

Videoskopik abdominoperineal rezeksiyon: Olgu Sunumu

Uğur SUNGURTEKİN (*), Mehmet NEŞŞAR (**), Ergün ERDEM (***)

ÖZET

Amaç: Türkiye'de ilk kez yapılan laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon olgusunun sunulmasıdır.

Yöntem: Rektum kanseri tanısıyla laparoskopik yöntemle abdominoperineal rezeksiyon yapılmış bir olgu, operasyon tekniği ve erken postoperatif dönemdeki seyri bakımından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Abdominoperineal rezeksiyon laparoskopik olarak uygulanabilir bulunmuş ve olguda erken postoperatif seyir umut verici olmuştur.

Sonuç: Olgu literatür bilgileri ile değerlendirildiğinde laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon, teknik açıdan ve postoperatif seyri bakımından konvansiyonel açık teknikle kıyaslanabilir olarak görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, abdominoperineal rezeksiyon

SUMMARY

Laparoscopic abdominoperineal resection

Objective: To report the first laparoscopic abdominoperineal resection performed in Turkey.

Methods: Operative technique and early postoperative course of one laparoscopic abdominoperineal was discussed.

Results: Laparoscopic abdominoperineal resection was found to be applicable. The early postoperative course was satisfactory.

Conclusion: In the light of this case and the review of the literature, laparoscopic abdominoperineal resection could be accepted comparable to the conventional open technique, both in terms of technical applicability and postoperative course.

Key words: Laparoscopic, abdominoperineal resection

GİRİŞ

Laparoskopik kolon operasyonları literatürde ilk kez 1990'lı yıllarda yer almaya başlamıştır. Jacobs ve ark. 1990'da intermittan çekal volvulus nedeniyle ilk laparoskopik-yardımlı sağ kolektomi olgusunu bildirmiş, bunu Fowler ve ark. tarafından yapılan laparoskopik-yardımlı sol kolektomi ile Sackier ve Collier tarafından gerçekleştirilen ilk laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon olguları takip etmiştir (1-4).

Başlangıçta benign lezyonlarda kullanılan laparoskopi kısa sürede malign lezyonların tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Laparoskopik girişimler onkolojik prensiplere uygunluğu açısından cerrahi dünyasında kuşkuyla karşılanmışsa da bugün için bu yolla yapılan kolorektal girişimlerin onkolojik prensipler açısından konvansiyonel operasyonlarda uygulananlarla eşdeğer olduğu; ayrıca erken dönem sonuçlarının da açık operasyonlardan farklı olmadığı bildirilmiştir (5).

Uzun dönem sonuçları için ise randomize çalışmalara gerek vardır. Bu düşünceden hareketle kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz Türkiye'deki ilk laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon olgusu bu çalışmamızda sunulmuştur.

(*) Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(**) Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

(***) Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

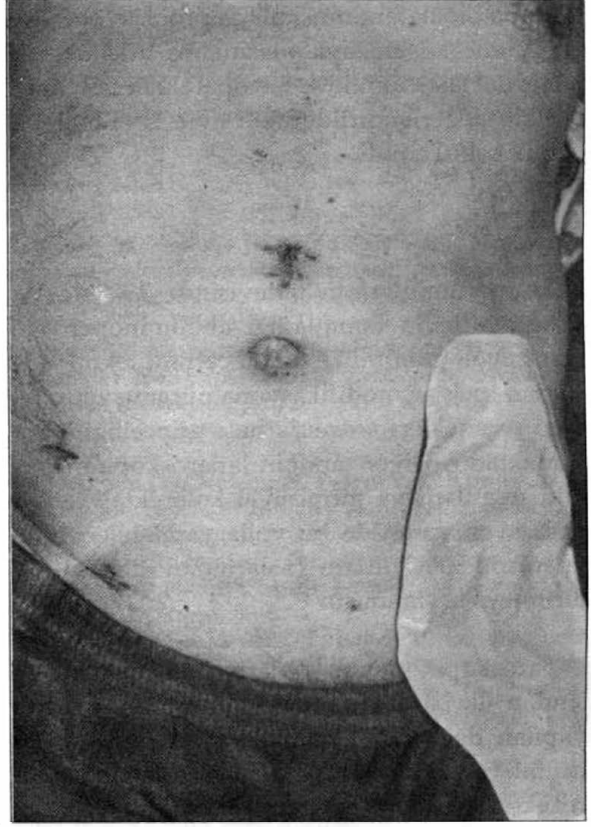
OLGU SUNUMU

M.Y., 62 yaşında erkek hasta (protokol no. 48280), iki aydır kabızlık ve defekasyon sonrası kanama şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan rektal tuşede anal vergeden itibaren 4 cm'de posterior yerleşimli, lümeneye doğru projekte olmuş, fikse olmayan, lümenin 3/4'ünü kapatan ve üst sınırına ulaşılan kitle saptandı. Kolonoskopisinde önceden tanımlanan bulgularla uyumlu olacak biçimde üzeri kanamalı tümör kitle mevcuttu.

