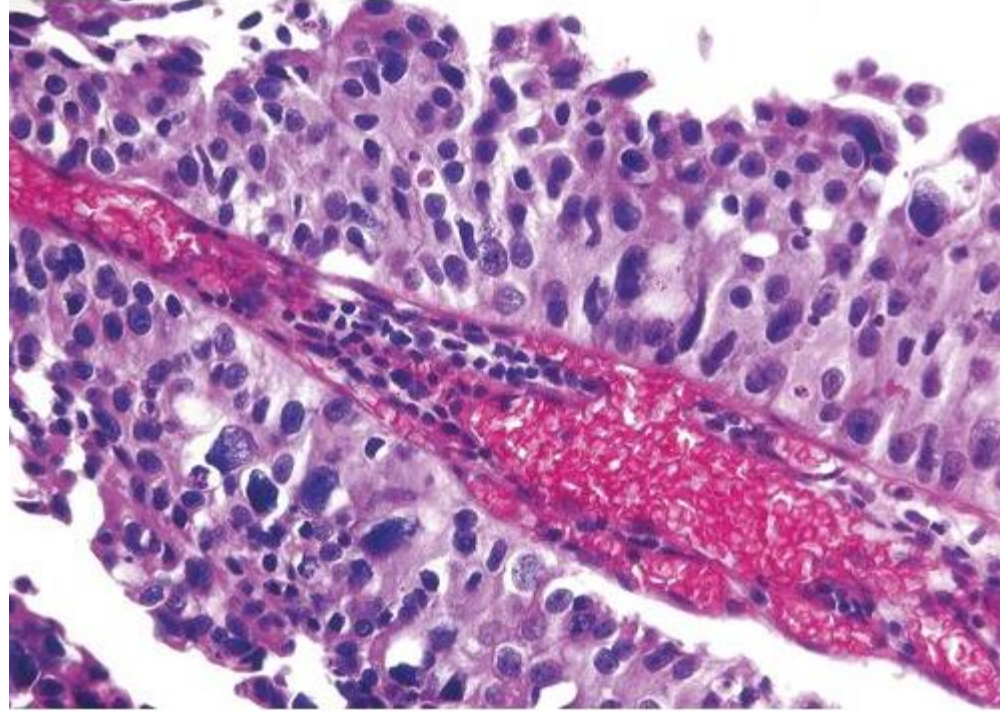
Papiller Ürotelyal Karsinoma – Düşük Dereceli

- Düzenli yapısal ve sitolojik görünüm
- Hücreler düzgün yerleşimlidir ve kohezivdir.
- Hafif düzeyde nükleer atipi (seyrek hiperkromatik nükleus, sık olmayan ve bazalde mitotik figure, nükleer boyut ve şekilde hafif varyasyon)
- Rekürrens olabilir
- Sık olmasa da invazyon gösterebilir.

