



ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ COVID19 PANDEMİSİ VE ÜROONKOLOJİ KILAVUZU

COVID19 pandemisinin dünyada ve ülkemizde de en önemli sağlık durumu haline geldiği bu günlerde, **Üroonkoloji Derneği** olarak **09 Nisan 2020 tarihi itibariyle** ürolojik kanser tanısı bulunan hastaların tedavi ve takip süreçlerine dair **güncel ve günlük pratiğimizi yansıtan hasta bazlı önerilerde** bulunarak bu olağanüstü şartlar altında meslektaşlarımızın yararlanabileceği bir rehber oluşturmayı amaçladık.

Mevcut COVID19 sürecinin getirdiği şartlara göre üroonkoloji hastalarımızın tedavi, takip protokollerinin gözden geçirilmesi ve düzenlenmesi gerekmektedir. Tıbbın yeni karşılaştığı bu ciddi problem konusunda kanıta dayalı tıp açısından çalışmalar son derece az olup, bu güncellemelerin büyük kısmını gözlemler, eski çalışmalardan yansıtılan sonuçlar ve uzmanların/hastane/derneklerin kişisel deneyimlerine dayanan görüşler oluşturmaktadır.

Yeni bilgi akışının baş döndüren hızda sürdüğü ve nerdeyse haftalar içinde kılavuzların değişebildiği bu süreçte, **Üroonkoloji Derneği tarafından hazırlanan bu kılavuz düzenli aralıklar ile yenilenecek ve değişiklikler bildirilecektir.**

Hepimizin kabul edeceği üzere, hiçbir hekim hiçbir hastalığın ya da hastanın tedavisini geciktirmek istemez. Hele ki konu kanser olunca hepimizin amacı, hastayı hastalığına uygun en güncel tedavi yöntemleri ile tedavi etmek ve hayat kalitesini en az derecede etkileyerek normal gündelik hayatına sağlıklı bir şekilde geri döndürebilmektir. Bu açıdan bakıldığında karşı karşıya olduğumuz salgının yarattığı ortamın oluşturduğu kısıtlı imkanlar çerçevesinde **risk-yarar hesaplamalarını yaparak, hastaya verilecek kararın olası sonuçları anlatılarak, hasta ile birlikte karar vermek** en doğru yaklaşım olacaktır. Hastanın psikolojik durumu ve stres yönetimi bu dönemde çok daha fazla önem

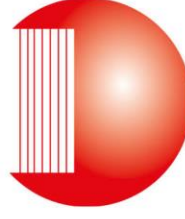


kazanmıştır. **Tedavi ertelenmesi gibi kararlar alınırken hasta ile beraber ve gerekirse psikiyatri uzman görüşü alınarak yapılmalıdır.**

Enfeksiyon Hastalıkları ve Halk Sağlığı Uzmanlarının öngörülleri bu pandeminin önümüzdeki 2-3 ay içerisinde hayatın normal akışını etkilemeyecek bir safhaya girebileceği yönündedir. Bu metinde, önümüzdeki 3 aylık süreçte Üroonkoloji alanında ertelenmesi uygun olan ve olmayan tedavi ve işlemlere dair öneriler bulunmaktadır. Bu öneriler hekimler tarafından değerlendirilirken bazı parametreler göz önünde bulundurulmalıdır.

ÜROONKOLOJİ HASTALARININ TAKİP VE TEDAVİSİNDE KARAR ALINIRKEN GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMASI GEREKEN PARAMETRELER

- Hastanenin durumu, Pandemi hastanesi mi değil mi? Hastanenin bulunduğu bölgedeki COVID19 enfeksiyon yaygınlığı,
- Yoğun bakım kapasitesi, ventilasyon cihazlarının durumu ve COVID19 açısından kontaminasyon durumları,
- Kan ve kan ürünlerine ulaşım problemleri,
- Hastanın yaş, komorbidite ve ASA skoru gibi ek sağlık parametreleri,
- Hastanın psikolojik durumu ve kanser- COVID19 ikilemi,
- Takip işlemlerinin mümkünse online görüşme ve teletıp yöntemleri ile yapılması, tetkik yapılması gerekiyorsa COVID19 pozitif olmayan merkezlere yönlendirilmesi,
- Ertelenemez cerrahi girişimler için COVID19 olmayan hastanelere veya hastanenin COVID19 olmayan cerrahi alanlarına transferi kuvvetle önerilmektedir. Cerrahiler, en tecrübeli ekiple, en iyi bilinen yöntemle ve en hızlı şekilde tamamlanmalıdır.



