

OVER KANSERİ YÖNETİMİNDE BARSAK CERRAHİSİ

Dr. Tayfun Güngör¹, Dr. İzzet Şahin¹, Dr. Mustafa Özat¹, Dr. Helin Terzioğlu²,
Dr. Emin Üstünyurt¹, Dr. Leyla Mollamahmutoglu¹

ÖZET

Giriş: Over kanseri olgularında, birçok seride primer optimal kitle küçültücü cerrahi en önemli anlamlı prediktör olduğundan, daha iyi sağkalım elde etmek amacıyla tümör yükünü azaltmak için barsak rezeksiyonu da dahil olmak üzere agresif yaklaşım gerekebilir. Bu nedenle, standart over ve peritoneal kanser cerrahi tedavisi sırasında barsak cerrahisinin etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Method: Retrospektif olarak gerçekleştirilen bu çalışmada over kanseri veya peritoneal kanser nedeniyle opere edilen hastalar değerlendirilmiştir. Veriler hastaların dosyalarından, cerrahi ve patolojik bulgu kayıtlarından elde edilmiştir. Çalışmaya standart over kanseri cerrahisi sırasında küçük perforasyonlar veya serozal defektler nedeniyle primer onarım yapılan olgular hariç barsak cerrahisi uygulanan olgular dahil edilmiştir.

Sonuçlar: Çalışmaya 36 hasta dahil edilmiştir. Otuz hastada primer, 6 hastada ise sekonder kitle küçültücü cerrahi sırasında barsak cerrahisi uygulanmıştır. Yapılan operasyon tipleri total kolektomi, subtotal kolektomi, sağ veya sol hemikolektomi, transvers kolon rezeksiyonu, sigmoid rezeksiyonu, rektum rezeksiyonu, ileokolik rezeksiyon ve ince barsak rezeksiyonu olarak gruplandırıldı. Sadece bir hasta barsak cerrahisi ile ilişkilendirilen komplikasyonlar nedeniyle öldü. Bir başka hastada insizyonda enfeksiyon ve eviserasyon gelişti ve yeniden opere edildi.

Tartışma: Primer sitoredüktif cerrahi sırasında yapılan barsak cerrahisi optimal kitle küçültücü operasyonların önemli bir parçasıdır ve perioperatif morbidite ve mortalitesi kabul edilebilir sınırlardadır.

Anahtar Kelimeler: Over kanseri, kolektomi, sigmoid rezeksiyonu, rektum rezeksiyonu, sitoredüksiyon.

ABSTRACT

Objective: As primary optimal surgical debulking is the most significant predictor of survival in many series, aggressive effort, including bowel resection, may be required to reduce tumor burden for improved survival benefits. We aimed to evaluate the impact of bowel surgery during standard ovarian and primary peritoneum cancer surgery.

Materials and Methods: In this retrospective study we evaluated the patients operated for ovarian cancer or peritoneum cancer. Data were gathered from patients' files, surgical and pathological recordings. The patients who had bowel surgery besides standard surgery for ovarian cancer were included in the study, except primary repair for small perforations or serosal defects.

Results: A total of 36 patients were included in the study. Thirty patients had primary and 6 had secondary debulking surgery for ovarian cancer. Bowel surgeries performed included total colectomy, subtotal colectomy, right or left hemicolectomy, left hemicolectomy, transverse colon resection, sigmoid resection, rectum resection, ileocolic resection and small bowel resection. Only one patient died with complications attributable to bowel surgery. Another patient had infection of incision and evisceration and reoperated.

Discussion: Bowel resection at the time of primary cytoreductive surgery is a crucial part of optimal debulking and associated with acceptable perioperative morbidity and mortality.

Key Words: Ovarian cancer, colectomy, sigmoid resection, rectal resection, cytoreduction.

Geliş tarihi: 02/01/2010

Kabul tarihi: 11/01/2010

¹Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü ANKARA

²Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü ANKARA

İletişim: Dr. İzzet Şahin

Uğur Mumcu Caddesi 17/2 Gaziosmanpaşa/Ankara

Tel: 0532 241 33 51

E-posta: izzet.sahin@superonline.com

GİRİŞ

Epitelyal over kanseri olgularının büyük çoğunluğu başvurduklarında ileri evrelerdedir (1). Optimal sitoredüktif cerrahi ve platin bazlı kemoterapi ileri evre over kanserleri tedavisinin en önemli komponentleridir. Primer optimal cerrahi kitle küçültücü (<1-2 cm) operasyon da tedavinin ilk ve en önemli basamağı olduğundan barsak cerrahisi de sıklıkla tümör yükünü küçültmek ve sağkalım avantajı elde etmek için gereklilik arzeder. Bu cerrahinin over kanseri hastalarında uygulanmasının morbidite ve mortalite üzerindeki etkileri bu çalışmada değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METOD