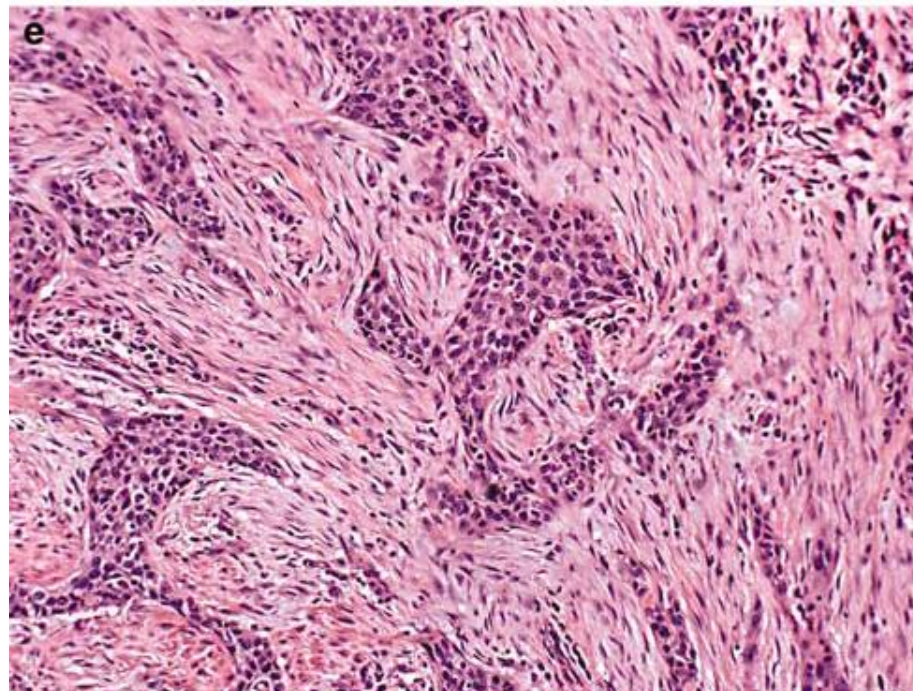
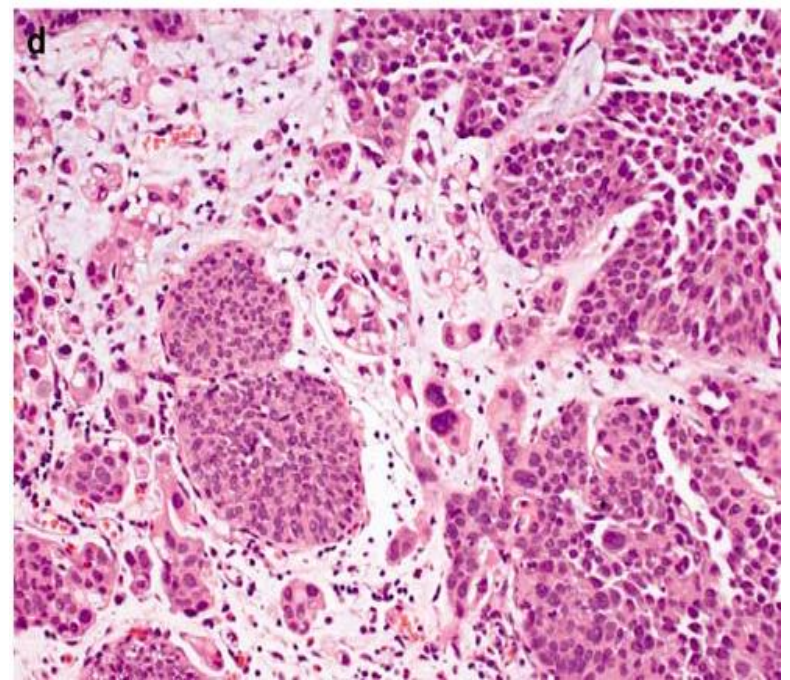
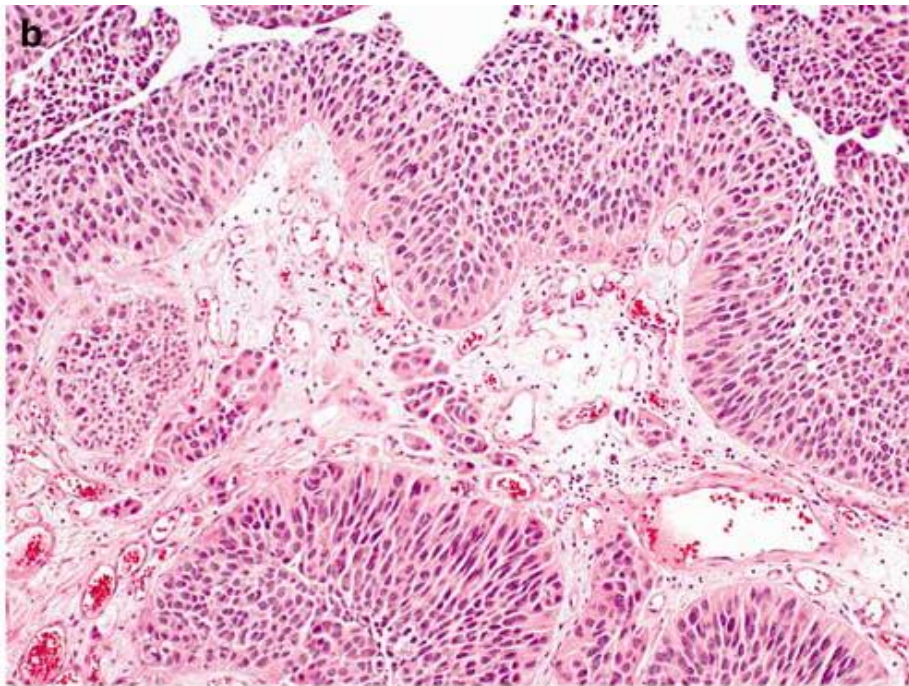