- Erteleme yapıldığı takdirde, erteleme süresi bittiğindeki covid açısından olası olumsuz şartlar ve olası sonuçlar (ameliyatın tekrar ertelenme riski vs.) hasta ile ayrıntılı konuşulmalıdır.
- **TÜM ürolojik kanser ameliyatları için geçerli olmak üzere; Laparoskopik ve robotik yaklaşımlar** konusunda COVID19 açısından **güvenlik endişelerinin olması ve bu işlemlerin açık cerrahiye oranla daha uzun sürmesi** nedeniyle bu dönemde cerrahi yaklaşım seçiminin bu parametreler göz önünde bulundurularak karar verilmesi gerekir (1).
- COVID19 pozitif hastalarda acil ürolojik kanser operasyonları özel tanımlanmış merkez ve cerrahi salonlarda yapılmalıdır. Bu hastalarda oluşan komplikasyonlar için henüz çalışma yoktur ve ciddi COVID19 önlemleri alınmalıdır.
- Ling ve arkadaşları tarafından, iyileşmekte olan hastalarda idrarda %6.9 oranında COVID19 pozitifliği bildirilmiştir, diğer çalışmalar bunu doğrulaması da ürologlar idrarla temas kontaminasyonu konusunda dikkatli olmalıdır. (2)
- COVID19 Riskleri ile ilgili ayrı bir onam formu alınması önerilir
- Preoperatif değerlendirmede enfeksiyon hastalıkları uzmanı görüşü alınarak, yapılacak ameliyatlar öncesi Covid19 testi ve toraks BT yapılması önerilebilir.
- **Klinik araştırma** kapsamında olan hastalarda tedavinin devamı veya ertelenmesi kararları çalışma yürütücüsü olan sorumlu kişiler arasında konuşulup çalışma ve hasta bazlı ortak bir şekilde alınmalıdır. Bu grup hasta çoğunlukla ileri yaş hasta grubu olup Covid19 dan en çok etkilenecek hastalardır. Hasta için kanser ve Covid19 Risk-fayda analizi ve bağışıklık sistemi üstündeki olası etkiler göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik çalışmadaki hastaların takibi hastaneye gelmeden, mümkünse online sistem veya



teletıp uygulamaları ile yapılmalı ve Covid19 ile ilgili ek bir onam formu doldurulması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally Invasive Surgery and the Novel Coronavirus Outbreak: Lessons Learned in China and Italy. Ann Surg. 2020 Mar 26. doi: 10.1097/SLA.0000000000003924.
2. Ling L, Wong WT, Wan WTP, Choi G, Joynt GM. Infection control in non-clinical areas during COVID-19 pandemic. Anaesthesia. 2020 Apr 8. doi: 10.1111/anae.15075.[Epub ahead of print] PubMed PMID: 32267964.

ÜROTELYAL KARSİNOM (MESANE VE ÜST ÜRİNER SİSTEM)

a) Hematüri ile Başvuran ve Yapılan Görüntülemeye Mesanede Kitle Saptanan Hasta (Primer Hasta)

Bu hastalarda yapılacak sistoskopi ve beraberinde uygulanacak **transüretal rezeksiyon (TUR)** sonrasında çoğu hastada hastanede yatış gerekmeyeceği için, eğer ilgili merkezde uygun şartlar mevcutsa bu işlemin **ertelenmemesi** önerilir ve **transüretal rezeksiyon (TUR)** işlemi sonrası hastanede kalış süresini kısa tutacak tüm önlemler alınmalıdır. Ancak, güncel rehberlerde düşük riskli ve bazı orta riskli kasa invaze olmayan mesane kanserlerinde işlem sonrası erken dönemde önerilen **mesane içine kemoterapi uygulaması**, postoperatif dönemde komplikasyon riskini arttırabileceği ve hastanede kalış süresini uzatabileceği için, mevcut salgın döneminde bu uygulamanın **yapılmaması** uygun gözükmemektedir (1, 2).



b) pT1 veya Yüksek Dereceli Ürotelyal Karsinom Nedeniyle reTUR Planlanan Hastalar

ReTUR sonrası hastaların %51-58'inde rezidü tümör ve %8-11 hastada da kasa invaze hastalık olasılığı mevcuttur (3,4). Evreleme ve tam rezeksiyon açısından kritik olan bu işlem sonrasında, gelecek patoloji sonucuna göre daha agresif tedavilerin uygulanması da söz konusu olabilir. Optimal onkolojik sonuçları elde etmek için bu işlemin 2 ile 6 hafta arasında yapılması önerilmektedir (5). Bu hastalarda yapılacak **reTUR** sonrasında çoğu hastada hastanede yatış gerekmeyeceği için, eğer ilgili merkezde uygun şartlar mevcutsa bu işlemin **ertelenmemesi** en fazla **6 hafta** içinde yapılması önerilir.

c) Karsinoma in situ, pT1 veya Yüksek Dereceli Ürotelyal Karsinom Nedeniyle İntrakaviter İndüksiyon Tedavisi BCG Uygulaması

Bu uygulama ile hastaların göreceği fayda ve karşılaşılabilecekleri olası komplikasyonlar düşünüldüğünde mesane içine indüksiyon **BCG uygulaması** uygun gözükmemektedir. Bu işlem hastane yatışı gerektirmeyen ve kısa sürede uygulanabilen bir girişim olduğu için, eğer ilgili merkezde uygun şartlar mevcutsa bu işlemin **ertelenmemesi** uygundur.