Kolonoskopide bunun dışında başka lezyona rastlanmadı. Hastanın preoperatif rutin laboratuvar tetkikleri hiperglisemi dışında normaldi. Tüm abdominal ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi tetkikinde uzak metastaz saptanmadı. Hasta gerekli hazırlığı takiben 19.3.1998 tarihinde operasyona alındı. Intratrakeal genel anestezi altında lithotomi pozisyonunda başaşağı ve hafif sağa dönük durumda operasyona başlandı, 12 mmHg basınçta karbondioksitle pnömoperiton oluşturuldu. 30° kameranın bulunduğu trokar göbeğin 3 cm üzerine, diğer dört adet 12 mm'lik trokar ise yarım ay oluşturacak şekilde batın alt kadranına yerleştirildi. Batın içerisinde yapılan eksplorasyonda patolojik bulgu saptanmadı.

Diseksiyonda ultrasonografik disektör (Ultracision® Ethicon Endo-Surgery) kullanılarak sol white line tamamen açıldı. Sol spermatik ven ve üreter, trasesi boyunca izlendi ve rektum sol taraftan tamamen serbestleştirildi, aynı işlem sağ taraf için tekrarlandı. Promontoryum düzeyinde kolon mezenterinde açıklık yaratıldı ve mezenter ligaklip kullanılarak kolonun rezeksiyon sınırına kadar diseke edildi.

Proksimalde ise inferior mezenterik arterin sol kolik arteri verdiği yere kadar serbestleştirildi ve bu hizadan klipslenerek kesildi, kolon 60 mm'lik Endo-GIA ile kesildi. Distalde kalan kolon kısmına Endo-babcock ile pozisyon verilerek presakral fasyaya girildi, buradaki diseksiyonda ise laparoskopik koagüle edici makas kullanıldı.



Resim 1. Postoperatif görünüm.

Presakral fasyadaki diseksiyon koksikse kadar ilerletildi. Önde mesane rektumdan ayrıldıktan sonra sırasıyla vesikula seminalisler ve prostat görüldü ve lateral ligamanlar ortaya konulup ultrasononik makas ile kesildi. Daha sonra perineal faza geçildi, perineal diseksiyon sonrası rektum alttan da serbestleştirilerek çıkartıldı. Bu esnada pnömoperiton geçici bir süre durduruldu. Perine hemostaz yapıldıktan sonra 2/0 vicryl ile kapatıldı. Daha sonra yeniden pnömoperiton oluşturularak batın hemostaz yönünden denetlendi. Sol alt taraftaki trokar yeri genişletilerek daha önceden hazırlanan kolon ucu buradan çıkartıldı, kalıcı kolostomi oluşturuldu.

Operasyon süresi 240 dakikaydı ve intraoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma. Postoperatif dönemde perinede in-sizyon hattında hematoma dışında bir sorunla karşılaşılma ve hasta rahatlıkla taburcu edildi.

Histopatolojik tanı muskularis propriayı infiltrate etmiş ancak serozaya ulaşmamış adenokarsinomdu. Hasta klinik ve histopatolojik bulguları birlikte değerlendirildiğinde Evre II (T2N0M0) olarak kabul edildi.

TARTIŞMA

Rektum tümörlerinin tedavisinde 1908'de W. Ernest Miles'in tanımladığı abdominoperineal rezeksiyon günümüze değin cerrahi teknik açısından pek az modifikasyona uğramış olup tedavi seçenekleri arasında hala güncelliğini korumaktadır. Diğer taraftan laparoskopinin cerrahi uygulamaya girmesiyle kolorektal kanser operasyonlarının da bu yolla yapılabileceği literatürde 90'lı yılların başlarından itibaren bildirilmeye başlanmıştır ⁽¹⁻⁶⁾.

Laparoskopik operasyonların radikalitesi açısından ilk başta duyulan kaygılar daha sonra yapılan değişik çalışmalarla giderilmiştir. Decanini ve ark. laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon (LAPR) ile konvansiyonel abdominoperineal rezeksiyon (KAPR) arasında cerrahi tekniğin karşılaştırılması amacıyla taze kadavralar üzerinde yapılan bir çalışmada önce operasyonlar gerçekleştirilmiş, daha sonra tüm olgulara otopsi uygulanmıştır.

İki tekniğin sonuçları karşılaştırıldığında LAPR'da da inferior mezenterik arterin yeterli yükseklikte bağlanabildiği, pelvik lateral duvarlarda yeterli lenf nodu diseksiyonu yapılabildiği ve mezorektumun komplet olarak çıkarılabildiği saptanmıştır ⁽⁷⁾. Benzer görüşteki sonuçlar değişik yazarlarca da desteklenmiştir ^(8,9,10).