Papiller Ürotelyal Karsinoma – Yüksek Dereceli

- Büyük hiperkromatik nükleuslu diskoheziv hücreler içerir.
- Bir kısmı anaplazik görünümde ob.
- Mitozlar sıktır, atipik olabilir.
- Yapısal olarak polarite kaybı ve düzensizlik vardır.
- Düşük dereceli olanlara göre invazyon riski çok daha yüksektir. %10 vs %80
- Yüksek risk progresyon gösterir
- İnvazyon varlığında ciddi metastatik potansiyel gösterirler.

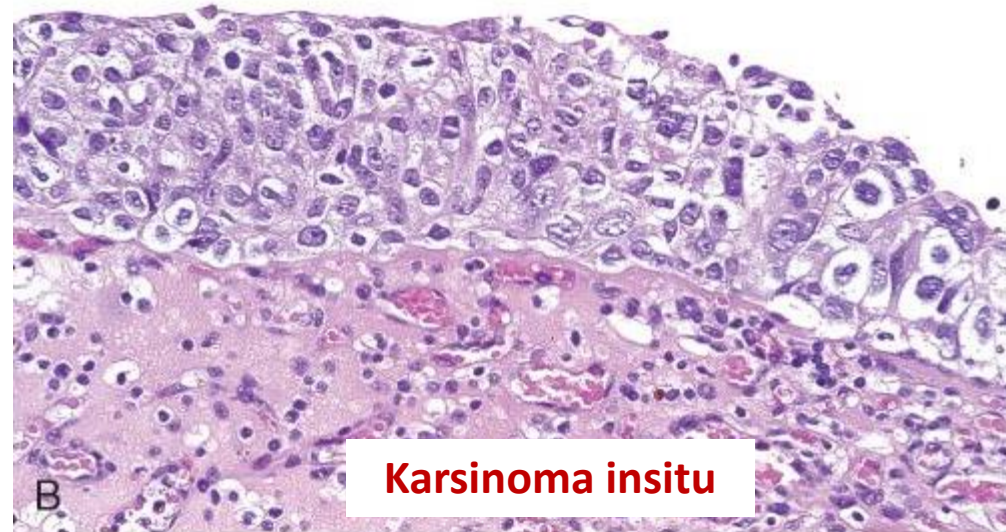
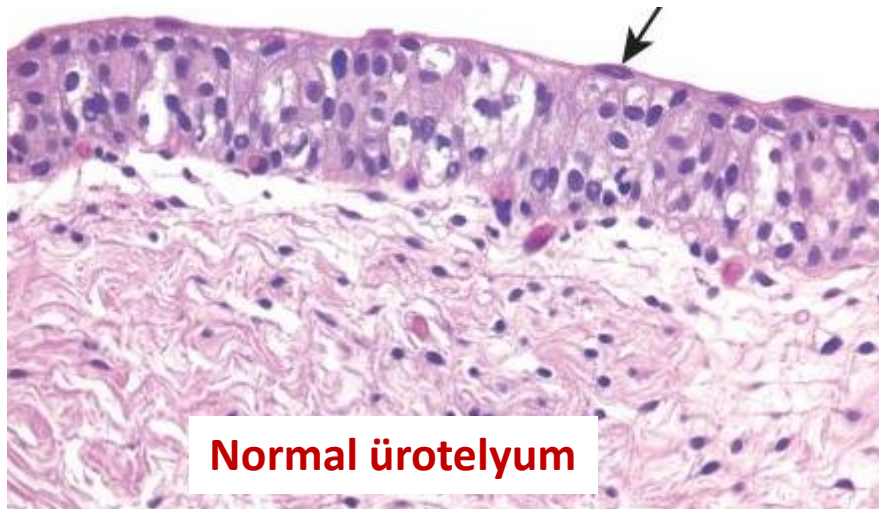


Copyright © 2015 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.