Retrospektif olarak gerçekleştirilen bu çalışmada over kanseri veya peritoneal kanser nedeniyle opere edilen hastalar değerlendirilmiştir. Veriler hastaların dosyalarından, cerrahi ve patolojik bulgu kayıtlarından elde edilmiştir. Operasyonlar jinekolojik onkoloji ekibi tarafından genel cerrahi uzmanının eşliğinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirildiği dönemde opere edilen 256 olgunun 197'sinde (%77) ileri evre veya rekürren hastalık nedeniyle sitoredüktif cerrahi uygulanmıştır. Bu olgular arasından standard over kanseri cerrahisi sırasında standard ek olarak barsak cerrahisi de uygulanan over ve periton kanseri olguları değerlendirmeye alınmıştır. Küçük perforasyonlar veya serozal defektler nedeniyle primer onarım yapılan olgular hariç ise bu gruptan hariç tutulmuş, standard over kanseri tedavisi uygulanan hasta grubu içinde değerlendirilmiştir. Hastalar yaş, cerrahi notlar, tümörlerin histolojik tipleri, morbidite (intra ve postoperatif majör komplikasyonlar) ve operasyon sonrası sağkalım açısından değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR

Barsak cerrahisi uygulanan 36 hastanın medyan yaşı 58 (39-73 yaş) iken uygulanmayanların (n=161) medyan yaşı 59 (37-74 yaş) olarak saptanmıştır. Otuz hastada primer, 6 hastada ise sekonder kitle küçültücü operasyon sırasında barsak cerrahisi uygulanmıştır.

Yapılan operasyon tipleri total kolektomi (n=2), subtotal kolektomi (n=2), sağ (n=10) veya sol (n=2)

hemikolektomi, transvers kolon rezeksiyonu (n=3), sigmoid rezeksiyonu (n=4), rektum rezeksiyonu (n=3), ileokolik rezeksiyon (n=1) ve ince barsak rezeksiyonu (n=9) olarak gruplandırıldı. Bu olguların 6'sında stoma diğerleri ise anastomoz operasyonu yapılmıştır.

Sadece bir hasta (%2,78) barsak cerrahisi ile ilişkilendirilen peri ve postoperatif komplikasyonlar nedeniyle ölmüştür. Obes ve diyabetik olan bu hastada pelvik abse ve eviserasyon nedeniyle reoperasyon yapılmış ve cerrahiden 10 gün sonra septik şokla kaybedilmiştir. Bir başka hastada yine insizyonda enfeksiyon ve eviserasyon nedeniyle reoperasyon yapılmıştır. Barsak cerrahisine bağlı oluşabilecek majör komplikasyonlardan olan postoperatif fistül oluşumu bir hastada görülmüştür. Minör morbidite sebebi postoperatif ileus ya da subileus sık görülen bir problem olup olguların %25'inde gelişmiş ancak hepsinde konservatif yönetim ile düzelme elde edilmiştir.

Sekiz hastada (%22) 2 litreden fazla olarak tanınan aşırı kanama izlendi, bunlardan bir hastada yaklaşık 5 litre kan kaybı oldu. Yara enfeksiyonu 4 hastada (%11) izlendi. Hem kanama komplikasyonu hem de yara enfeksiyonu ileri evre evre barsak cerrahisi olmaksızın geniş cerrahi uygulanan hastalara benzerdi. Hastaların medyan takip süreleri barsak cerrahisi uygulananlarda 19 ay (1-39 ay), uygulanmayanlarda 16 ay (1-42 ay) olmuştur.

TARTIŞMA

Over kanserinin yayılma paterninin doğal bir sonucu olarak sıklıkla barsaklar ve diğer peritoneal yapılarda tutulum izlenmektedir. En sık tutulan bölgeler rektosigmoid ve ardından ileoçekal bölge ve transvers kolon olarak bildirilmektedir (5). Over kanserinin lokal yayılım özelliği rektosigmoid ve ileoçekal bölgedeki sık tutulum eğilimini açıklamaktadır. Transvers kolonun tipik olarak omentumdaki büyük kitleli (bulky) metastazlarla birlikte tutulduğu bilinmektedir (5-6). Bizim serimizde en sık yapılan cerrahi tipi ileoçekal tutulum nedeniyle yapılan sağ hemikolektomi idi. Rektum ve veya sigmoid rezeksiyonu da göreceli olarak sık uygulanan prosedürlerdi.