d) Kasa İnvaze Olmayan Mesanenin Ürotelyal Karsinomu Takip

- i. **Düşük ve orta risk** grubuna giren hastalarda öngörülen salgın sürecinde kontrol sistoskopilerinin **ertelenmesinde bir sakınca gözükmemektedir**.
- ii. **Yüksek risk** grubundaki hastalarda öngörülen salgın sürecinde, hastaya da bilgilendirme yapılarak, **kontrol sistoskopilerinin ertelenmesinde bir sakınca gözükmemektedir**. Belki bu grupta **tek istisnai durum, cerrahi sonrası ilk 3. Ay kontrolüne gelecek olan çok yüksek riskli kasa invaze olmayan mesane kanserli** hastanın durumudur. Üçüncü Ay kontrolde tümör olması durumu bu hastalarda erken sistektomi kararı için önemli olduğu için bunlarda



sistoskopi yapılabilir. Kontrol sistoskopisi ertelenecek diğer hastalardan idrar sitolojisi gönderilmesi ve **üriner sistem ultrasonografisi veya MR** gibi kontrol görüntüleme yapılması uygun gözükmektedir. **Intravezikal BCG** uygulaması hastane yatışı gerektirmeyen ve kısa sürede uygulanabilen bir girişim olduğu için, eğer ilgili merkezde uygun şartlar mevcutsa bu işlemin **ertelenmemesi** uygundur.

e) Kasa İnvaze Mesanenin Ürotelyal Karsinomu

Bu hasta grubunda **radikal sistektominin ertelenmemesi** önerilir. Tanı sonrasındaki 90 gün içerisinde ameliyat uygulanan hastalarda N+ hastalık ve evre yükselmesi daha düşük izlenirken, genel ve progresyonsuz sağkalım oranları daha yüksek saptanmaktadır (6, 7, 8). Salgın sürecinde peroperatif ve postoperatif dönemdeki komplikasyon oranlarını düşürmek amacıyla, yüksek hacimli cerrahi uygulanan merkezlere hastaların yönlendirilmesi uygun bir yaklaşım olarak önerilebilir. Neoadjuvan kemoterapi verme kararı bağışıklık sistemi ile ilgili endişeler nedeni ile hasta bazlı verilmeli ve üroonkoloji konseylerinde konuşulmalıdır. Dünyadaki genel uygulama kemoterapi vermeden doğrudan sistektomi yapılması yönündedir.

f) Üst Üriner Sistem Ürotelyal Karsinomu

Tanısız üreterorenoskopik girişimler ve tümör örnekleme işlemi çoğu hastada hastanede yatış gerekmeyeceği için, eğer ilgili merkezde uygun şartlar mevcutsa bu işlemin **ertelenmemesi** önerilir. Ancak güncel rehberlerde işlem sonrası erken dönemde önerilen **mesane içine kemoterapi uygulaması** ile postoperatif dönemde komplikasyon riskini arttırabileceği ve hastanede kalış süresi uzayabileceği için, mevcut salgın döneminde bu uygulamanın **yapılmaması** uygun gözükmektedir (1, 2).



Radikal nefroüretrektomi ameliyatı, tanı sonrasındaki 90 gün içerisinde ameliyat uygulanan hastalarda hastalığa bağlı ve progresyonsuz sağkalım oranları daha yüksek saptanmaktadır ve ameliyatın **ertelenmemesi önerilir** (9). Bununla beraber, güncel rehberlerde işlem sonrası erken dönemde önerilen **mesane içine kemoterapi** uygulaması postoperatif dönemde komplikasyon riskini arttırabileceği ve hastanede kalış süresini uzatabileceği için, mevcut salgın döneminde bu uygulamanın **yapılmaması** uygun gözükmemektedir (1, 2).

KAYNAKLAR

1. Oddens, J.R., et al. One immediate postoperative instillation of chemotherapy in low risk Ta, T1 bladder cancer patients. Is it always safe? Eur Urol, 2004. 46: 336
2. Elmamoun, M.H., et al. Destruction of the bladder by single dose Mitomycin C for low-stage transitional cell carcinoma (TCC)--avoidance, recognition, management and consent. BJU Int, 2014. 113: E34
3. Cumberbatch, M.G.K., et al. Repeat Transurethral Resection in Non-muscle-invasive Bladder Cancer: A Systematic Review. Eur Urol, 2018. 73: 925
4. Naselli, A., et al. Role of Restaging Transurethral Resection for T1 Non-muscle invasive Bladder Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Eur Urol Focus, 2018. 4: 558
5. Baltacı S, Bozlu M, Yıldırım A, Gökçe Mİ, Tinay İ, Aslan G, Can C, Türkeri L, Kuyumcuoğlu U, Mungan A. Significance of the interval between first and second transurethral resection on recurrence and progression rates in patients with high-risk non-muscle-invasive bladder cancer treated with maintenance intravesical Bacillus Calmette-Guérin. BJU Int. 2015 Nov;116(5):721-6



6. Mmeje CO, Benson CR, Nogueras-González GM, Jayaratna IS, Gao J, Siefker-Radtke AO, et al. Determining the optimal time for radical cystectomy after neoadjuvant chemotherapy. *BJU Int* 2018;122:89–98
7. Boeri L, Soligo M, Frank I, Boorjian SA, Thompson RH, Tollefson M, Quevedo FJ, Cheville JC, Karnes RJ. Delaying Radical Cystectomy After Neoadjuvant Chemotherapy for Muscle invasive Bladder Cancer is Associated with Adverse Survival Outcomes. *Eur Urol Oncol.* 81 2019 Jul;2(4):390-396
8. Gore JL, Lai J, Setodji CM, Litwin MS, Saigal CS, Urologic Diseases in America Project. Mortality increases when radical cystectomy is delayed more than 12 weeks: results from a Surveillance, Epidemiology, and End Results-Medicare analysis. *Cancer* 2009;115:988–96.
9. Waldert M, Karakiewicz PI, Raman JD, Remzi M, Isbarn H, Lotan Y, et al. A delay in radical nephroureterectomy can lead to upstaging. *BJU Int* 2010;105:812–7.