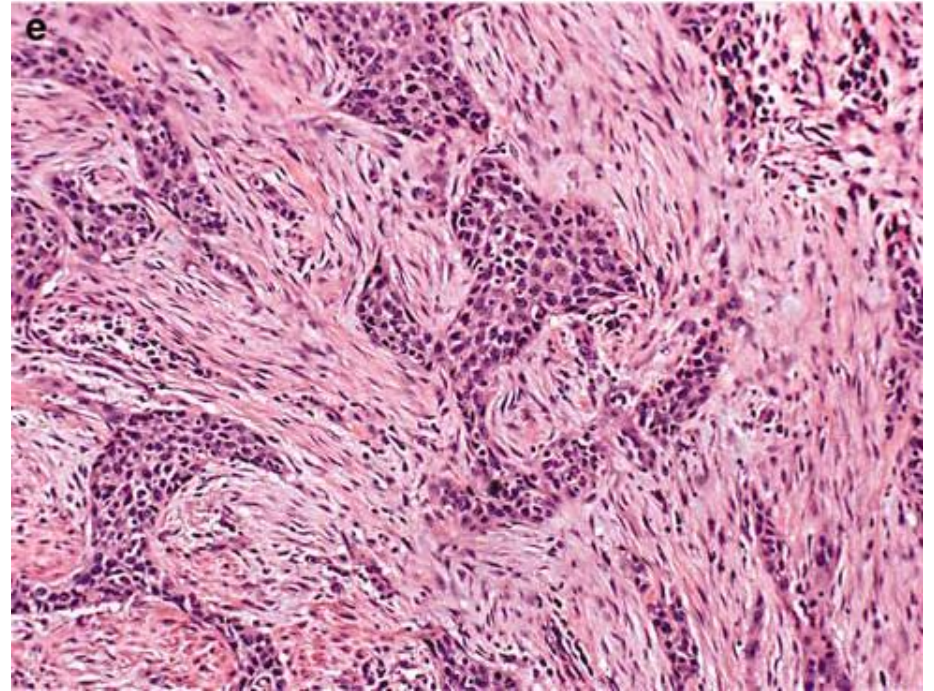
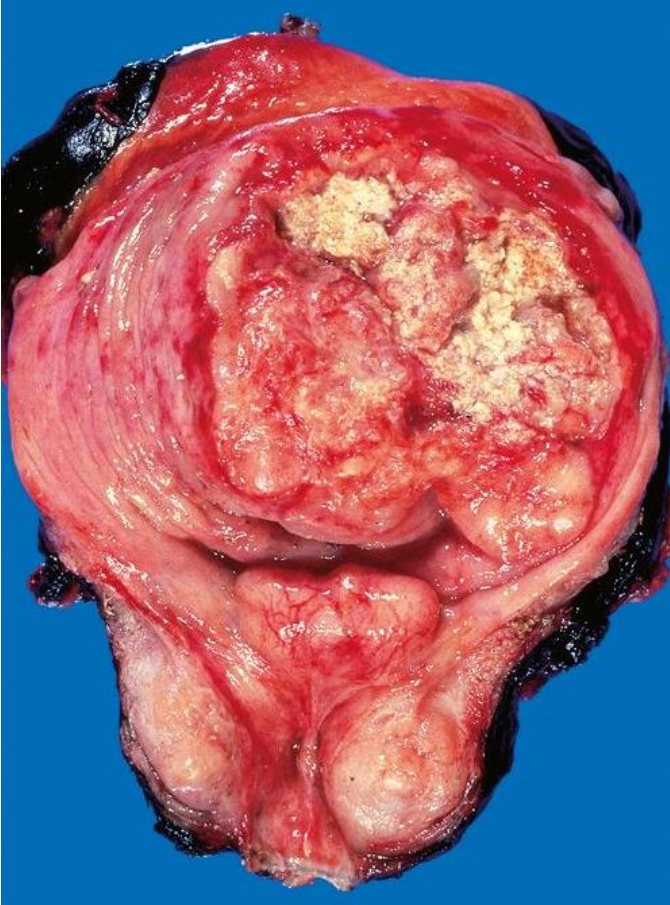
Karsinoma İnsitu (Flat Ürotelyal Karsinoma)

