

İleri Evre Över Kanserlerinde İntestinal Rezeksiyonun Yeri ve Stapler Anastomozu

THE VALUE OF İNTESTİNAL RESECTION İN ADVANCED OVARIAN CANCER AND STAPLER ANASTOMOSIS

Tufan BİLGİN*, Meral SÖZER**

* Doç.Dr.Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

**Dr.Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, BURSA

Özet

Amaç: İleri evre över kanserlerinde intestinal rezeksiyonun yerini saptamak.

Çalışmanın yapıldığı yer: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bursa.

Materyal ve Metod: Kırk üç ileri evre (Evre III - IV) över kanserli hastaya sitoreduktif cerrahi uygulandı. İntestinal rezeksiyon ve anastomoz olgularında stapler anastomoz uygulandı. Bulgular retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Kırk üç ileri evre över kanserli olgudan 33'ünde (%76.7) optimal cerrahi sonuç elde edilirken, 7 olguda (%16.3) suboptimal delnülking yapıldı. Üç olguya (%7.0) ise sadece biopsi yapıldı. İntestinal cerrahi uygulanan 11 (%25.6) hastanın onunda (%90.1) optimal cerrahi sonuç elde edildi.

Sonuç: İleri evre över kanserlerinin sitoreduktif cerrahisinde intestinal rezeksiyon ve stapler anastomoz optimal dehulking oranını artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Över kanseri, Sitoreduktif cerrahi, İntestinal rezeksiyon, Cerrahi stapler

T Kim Jineköl Obst 1997, 7:259-261

Över kanserlerinin dörtte üçü ileri evrede karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalara sitoreduktif cerrahi uygulandığında yaşama süreleri belirgin olarak artar (1). İki santimetrenin üzerinde tümör doku bırakılmayan olgular optimal sitoreduktif cerrahi uygulanmış kabul edilir (1-6), Bu amaçla

Geliş Tarihi: 17.06.1997

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Tufan Bilgin
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
16059 BURSA

*5. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi'nde, 25-28 Eylül 1996, İstanbul, sunuldu.

T Kim J Gynecol Obst 1997. 7

Summary

Objective: To determine the value of intestinal resection in advanced ovarian cancer.

Institution: Uludağ University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Bursa.

Materials and Methods: Cytoreductive surgery was performed in 43 advanced ovarian cancer patients. Automatic staplers were used in anastomosis after intestinal resections. Results were evaluated retrospectively.

Results: Optimal cytoreductive surgery was achieved in 33 (76.7%) cases of 43 advanced ovarian cancers. Suboptimal debulking was done in 7 cases (16.3%) and only biopsy was taken in 3 (7.0%) patients. Optimal debulking was achieved in ten (90.1%) of the eleven cases (25.6%) in whom intestinal resections were performed.

Conclusion: intestinal resection and stapler anastomosis enhance optimal surgical treatment of advanced ovarian cancer.

Key Words: Ovarian cancer, Cytoreductive surgery, Intestinal resection, Surgical stapler

T Klin J Gynecol Obst 1997, 7:259-261

pelvik tümörün çıkarılması yanında omentektomi, apendektomi, splenektomi, intestinal rezeksiyonlar gibi ek cerrahi girişimler yapılması gerekebilir (1-5,7,8). Postoperatif dönemde verilecek olan kemoterapinin etkinliği de bu şekilde arttırılmaktadır (8).

Materyel ve Metod

Mayıs 1993-Mayıs 1996 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Jinekolojik Onkoloji Ünitemizde 43 ileri evre (Evre III, IV) över kanserli hasta opere edildi. İki santimetrenin üzerinde tümör doku bırakılmaması optimal sitoreduksiyon olarak kabul edildi. Üç olgudan

sadece biopsi alındı. Kalan 40 olguya rutin olarak total abdominal histerektomi, bilateral salpingooforektomi ve omentektomi uygulandı. Eğer 2 cm.den büyük tümör kalmamasına neden olacaksa apendektomi, splenektomi, barsak rezeksiyonu tedaviye eklendi. Olguların tümünün operasyonu jinekolojik kanser cerrahisi uygulayan kadın doğum uzmanlarınca yapıldı.

Rektosigmoid rezeksiyon ve ucuca anastomoz için CEEA stapler kullanılırken, ileum rezeksiyonu-ucuca anastomoz ve sağhemikolektomi-ileo-transversostomi için GIA, TA stapler ardısıra kullanıldı (9).