PROSTAT KANSERİ

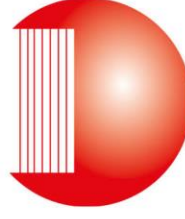
- a) **PSA (prostat spesifik antijen) kullanımı:** Tarama için kullanımı önerilmez
- b) **Prostat biyopsisi: Ciddi derecede semptomatik ve aynı zamanda DRE pozitif ve/veya yüksek PSA** değeri olan hastada olası yüksek riskli prostat kanseri açısından **biyopsi yapılması önerilir.** Bu grup dışındaki diğer hastalarda prostat biyopsilerinin ertelenmesini öneriyoruz. Prostat biyopsilerinin genel anestezi ile ilgili endişeler nedeni ile hasta ile konuşularak ve hasta için uygunsa tercihen **lokal anestezi ile yapılması önerilir.**
- c) **Lokal ve Lokal İleri Prostat Kanseri**
- **Çok düşük, düşük, olumlu orta riskli hasta için ileri evreleme, aktif izlem, doğrulama testleri ve izlemleri, tedavileri** güvenli döneme kadar 3 aya kadar ertelenebilir
 - Çok düşük, Düşük ve olumlu (favourable) orta risk grubundaki (NCCN kılavuzları) hasta gruplarında tedavi (cerrahi-radyoterapi) güvenli döneme kadar 3 aya kadar ertelenebilir
 - **Asemptomatik olumsuz orta riskli hasta, yüksek risk ve çok yüksek riskli hastalarda ileri evreleme ve radikal tedavi güvenli döneme kadar ertelenebilir.** Johns Hopkins hastahanesi asemptomatik olumsuz orta riskli hasta, yüksek risk ve çok yüksek riskli hastalarda operasyonun 6 aya kadar ertelenmesinin olumsuz bir sonucu olmayacağını bildirmiştir.
 - **Yüksek risk ve olumsuz (unfavourable) orta risk grubunda** tedavi (cerrahi-radyoterapi) **ertelenebilir fakat bekleme sürecinde hormonoterapi** yapılıp sonrasında cerrahi ve RT arasında tekrar değerlendirme yapılmasını öneririz. Bu grup hastalarda cerrahi kararı, hasta yaşı ve komorbidite riskine göre de düşünülmelidir.
 - NCCN'e göre Prostat kanserinde **RadyoTerapi** için uygun olmayan yüksek risk grubundaki hastalarda takip düşünülebilir. RT nin avantajı genel anestezi ihtiyacı olmamasıdır.



- Ancak bu tedavi hastaneye gitme ve bulaşma riskini arttırdığından androjen deprivasyon tedavisi (ADT) uygulanabilir. Profilaktik tüm pelvik radyasyon tedavisi (WPRT) 4.derece lenfopeni yapabileceğinden bu sürede uygulanmamalıdır. (RTOG 9413). Eğer RT alması güvenli ise kısa ve güvenli harici ışın RT (EBRT) tercih edilmelidir (5-7 fraksiyon).

d) Metastatik Prostat Kanseri

- Lokal anestezi ile orşiektomi ve LHRH antagonistleri bu aşamada tercih edilebilir.
- Takipte Testosteron ve PSA takibi normal giden hastada hormonal terapi ertelenebilir. Aylık PSA ve testosteron seviyelerinin takibi yapıp, gerekirse intermittan (aralıklı) hormonal tedavi uygulaması tercih edilebilir.
- **ADT tedavisini öneriyor muyuz?** Prostat kanserinin tedavisinde hastalar için iyilik ve gereklilik hallerinin optimizasyonu gerekmektedir. Nonmetastatik hastalar için androjen deprivasyon tedavisi (ADT) PSA ikilenme zamanının >9 ay üstünde olan vakalarda başlanmamalıdır. Aralıklı veya önceden başlanmış ADT'lerde klinik görüşme olmadan teletıp yöntemi ile PSA/testosteron ve diğer laboratuvar sonuçları izlenmelidir. Androjen reseptörü üzerinden çalışan tedaviler diğer tedavilere tercih edilmelidir. Üç ve 6 aylık gibi en uzun süre etkili formları tercih edilmelidir. Doseksel tedavisi yerine enzalutamid, apalutamid, abirateron tercihi edilebilir. Hormonal tedavide Bicalutamid 150 mg tablet tedavisi alternatif bir tedavi olabilir.
- **İmmün sistem baskılayıcıları kullanabilir miyim?** Prostat kanseri için uzun süreli kullanılan kortikosteroid tedavilerinin tekrar değerlendirilmesi gerekir. Kortikosteroid gibi immün baskılayıcı tedaviler mümkünse uygulanmamalıdır. En azından adjuvan, palyatif, yüksek riskli ve immün baskılayıcı tedavilerin en az 2 hafta veya daha ötesine ertelemek gerekmektedir