- Düz – flat ürotelyumda sitolojik olarak malign hücrelerin bulunması
- Yüksek dereceli olarak kabul edilir.
- Tam epitel katı boyunca sitolojik atipili hücreler şeklinde olabileceği gibi, normal ürotelyumda dağınık malign hücreler şeklinde de (pajetoid yayılım) ob.
- Genellikle mukozal kırmızılık, granülarite veya intraluminal kitle olmadan kalınlaşma şeklinde izlenir.
- Sıklıkla multifokaldır ve mesane yüzeyinin çoğunu kaplayabilir.
- Üreterlere ve üretraya ilerleyebilir.
- **Tedavi edilmezse %50-75 invaziv kansere döner.**



İnvaziv Ürotelyal Karsinoma

- Genellikle yüksek dereceli papiller ürotelyal karsinoma veya karsinoma insitu ile ilişkilidir.

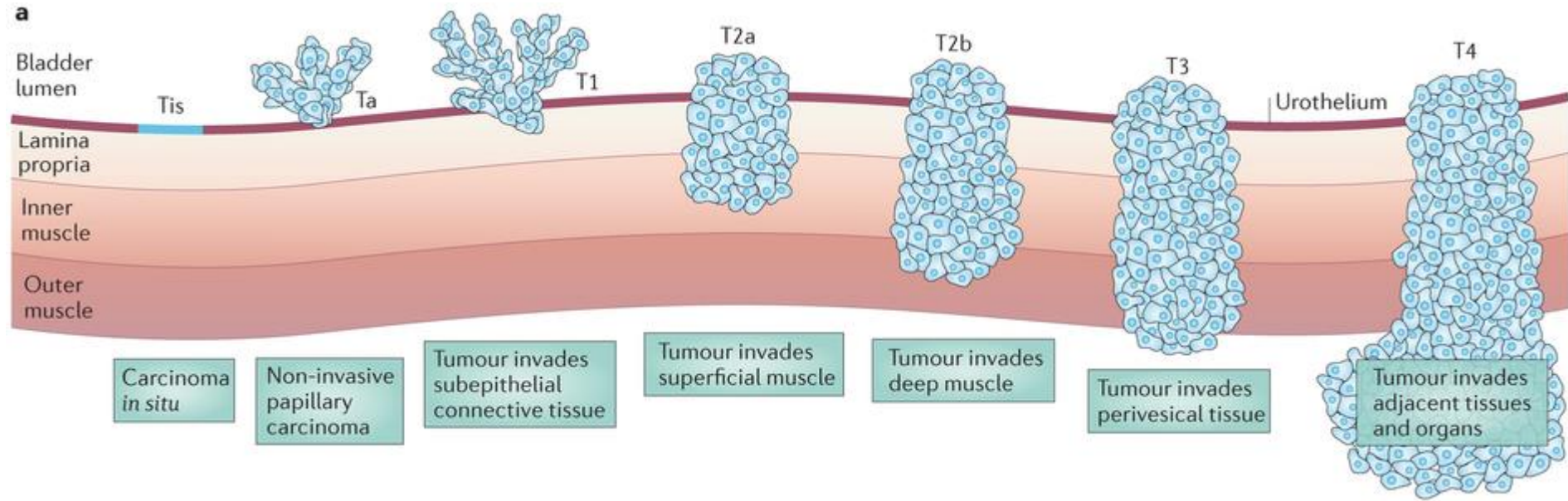


Mesane Kanseri - Evreleme

İnvazyon derinliđi	AJCC/UICC
Ta	Non-invaziv, papiller
Tis	Karsinoma insitu, noninvaziv-flat
T1	Lamina propria invazyonu
T2	Muskularis propria invazyonu
T3a	Mikroskopik ekstraprezikal invazyon
T3b	Gros ekstraprezikal invazyon
T4	Komşu organlara invazyon

Hasta gidişatını belirlemede en önemli faktör ilk teşhisde yayılımın yani evrenin en doğru şekilde belirlenmesidir.