Bulgular

Öpere edilen 43 ileri evre över kanserli hastanın 33'ünde (%76.7) optimal cerrahi sonuç elde edilirken, 3 olgudan (%7) sadece biopsi alındı. Kalan 7 olgu (%16.3) suboptimal cerrahi kabul edildi (Tablo 1). İntestinal cerrahi uygulanan 11 hastanın (%25.6), 10'unda (%90.1) optimal cerrahi sonuç elde edildi. Bu on olgunun dördüne rektosigmoid rezeksiyon ve ucuca anastomoz, ikisine ileum rezeksiyonu ve ucuca anastomoz, üçüne sağhemikolektomi ve ileotransversostomi yapıldı. Bir olguda hem ileum rezeksiyonu ve ucuca anastomoz hem de rektosigmoid rezeksiyon ve sigmoid kolostomi uygulandı (Tablo 2). Karaciğerde 5 cm. çapında metastatik lezyon olması nedeniyle subop-

Tablo 1. İleri evre över kanserinde cerrahi sonuçlarımız

Optimal sitoredüktifcerrahi	33	% 76.7
Suboptimal cerrahi	7	% 16.3
Sadece biopsi	3	% 7.0
Toplam	43	%100

Tablo 2. Över kanseri sitoredüktif cerrahisinde uygulanan intestinal girişimler

Rektosigmoid rezeksiyon+ucuca anastomoz	5
İleum rezeksiyonu+ucuca anastomoz	2
Sağ hemikolektomi + ileotransversostomi	3
İleum rezeksiyonu+ucuca anastomoz+ rektosigmoid rezeksiyon+sigmoid kolostomi	1

Tablo 3. İlen evre över kanserinde genital sistem dışındaki cerrahi girişimler

Barsak rezeksiyonu	11
Apendektomi	17
Splenektomi	5

timal sonuç elde edilen bir olguda rektosigmoid rezeksiyon, tümör rezeksiyonu sırasında oluşan geniş kolon perforasyonu nedeniyle yapıldı. Postoperatif dönemde anastomoz kaçağı gelişti ve transvers loop kolostomi ile tedavi edildi. Diğer suboptimal cerrahi ya da sadece biopsi alınmış olgularda intestinal rezeksiyon yapılmamasının başlıca nedenleri, yaygın ve büyük diyafram altı ve karaciğer metastazları bulunması, tüm ince barsak mezosunun invaze olarak ancak tümörün ince barsakların tamamı çıkarılarak optimal cerrahi sonuca varılabilecek durumda olması, ya da iki ve daha fazla sayıda anastomoz hattı gereksinimi duyulmasıdır. Ek olarak 17 olguya apendektomi, 5 olguya splenektomi uygulandı (Tablo 3).

Tartışma

Over kanserli hastalarda maksimum reziduel tümörün 1.5-2 cm'den küçük olması optimal sitoredüktif cerrahi olarak kabul edilmektedir ve yaşam kalitesini artırmakta ve sağkalım süresini uzatmaktadır (1-6).

Genellikle ileri evrede tanı konulabilen over kanserlerinde çoğu kez intestinal tutulum olmakta veya tümoral doku rezeke edilirken kapatılamayacak boyutlarda büyük intestinal defektler oluşmaktadır. Bütün bunlar over kanseri sitoredüktif cerrahisi sırasında % 10-20 oranlarında intestinal rezeksiyon yapılmasına yol açmaktadır. Bu oran Heintz ve arkadaşlarının (7) serisinde %20 olarak rapor edilirken olgularımızın %25.6'sına intestinal girişim uygulanmıştı. Serimizde biraz daha yüksek sayıda intestinal rezeksiyon yapılmasının başlıca sebebi tümör çıkarılırken oluşan ve primer onarım ile kapatılamayacak büyüklükteki defektlerdir. Jinekolojik kanser cerrahisindeki yeniliğimiz ve agresif tutumumuz bu oranın literatürden biraz daha yüksek olmasının nedeni olabilir. Tümörün barsak duvarını genişçe invaze etmesi, özellikle muskularis tabakasının derince infiltre olması barsak rezeksiyonu için yeterli kabul edildi. Barsak