- **Kemoterapi uygulamaları için neler söylenebilir?** Kemoterapi uygulamaları genelde immün sistemi baskıladığı ve enfeksiyon riskini arttırdığı için tercih edilmemektedir. Tercihen minimuma indirilebilir, ancak genel durumu iyi hastalar için sisplatin tedavilerinin yapılabileceği görüşü vardır. İmmün baskılayıcı tedaviler ise önerilmemektedir. Myelosupresyon etkisi olmayanlar tercih edilmeli, sitototoksik ilaç kullanılacaksa aynı gün ziyareti azaltmak amacıyla büyüme faktörü de verilmelidir. Bu kapsamda metastatik ileri evre kanserlerde kullanılan kontrol noktası baskılayıcılarının (check point inhibitors) kullanılmasının ertelenmesi yaygın kanaattir. Bunlar için immün sistemi güçlendirerek faydalı olabileceği veya aksine sitokin fırtınası ile zararlı olabileceği yönünde görüşler de vardır. Birkaç dozun atlanıldığı aralıklı (intermittan) kullanımı gündeme gelebilir. Özellikle stabil hastalarda bu doz atlaması mantıklı gözükmemektedir. Mümkün olan az ilaçla oral evde uygulanabilen monoterapiler tercih edilmelidir. PD-1 ve PD-L1 inhibitörleri ve CTLA-4 inhibitörünün enfeksiyon riskini arttırabileceği olasıdır (Tirozin kinaz baskılayıcıları (TKI) kullanılabilir). Neoadjuvan kemoterapi uygulamaları hastahane ve olası enfeksiyon riski sebebiyle gözden geçirilmelidir. Sipuleucel-T uygulamasını ertelenmelidir.

e) Prostat Kanseri Genel Prensipler:

- **Adjuvan/Neoadjuvan tedavileri nasıl planlamalıyım?** Adjuvan/neoadjuvan tedaviler dikkat gerektirir, risk/fayda oranına göre sağ kalım katkısı sınırlı ve kanıtlanmamış tedaviler tercih edilmemelidir. Ancak aksine neoadjuvan tedavi, cerrahi/radyoterapinin uygulanamadığı durumlarda tedaviyi ötelemek amaçlı tercih sebebi olabilir. Neoadjuvan ADT asemptomatik olumsuz orta riskli hasta, yüksek risk ve çok yüksek riskli hastalarda definitif RT alımının planlanmasına kadar değerlendirilebilir. Bu durumda ADT 4-6 ay kadar güvenle verilebilir.



- **Acil durumlarda neler yapabilirim?** Üriner retansiyonda ya da olmak üzere olan hastalarda dilatasyon, veya insizyon yaparak suprapubik kateter ya da üretral kateter takılması acildir. Üriner sistem obstrüksiyonları için lokal anestezi ile stent uygulaması tercih edilmelidir. Acil semptomatik hastalarda (obstrüksiyon, kanama), konservatif yöntemler tercih edilmelidir (medikal tedavi, ADT, temiz aralıklı kateterizasyon). Gerekirse cerrahi müdahale ve RT düşünülebilir.
- **Kan vermemde sakınca var mıdır?** Donasyonların azalması sebebiyle kan ve kan ürünlerinin kısıtlı kullanılması önerilmektedir.
- **Ertelenebilecek işlemler:**
 - Radikal prostatektomi (<GS8)
 - Prostat biyopsisi (Genel anestezi altında)
 - RARP ve LARP
 - Brakiterapi
 - TURP/HOLEP/BPH
- **İkincil sırada ertelenmesi önerilen işlemler:**
 - Lokal anestezi ile Transrektal Prostat biyopsiler (yüksek PSA)
- **Kişiyeye bağlı ertelenmesi önerilen işlemler:**
 - Radikal prostatektomi (GS8 ve üstü)
(NCCN Alternatif RT değerlendirilip ortak karar alınması)
- **Ertelenmemesi gereken işlemler:**
 - Akut üriner obstrüksiyonlar/ürosepsis (üretral kateterizasyon)



KAYNAKLAR

1. Advice Regarding Systemic Therapy in Patients with Urological Cancers During the COVID-19 Pandemic. S. Gillessen Sommer, T. Powles. EURUROL-D-20-00382
2. Considerations in the triage of urologic surgeries during the COVID-19 pandemic. Kristian D. Stensland, et al. EURUROL-D-20-00380
3. Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. Talha Khan Burki, thelancet.com/ oncology Published online April 2, 2020 [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30217-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30217-5)
4. Recommendations for Prostate Cancer Early Detection During the COVID-19 Pandemic. https://www.nccn.org/covid19/pdf/NCCN_PCa_COVID_guidelines.pdf.
5. Urology practice during COVID-19 pandemic. V.FICARRA et al. Minerva Urologica e Nefrologica 2020 Mar 23, DOI: 10.23736/S0393-2249.20.03846-1
6. Stepping Forward: Urologists' _Efforts During the COVID-19 Outbreak in Singapore. Ming-Chun Chan, et al. EURURO-8746
7. J.Catto. <https://twitter.com/EUplatinum> <https://els-jbs-prod-cdn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/eururo/EURURO-D-20-00380-1584548684213.pdf>
8. The American College of Surgeons (ACS) <https://www.facs.org/about-acsc/covid-19>
9. Guys and St Thomas Hospital surgery <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/patients-and-visitors/infection/coronavirus.aspx>