Rektumun laparoskopik eksizyonunda laparoskopun sağladığı görüntünün laparotomiden daha mükemmel olup anatomik sınırların daha net belirlenmesine ve titiz bir diseksiyona izin vererek, özellikle derin pelvik diseksiyon esnasında önemli bir avantaj sağladığı belirtilmiştir ^(10,11).

Öte yandan laparoskopik kolorektal girişimler için kısıtlayıcı bazı faktörler de söz konusudur. Bilinen laparoskopi kontrendikasyonlarına ek

olarak aşağıdaki durumlar da kolorektal girişimlerin laparoskopik olarak yapılması için kontrendikasyon teşkil etmektedir:

- Hastanın genel durumunun uzun süreli laparoskopik girişimi tolere edemeyecek kadar kötü durumda olması
- Büyük ve fikse tümör varlığı
- Apse formasyonunun olması
- Üreter tutulumu ve fistül formasyonunun olması
- Akut obstrüksiyon varlığı
- Yoğun intestinal adhezyonlar

KAPR ile LAPR arasındaki hasta açısından esas farklılık hastanın operasyonu tolere edip edemeyeceğidir. Bunun için hastanın ileri yaşta olmasının bir engel teşkil etmeyeceği öne sürülmüştür ^(12,13). İyi bir preoperatif hazırlığın postoperatif dönemin daha iyi seyretmesindeki önemi bilinen bir gerçektir. Nitekim hastamız operasyon için diabet ve hipertansiyon gibi risk faktörleri taşımasına karşın iyi bir hazırlık dönemi sonrasında ameliyata alındığı için postoperatif dönemde herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır.

Minimal invaziv cerrahinin bilinen özellikleri olan daha az ağrı, barsak fonksiyonlarının erken başlaması, erken mobilizasyon ve daha az skar ile birlikte iyi bir kozmetik görünüm LAPR için de aynen geçerliliğini sürdürmektedir ^(14,15,16). Bazı kolorektal operasyonlarda çıkarılacak parçanın karın dışına alınması için küçük de olsa ek bir kesinin yapılmasının laparoskopik operasyonların özelliğini etkileyip etkilemediği merak uyandırmıştır.

Bu konudaki çalışmalarda LAPR gibi tümüyle laparoskopik yapılan operasyonlar ile sigmoid kolon rezeksiyonu gibi laparoskopik yardımcı yapılan operasyonlar karşılaştırıldığında aralarında laparoskopik cerrahiden beklenen sonuçlar açısından önemli farklılık olmadığı bildirilmektedir ^(17,18).

Laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon rektum tümörleri için uygun bir operasyon olup kısa süreli lokal nüks ve karaciğer metas-

taz oranları açık operasyonlardakine benzerdir (8,19,20). Ancak 5 yıllık yaşam sonuçlarının beklenmesi gerekliliği ortak nokta olarak vurgulanmaktadır. Laparoskopik abdominoperineal rezeksiyona ilave olarak simultane elektrostimüle statik-dinamik grasiloplasti ile total anorektal rekonstrüksiyon birlikte uygulanabileceği ve bu şekilde yaşam kalitesinin daha da artacağı bildirilmiştir (21).

Laparoskopik cerrahi için dikkat edilmesi gereken bir diğer konu port yeri metastazlarının olmasıdır. Literatürde bildirilen port yeri metastaz oranı % 1.1-3.5 arasında değişmektedir. Metastazın çıkarılan organın dışarıya alınması için yapılan insizyon yerinde değil de neden operatörün çalıştığı port yerinde olduğuna dair değişik görüşler bildirilmiştir.

Operatörün çalıştığı portun operasyon süresince en hareketli port olması, insuflasyon ve desuflasyonunun tümör hücrelerinde aerosol etki oluşturmaları, tespitlemenin iyi yapılmamasından dolayı portta aşırı hareketliliğin olması ve operasyon masasına aşırı Trendelenburg pozisyonunun verilmiş olması buna neden olarak öne sürülmüştür.

Port tesbitinin iyi yapılması, batın içi gazın operasyon bitiminde aspiratörle boşaltılması ve portların batın duvarından çıkarılmasından önce sitotoksik ajanlarla (povidon iodine, chlorhexidine, cetrimide) yıkanmasının port metastazlarını önlemede etkili olabileceği düşüncesi vurgulanmaktadır (22).

Laparoskopik kolorektal cerrahide öğrenme süresinin 50 olgu olduğu ve ancak bundan sonra bile bazı komplikasyonların görülebileceği, cerrahi deneyimin ve olgu seçiminin iyi yapılmasının intraoperatif komplikasyon oranlarının düşürülmesinde önemli faktörler olduğu bildirilmiştir (23).