Over kanseri operasyonları sırasında yapılan barsak rezeksiyonlarının gerekliliği morbiditeyi artırma potansiyelleri ve sağ kalıma olumlu etkilerine yönelik

iyi kalite verilerin yetersizliği nedeniyle tartışmalıdır (7-9). Bu çalışmada değerlendirilen hasta grubunda barsak rezeksiyonlarıyla direkt olarak ilişkilendirilebilecek komplikasyonlar tolere edilebilecek düzeylerde gerçekleşmiştir. Barsaklarla ilişkili en sık oluşan morbidite bu hasta serisinde uzamış ileus olmuştur. Diğer morbidite ve mortalite sebepleri ise barsak cerrahisi uygulanmayıp tam bir sitoredüksiyon uygulanmış hastalarla karşılaştırılabilir derecede olmuştur.

Morbiditenin artması ve sağkalımı iyileştirdiğini gösteren verilerin yeterli olmaması nedeniyle over kanseri operasyonları sırasında barsak rezeksiyonu tartışmalıdır (7-9). Barsak rezeksiyonu yapılmasa bile over kanserinde sitoredüktif cerrahinin morbiditesi belirgindir (6). Bu çalışmada değerlendirilen hasta kohortunda barsak rezeksiyonuna direkt olarak bağlanabilecek komplikasyonlar tolere edilebilir boyutlarda olmuştur. Hasta serimizde barsakla ilişkili morbiditenin en sık sebebi uzamış ileustu. Morbidite ve mortalitenin diğer nedenleri barsak cerrahisi yapılmaksızın komplet sitoredüktif cerrahi yapılan olgularla kıyaslanabilir düzeylerde olmuştur.

Olgu serimizde barsak cerrahisi yapılan hastalarda belirgin sağ kalım yararı gösterilememiştir ancak bu durum sınırlı takip süreleri ile ilişkili de olabilir. Fakar birçok seride, primer sitoredüksiyonu sırasında barsak rezeksiyonu yapılan ileri evre over kanseri hastalarında 1 cm altında olacak şekilde optimal sitoredüksiyon yapıldığı takdirde sağ kalımın iyileştiği gösterilmiştir (6-14). Primer operasyon sırasında optimal sitoredüksiyonun uygulanması mümkün olmayan olgularda da belki barsak obstrüksiyonunu düzeltecek konservatif yaklaşımlar ardından neoadjuvan kemoterapi verilmesi ve sonrasında cerrahi kitle küçültücü operasyon yapılması düşünülebilir.

Sonuç olarak, primer sitoredüktif cerrahi sırasında optimal sitoredüksiyon için önemli bir yeri olan barsak rezeksiyonunun perioperatif morbidite ve mortalitesinin kabul edilebilir boyutlarda olduğunu söylemek mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005;55(1):10-30.
2. Hoskins WJ, McGuire WP, Brady MF, et al. The effect of diameter of largest residual disease on survival after primary cytoreductive surgery in patients with subop-

3. Eisenkop SM, Friedman RL, Wang HJ. Complete cytoreductive surgery is feasible and maximizes survival in patients with advanced epithelial ovarian cancer: a prospective study. *Gynecol Oncol* 1998;69:103-108.
4. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, et al. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol* 2002;20:1248-59.
5. Hoffman MS, Griffin D, Tebes SJ. Sites of bowel resected to achieve optimal ovarian cancer cytoreduction: implications regarding surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:582-6.
6. Tebes SJ, Cardosi R, Hoffman MS. Colorectal resection in patients with ovarian and primary peritoneal carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(2):585-9.
7. Gillette-Cloven N, Burger RA, Monk BJ, McMeekin et al. Bowel Resection at the Time of Primary Cytoreduction for Epithelial Ovarian Cancer. *J Am Coll Surg* 2001;193:626-632.
8. Shimada M, Kigawa J, Minagawa Y, et al. Significance of cytoreductive surgery including bowel resection for patients with advanced ovarian cancer. *Am J Clin Oncol* 1999;22:481-484.
9. Potter ME, Partridge EE, Hatch KD, et al. Primary surgical therapy of ovarian cancer: how much and when. *Gynecol Oncol* 1991;40:195-200.
10. Takahashi O, Tanaka T. Intestinal surgery in advanced ovarian cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19(1):10-4.
11. Weber AM, Kennedy AW. The role of bowel resection in the primary surgical debulking of carcinoma of the ovary. *J Am Coll Surg* 1994; 179:465-470.
12. Gillette-Cloven N, Burger RA, Monk B, et al. Bowel resection at the time of primary cytoreduction for epithelial ovarian cancer. *J Am Coll Surg* 2001; 193:626-632.
13. Tamussino KF, Lim PC, Webb MJ, et al. Gastrointestinal surgery in patients with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2001; 80:79-84.
14. Jaeger W, Ackermann S, Kessler H, et al. The effect of bowel resection on survival in advanced epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2001; 83:286-291.