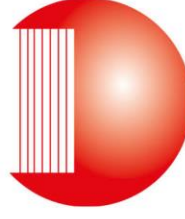
BÖBREK VE ADRENAL TÜMÖRLER

- a) **Pandemi süresince böbrek tümörlerine cerrahi yaklaşımımız nasıl olmalıdır?** Avrupa ve Amerika verileri doğrultusunda oluşturulmuş olan ön kılavuzlarda, böbrek tümörleri için önerilen cerrahi yaklaşım Tablo 1'de özetlenmiştir. Bu süreçte kılavuzlar açık cerrahi yaklaşımı önermektedir. Laparoskopik ve robotik yaklaşımlar için ise kullanılan karbondioksit etkilerinin ve cerrahi sürenin göz önüne alınarak hareket edilmesi gerektiği önerilmektedir.
- b) **Semptomatik ve insidental saptanan böbrek tümörlerine yaklaşımımız nasıl olmalıdır?** Kılavuzlarda insidental saptanan böbrek tümörleri ile ilgili ek bir öneri sunulmamışken, semptomatik tümörlerde tümörün evresine ve semptomların şiddetine göre hasta ile görüşülerek operasyon ya da erteleme kararı verilebilir.
- c) **Klinik T1 böbrek tümörlerine yaklaşımımız nasıl olmalıdır?** Klinik T1-2 böbrek tümörlerinde 3 aylık erteleme kararının sağkalım üzerine negatif etkisinin olmadığı bilinmektedir. Bu yüzden kılavuzlarda klinik T1 böbrek tümörlerinde planlanmış olan parsiyel ya da radikal nefrektominin ertelenebilir olduğu belirtilmiştir. Fakat seçili olgularda ablatif yöntemlerin uygulanabileceği de vurgulanmaktadır. İtalya kılavuzunda ise klinik T1b alt evresi için kısmi ertelenemez önerisi sunulmuştur. Bu durumda T1b alt evresi için erteleme ya da cerrahi kararında hasta özellikleri (isteği, yaşı, komorbiditeleri, semptom varlığı) etkili olabilir.
- d) **Klinik T2 böbrek tümörlerine yaklaşımımız nasıl olmalıdır?** Kılavuzlar klinik T2 böbrek tümörlerinde erteleme kararının hasta bazında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Cerrahi ya da erteleme kararının hasta yaşına, tümör özelliklerine, büyüme oranına ve hasta komorbiditesine göre verilebileceği vurgulanmaktadır.
- e) **Klinik T3-4 böbrek tümörlerine yaklaşımımız nasıl olmalıdır?** Klinik T3 ve üzeri tümörlerde nefrektominin (renal ven ve / veya vena cava trombusu olanlar dahil) uygulanabilir olduğu



belirtmiştir. Kılavuzlar, bu hastalarda yapılacak ertelemenin ise agresif ve progresif tümör riski nedeniyle sağkalımı azaltacağını ve cerrahiye bağlı morbiditeyi arttırabileceğini vurgulamaktadır.

- f) **Erteleme ya da takip önerdiğim hastalardan biyopsi almalı mıyım?** Erteleme kararı öncesi biyopsi yapılması ile ilgili kılavuzlarda herhangi bir öneri bulunmamaktadır. Fakat tümör biyopsisi tanısal değerinin ve merkezin bu konudaki durumunun göz önüne alınması ve biyopsi gerekliliğinin hasta ile görüşülerek kararlaştırılması önerilir. Metastatik hastada ise sistemik tedavi öncesi doku tanısı amaçlı biyopsi planlanabilir.
- g) **Böbrek tümörüne bağlı hemoraji durumunda ne yapmalıyım?** Tümöre bağlı kanama olması durumunda tümör evresine ve metastaz durumuna bakılmaksızın, hastanın hemodinamik durumuna göre acil nefrektomi kararı alınarak radikal nefrektomi uygulanabilir.
- h) **Cerrahi uygulanan hastalarda yatış süresi ne olmalıdır?** Kılavuzlarda, klinik T2 tümörlerde minimal invaziv cerrahilerde 1-2 gün, açık cerrahilerde 2-4 gün olabileceği; klinik T3 ve üzeri tümörlerde ise 3 ile 10 gün (trombektomi durumuna göre) arası olabileceği belirtilmektedir.
- i) **Sistemik tedavi uygulanan hastalarda yaklaşım nasıl olmalıdır?** IMDC kötü risk grubu ve metastatik hastalarda uygulanabilecek sistemik tedavi önerilerindeki amaç, hastanın hastane ve sağlık çalışanı temasını en aza indirmek ve tedavi yükünü azaltmaktır. Diğer bir öneri ise intravenöz tedavi yerine oral tedavi seçeneklerinin seçilmesidir. Kılavuzlarda böbrek tümörleri için önerilen sistemik tedavi yaklaşımları Tablo 1’de verilmiştir.
- j) **Metastatik hastalıkta cerrahi tedavi planım nasıl olmalıdır?** Kılavuzlarda vurgulanan konu özellikle ameliyat planlanan hasta grubunda neoadjuvan tedavi ile cerrahiye gidecek süreyi



uzatmak ve temas riskini en aza indirmektir. Metastatik böbrek tümörlerinde nefrektomi yerine direk sistemik tedavi başlanabilir.