Buraya kadar belirtilen görüşlerin tek bir olguyla yanında ya da karşısında olmamız konusu değildir. İlk LAPR olgumuz bundan sonraki laparoskopik kolorektal girişimlerimiz için ilk basamağı teşkil etmektedir. Deneyimin

artmasıyla birlikte bu tür girişimler için tanımlanan endikasyon sınırlarının genişleyeceği ve cerrahların bu konudaki çekincelerinin azalacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HSC. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). Surg Laparosc Endosc 1991; 1:144-50.
2. Fowler DL, White SA. Laparoscopic-assisted sigmoid resections. Surg Laparosc Endosc 1991; 1:183-8.
3. Sackier JM. Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum. Br J Surg 1992; 79:1207-8.
4. Collier J. Laparoscopic colectomy. Laparosc Focus 1992; 1:8.
5. Fleshman JW, Nelson H, Peters WR, Kim HC, Larach S, Boorse RR, et al. Early results of laparoscopic surgery for colorectal cancer. Retrospective analysis of 372 patients treated by clinical outcomes of surgical therapy (COST). Study Group. Dis Colon Rectum 1996; 39(Suppl):53-8.
6. Herold A, Scheideck T, Bruch P. Laparoscopic abdominoperineal excision of the rectum. In Fartmann EH, Meyer C, Richter HA (eds). Current aspects of laparoscopic colorectal surgery. Berlin Heidelberg: Springer 1997; 172-79.
7. Decanini C, Milsom JW, Bohm B, Fazio VW. Laparoscopic oncologic abdominoperineal resection. Dis Colon Rectum 1994; 6:552-8.
8. Falk PM, Beart RW, Wexner SD, Thorson AG, Jagelman DG, Lavery IC, et al. Laparoscopic colectomy. Dis Colon Rectum 1993; 1:28-34.
9. Wu JS, Birnbaum EH, Fleshman JW. Early experience with laparoscopic abdominoperineal resection. Surg Endosc 1997; 5:449-55.
10. Darzi A, Lewis C, Menzies-Gow N, Guillou PJ, Monson JR. Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum. Surg Endosc 1995; 4:414-7.
11. Teoh TA, Goh HS. The laparoscope: an excellent illumination tool for deep pelvic dissection. Dis Colon Rectum 1994; 2:191.
12. Peters WR, Fleshman JW. Minimally invasive colectomy in elderly patients. Surg Laparosc Endosc 1995; 6:477-9.
13. Reissman P, Agachan F, Wexner SD. Outcome of laparoscopic colorectal surgery in elderly patients. Am Surg 1996; 12:1060-3.
14. Larach SW, Salomon MC, Williamson PR, Goldstein E. Laparoscopic assisted abdominoperineal resection. Surg Laparosc Endosc 1993; 2:115-8.
15. Chindasub S, Charntaracharnong C, Nimitvanit C, Akkaranurukul P, Santitarmanon BJ. Laparoendosco Surg 1994; 1:17-21.
16. Ramos JM, Beart RW Jr, Goes R, Ortega AE, Schlinkert RT. Comment in: Dis Colon Rectum 1995; 5:494-501.
17. Bernstein MA, Dawson JW, Reissman P, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Is complete laparoscopic colectomy superior to laparoscopic assisted colectomy? Am Surg 1996; 6:507-11.

18. Fleshman JW, Fry RD, Birnbaum EH, Kodner IJ. Laparoscopic-assisted and minilaparotomy approaches to colorectal diseases are similar in early outcome. *Dis Colon Rectum* 1996; 1:15-22.
19. Glatti A, Birrer S, Buchmann P, Christen D, Frei E, Klaiber C, et al. Technik und resultate der laparoskopischen rektumexstirpation. *Schweiz Med Wochenschr Suppl* 1996; 79:85S-88S.
20. Ramos JR, Petrosimolo RH, Valory EA, Polania FC, Pecanha R. Abdominoperineal resection: laparoscopic versus conventional. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 2:148-52.

21. Cavina E, Seccia M, Chiarugi M, Banti P, Zocco G. Laparoscopically assisted abdominoperineal resection and simultaneous total anorectal reconstruction with electrostimulated static-dynamic graciloplasty. *Surg Endosc* 1997; 11(12)
22. Allardyce RA, Morreau P, Bagshaw PF. Operative factors affecting tumor cell distribution following laparoscopic colectomy in a porcine model. *Dis Colon Rectum* 1997; 8:939-45.
23. Agachan F, Joo JS, Weiss EG, Wexner SD. Intraoperative laparoscopic complications. Are we getting better? *Dis Colon Rectum* 1996; 39(10 Suppl): S14-9.

Alındığı tarih: 29 Mayıs 1998

Yazışma adresi: Doç. Dr. Uğur Sungurtekin, Tokat Cad. No:41 D.8 Denizli