Mesane Kanseri - Evreleme



Robbins and Cotran
Pathologic Basis of Disease, 9th ed.

- ✓ Derin invaziv tümörlerin %40'ı reyonel lenf nodüllerine metastaz yaparlar.
- ✓ Hematojen yayılım esas olarak karaciğer, akciğer ve kemik iliğine olur.

Diğer Epitelyal Mesane Tümörleri

1. Skuamöz hücreli karsinoma

- ABD; mesane ca'ların %3-7'si
- **Schistosomiasis endemik bölgelerinde sık.**
- Pür olanlar sıklıkla kronik mesane irritasyonu ve infeksiyon ile ilişkili
- Mixed (ürotelyal karsinoma + skuamöz karsinoma) olan pür SCC'den daha sık

2. Adenokarsinoma

- Nadir, histolojik olarak GI trakt adenokarsinomlarına benzer
- Urachal artık veya yaygın intestinal metaplazi ilişkili gelişebilir.

3. Small-cell karsinoma

Mesane Tümörü - Klinik Gidiş

- Ağrısız hematüri, dominant ve bazen tek klinik belirtidir.
- Tümörün derecesi ne olursa olsun eksizyon sonrası rekürrens sıktır
- Rekürrensler daha yüksek dereceli olabilir.
- **Rekürrens ve progresyon riski;**
 - Tümör boyutu
 - Evre
 - Grade
 - Multifokalite
 - Önceki rekürrens hızı
 - Komşu mukozada eşlik eden displazi ve/veya karsinoma insitu varlığı ile ilişkilidir.

Mesane Tümörü - Klinik Gidiş

- Prognoz; **tümörün derecesi (grade)** ve **tanı sırasında evreye** bağlıdır.

Papillom PUN-Düşük Malign Pot. LG- PUC	10 yıllık survi %98 (rekürrens sayısından bağımsız)	<%10 yüksek gradeli lezyona progresyon
HG-PUC	Ölüm riski %25	
De novo CIS	Kas invazyon riski %28	Hast bağlı ölüm riski %7
CIS + İnfiltratif UC	Kas invazyon riski %59	Hast bağlı ölüm riski %45
İnvaziv UC	LP invazyonu %30 mortalite	
Skvamöz karsinoma Adenokarsinoma	Overall kötü prognoz	

Mesane Tümörü - Klinik Gidiş- Tedavi

- Erken teşhis ve yeterli-uygun takip önemli
- İnvaziv mesane kanserlerinin %50'si kas invazyonu ile prezente oluyor ve tedaviye rağmen rölatif olarak kötü prognoz gösteriyor.
- Erken evre tespit edilebilen tümörlerde, sistoskopi ve biyopsi teşhiste en önemli basamaklar.
- Takip eden süreçte hastalar takip sistoskopilerle tümör rekürrensi açısından araştırılıyor
- İdrar sitolojisi de kullanılabilir (özellikle insitu için)
- Tedavi:
 - Transüretal rezeksiyon,
 - İntravezikal BCG tedavisi (bacillus Calmette-Guerin: mycobacterium bovis)
+ sistoskopik TAKİP
 - Radikal sistektomi

ÜRETRA

- İnflamasyon
 - 1. Gonakokal; venereal infeksiyonun en erken manifestasyonu
 - 2. nongonakokal; sık, bir çok mo ile oluşabilir; chlamydia, mycoplasma
- Tümör ve tümör benzeri lezyonları
 - Üretral karünkül
 - Tipik olarak yaşlı kadın, Eksternal üretral meatusta küçük kırmızı ağrılı kitle
 - İnflamatuvar lezyon; intakt, çok frajil mukoza ile örtülü inflame granülasyon dokusu, ülsere ob.
 - Benign epitelyal tümörler
 - Skuamöz / ürotelyal (+-inverted) papillom
 - kondilom
 - Primer üretra karsinomu, çok nadir
 - Proksimal üretradan kaynaklananlar ürotelyal diferansiasyon gösterir mesane ile benzerdir.
 - Distal üretrada daha sıklıkla skuamöz hücreli ca görülür.
 - Adenokarsinomlar nadir, kadınlarda

Teşekkürler