- k) **Metastatik hastalıkta adjuvan tedavi planım nasıl olmalıdır?** Kılavuzlarda adjuvan tedavi planlamasının hasta özelinde risk / fayda oranına göre karar verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu risk / fayda oranına birçok faktör etki etmektedir. Bu faktörler, pandeminin yerel etki düzeyi ve yerel sağlık merkezlerinin kapasitesi, hastaya enfeksiyonun bulaşma riski, kanserin durumu, hastanın komorbiditeleri ve yaşı, uygulanacak tedavinin hastaya yükü, hastanın hastane temas riski ve hastane başvuru sayısı gibi bir dizi değişkeni içermektedir.
- l) **Sistemik tedavi alan hastalarda hastane başvuru sayısını nasıl azaltabilirim?** İntravenöz tedavi (checkpoint inhibitörü) yerine oral (VEGF hedefli) tedavi seçenekleri tercih edilebilir. İntravenöz checkpoint inhibitörü alan hastalarda ise 4 haftalık nivolumab ya da 6 haftalık pembrolizumab tercih edilebilir. Sistemik tedavi alan hastalarda üroonkoloji konsey kararları alınarak tedaviler yönetilebilir. Ayrıca sistemik tedavi altındaki hastalarda profilaktik antibiyotik kullanımı ve büyüme faktör kullanımı nötropeni ve enfeksiyon riskini de azaltarak temas riskini en aza indirecektir.
- m) **Adrenal tümörlerde cerrahi yaklaşım nasıl olmalıdır?** Adrenal tümörlerdeki kılavuz önerilerine baktığımızda 6 cm üstü ve / veya görüntülemelerde kötü radyolojik bulgular gösteren, yani adrenokortikal karsinom riski olan hastalarda adrenalectomi önerilmektedir. Bu hastalarda uygulanacak adrenalectomi ile rezidü kitle riski en aza indirilerek sağkalım artışı sağlanabilmektedir. Diğer tüm adrenal tümörler için erteleme ve endokrinoloji ile birlikte takibi önerilebilir.



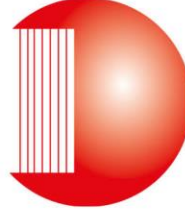
Tablo 1. Böbrek tümörlerinde cerrahi tedavi ve erteleme önerileri ile sistemik tedavi önerileri

Cerrahi tedavi	Öneri	Ek öneri	Gerekeçe	Yatış / Temas
• Opere edilebilir	Klinik T3 ve üzeri tümörlerde nefrektomi (renal ven ve/veya vena cava trombüsü olanlar dahil) önerilir.	Tümörde kanama olması durumunda acil Radikal nefrektomi yapılabilir.	Bu tümörler daha agresif ve progresif tümörlerdir. Sağkalımı etkiler ve cerrahi komorbiditeye neden olabilirler.	Ortalama 3 gün, Trombektomide 5-10 gün
• Seçili Olgularda Ertelenebilir	Klinik T2 tümörlerde planlanmış parsiyel ya da radikal nefrektomi hasta bazında ertelenebilir.	Ertelene ya da cerrahi kararında hasta yaşı, tümör büyüme oranı, komorbidite göz önünde bulundurulmalıdır.	Klinik T1-2 kitlelerde operasyonu 3 ay ertelemeinin sağkalımda azalma ile ilişkisi gözlenmemiştir.	Minimal invaziv tedavilerde 1-2 gün, Açık operasyonda 2-4 gün
• Ertelenebilir	Klinik T1 kitlelerde planlanan parsiyel ya da	Seçili hastalarda ablatif tedaviler uygulanabilir. Klinik T1b tümörler için parsiyel ya da radikal		



	radikal nefrektomi ertelenebilir.	nefrektomi kısmi ertelenebilir.		
Sistemik tedavi				
Metastatik hastalık	Oral VEGF hedefli tedaviler önerilebilir.	Gerekçesi olmadan tedaviye nefrektomi ile başlanmamalıdır. Gerekçesi olmadan tedavi sonlandırılmamalıdır. Uzun süreli VEGF hedefli ya da immün checkpoint tedavi periyodunda (1-2 yıl) tedavi sonlandırılabilir ya da ertelenebilir. Neoadjuvan tedavi cerrahi için zaman kazandırabilir.	Oral tedavi IV immün checkpoint inhibitörleri kullanımına göre hasta temasını azaltacaktır.	Oral tedavide temas riski daha düşük IV tedavi verilecekse 4 haftalık nivolumab ya da 6 haftalık pembrolizumab tercih edilebilir.
IMDC orta ve kötü risk grubu hastalık				