mukozası tutulumu şartı aranmadı. İleri evre over kanserlerinde barsak mukozası tutulumu çok seyrek olarak görülmektedir. Özellikle ince barsak tümörlerine oranla çok daha sıkça görülen kolon kanserleri ile over kanserlerinin ayırıcı tanısında kanserin genişçe kolon mukozasını atak etmesi kolon kanseri lehine değerlendirilir. Preoperatif değerlendirmede rutin olarak yapılan rektosigmoidoskopide kolon mukozası tutulumunun olmaması over kanseri lehine kabul edilerek agresif kitle küçültücü operasyona başlanmalıdır. Buna karşın tümörün çıkarılarak optimal sonuç elde etmek için iki yada daha fazla sayıda rezeksiyon hattı oluşturmak zorunda kalacağımız olgularda cerrahi morbiditeyi daha fazla artırmamak için intestinal rezeksiyondan kaçınıldı. Bu amaçla yapılabilecek rektosigmoid rezeksiyon ve birlikte sigmoid kolostomi bakım güçlükleri nedeniyle hastalar tarafından istenmeyen bir girişini olduğu için olabildiğince kaçınıldı.

Lokalizasyon itibarıyla en çok rektosigmoid rezeksiyon ve ucucu anastomoz yapılmaktadır. Bu rezeksiyonun peritoneal refleksinin alt veya üst kısmında yapılması anastomoz hattının güvenilirliği açısından farklılık göstermektedir. Peritoneal refleksinin altında yapılan anastomozlarda anastomoz kaçağı oranı artmaktadır (5).

İntestinal rezeksiyon ve anastomozlar için elle sütür yada stapler kullanılmaktadır. İleri evre over kanserli hastalar genellikle ileri yaşta ve performans statüsü düşük hastalardır. Operasyon süresinin kısaltılması amacıyla stapler kullanılması avantajlıdır. Elle ulaşımı güç olan kısımlarda bile kullanım kolaylığı sağlar (5, 6). Wheelless Jr. ve Smitli köpeklerde iyot - 125 kullanarak ve akım karakterlerini inceleyerek standart, Gambec ve stapler anastomoz güvenliğini araştırmışlar ve stapler anastomozda diğer ikisine göre daha artmış İyot - 125 akımı, yani daha fazla kan akımı tespit etmişlerdir (10). Doku iyileşmesi ve postoperatif

morbidite açısından stapler anastomoz ve sütür arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Stapler kullanımı çok daha pahalıya malolmasına rağmen kanamanın az olması ve operasyon süresini kısaltması açısından sistemik olarak unslabil ileri evre over kanserli hastalarda çok geçerli bir alternatifidir (5).

KAYNAKLAR

1. Berek JS, Hacker NF and Lagasse LD. Rectosigmoid colectomy and loanastomosis to facilitate resection of primary and recurrent gynecologic cancer. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 715-20.
2. Wheelless CR Jr. Stapling techniques in operations for malignant disease of female genital tract. *Surgical Clinics of North America* 1984; 3: 591-608.
3. Pcnalver MD, Averette H, Seven BU, Lichtinger M, Girtanner R. Gastrointestinal surgery in gynecologic oncology: Evaluation of surgical techniques. *Gynecol Oncol* 1987; 28: 74-82.
4. Castaldo TW, Petrilli ES, Ballon SC, Lagasse LD. Intestinal operations in patients with ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1981; 139: 80-4.
5. Harris WI, Wheelless CR Jr. Use of end to end anastomosis stapling device in low colorectal anastomosis associated with radical gynecologic surgery. *Gynecol Oncol* 1986; 23: 350-7.
6. Chalas E, Mann WJ, Westermann CP, Patsner B. Morbidity and mortality of stapled anastomosis on a Gynecologic Oncology Service. *Gynecol Oncol* 1990; 37: 82-6.
7. Heintz AP, Hacker NF, Berek JS, Rose TP, Munoz AK, Lagasse LD. Cytoreductive surgery in ovarian carcinoma: feasibility and morbidity. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 783-8.
8. Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Nieberg RK, Illashoff RM. Primary cytoreductive surgery for epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 413-20.
9. Bilgin T, Apaydin N. Jinekolojik kanser cerrahisinde otomatik stapler kullanımı. *Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni* 1997; 2: 78-81.
10. Wheelless CR Jr, Smith JJ. A comparison of the flow of iodine 125 through three different intestinal anastomoses: Standard, Gambee, and stapler. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 513-8.