IMDC = Uluslararası Metastatik Renal Hücreli Karsinom Veritabanı Konsorsiyumu



Tablo 2. Adrenal tümörlerde cerrahi tedavi önerileri

Adrenal Tümörler	Öneri	Gerekçe	Yatış süresi
<ul style="list-style-type: none">Opere edilebilir	Adrenokortikal karsinom şüphesi varsa ya da >6 cm tümörde	>6 cm tümörlerin karsinom olma olasılığı vardır. Adrenokortikal	0-1 gün
<ul style="list-style-type: none">Ertelenebilir	Karsinom ihtimali düşük olan kitlelerde ertelenebilir. (<6cm tümör ve görüntülemeye iyi karakteristik görünüm varlığı)	karsinom hızlı progrese olur ve rezidü bırakmamak sağkalım için en iyi seçenektir. Erteleme rezidü riskini arttırarak sağkalımı etkileyebilir.	Ayaktan takip



KAYNAKLAR

1. American College of Surgeons. COVID-19: Recommendations for Management of Elective Surgical Procedures 2020. <https://www.facs.org/about-acsc/covid-19/information-for-surgeons> (accessed March 14, 2020).
2. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020;21:335–7.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* 2019 Jan;69(1):7-34.
4. Gillessen S, Powles T. Advice Regarding Systemic Therapy in Patients with Urological Cancers During the COVID-19 Pandemic. *Eur Urol.* 2020.
5. Stensland KD, Morgan TM, Moinzadeh A, Lee CT, Briganti A, Catto J, Canes D. Considerations in the triage of urological surgeries during the COVID-19 pandemic. *Eur Urol.* 2020.
6. Alex Mottrie. EAU Robotic Urology Section (ERUS) guidelines during COVID-19 emergency. 2020.
7. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* In press. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
8. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* In press. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
9. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will countrybased mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet.* In press. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
10. Ficarra V, Novara G, Abrate A, Bartoletti R, Crestani A, De Nunzio C, Giannarini G, Gregori A, Liguori G, Mirone V, Pavan N, Scarpa RM, Simonato A, Trombetta C, Tubaro A, Porpiglia F; Members of the



Research Urology Network (RUN). Urology practice during COVID-19 pandemic. Minerva Urol Nefrol.

2020 Mar 23. doi: 10.23736/S0393-2249.20.03846-1.

TESTİS KANSERİ

a) Testis Kitleli ile Başvuran Hastalar

Bu hastalarda yapılacak radikal orşiektomi ameliyatı gününbirlik cerrahi kapsamında olduğu için, eğer ilgili merkezde uygun şartlar mevcutsa bu işlemin **ertelenmemesi** önerilir (1).

b) Evre I Seminom Tanısı Alan Hastalar

Risk faktörü olmayan hastalarda öncelikle **aktif izlem seçeneğinin tercih edilmesi** uygun olacaktır.

Risk faktörleri olan hastalarda tek doz adjuvant kemoterapi uygulamasına, hasta ile yapılacak görüşme ile birlikte karar verilmesi uygun olacaktır. Kemoterapi uygulamalarının olası immüsupressif etkileri nedeniyle, risk faktörleri olan hastalarda **retroperitoneal bölgeye yönelik radyoterapi veya izlem** uygulaması uygun bir alternatif olacaktır.

c) Evre I Non-Seminom Tanısı Alan Hastalar

Risk faktörü olmayan hastalarda öncelikle **aktif izlem** seçeneğinin tercih edilmesi uygun olacaktır.

Risk faktörleri olan hastalarda adjuvant kemoterapi uygulamasına, hasta ile yapılacak görüşme ile birlikte karar verilmesi uygun olacaktır. Gerekirse izlem seçeneği tartışılabilir. Eğer adjuvan kemoterapi uygulamasına karar verilirse, bleomisin'in pulmoner toksisitesi göz önüne alınarak bu tedavinin düzenlenmesi uygun olacaktır.

d) Metastatik Germ Hücreli Tümör Tanısı Alan Hasta

Bu hastalarda uygulanacak kemoterapi planlamasında, bleomisin'in pulmoner toksisitesi göz önüne alınarak bu tedavinin düzenlenmesi uygun olacaktır.



e) Kemoterapi Sonrası Rezidüel Retroperitoneal Kitle Cerrahisi

Bu hastalarda yapılacak retroperitoneal kitle eksizyonu ve lenfadenektomi ameliyatının, eğer ilgili merkezde uygun şartlar mevcutsa **ertelenmemesi** önerilir (2).

KAYNAKLAR

1. Huyghe E, Muller A, Miesusset R, Bujan L, Bachaud J-M, Chevreau C, et al. Impact of diagnostic delay in testis cancer: results of a large population-based study. Eur Urol 2007;52:1710–6. 2.
2. Bourgade V, Drouin SJ, Yates DR, Parra J, Bitker M-O, Cussenot O, et al. Impact of the length of time between diagnosis and surgical removal of urologic neoplasms on survival. World J Urol 2014;32:475–9.