

# ROBOTİK RADİKAL PARAMETREKTOMİ, PELVİK LENFADENEKTOMİ, VAJEN 1/3 ÜST KISMININ ÇIKARILMASI: OLGU SUNUMU

Dr. Fatih Güçer<sup>1</sup>, Dr. Koray Özbay<sup>2</sup>, Dr. Nuri Ceydeli<sup>2</sup>

## ÖZET

**Amaç:** "Robotik radikal parametrektomi (RRP)+pelvik lenfadenektomi (PND)+vajen 1/3 üst kısmının çıkarılması" ameliyatı uygulanan olgunun sunumu.

**Olgu Sunumu:** Basit histerektomi sonrası invazif servikal kanser tespit edilen 61 yaşındaki hasta kliniğimize başvurdu. Hastaya "eksis cerrahi uygulanmış serviks kanseri" tanısıyla "RRP+PND+Vajen 1/3 üst kısmının çıkarılması" ameliyatı önerildi ve sonrasında başarıyla uygulandı. İntra-operatif veya post-operatif komplikasyon olmadı.

**Sonuçlar:** Konsol süresi 277 dakika olan ameliyatta toplam 35 adet pelvik lenf nodu çıkarıldı. Lenf nodlarında, parametriumlarda, vajen manşetinde metastaz saptanmadı. Hastaya per-op veya post-op kan transfüzyonu gerekmedi. Hastanın üriner sistem kateteri rezidüel idrarın 90 cc gelmesi üzerine post-op 14. gün çekildi.

Robotik radikal parametrektomi uygulanabilirlik ve güvenlik açısından diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında efektif bir alternatif olarak görünmektedir. Occult serviks kanserlerinde radikal parametrektomi yapılan vakaların % 78-80'inde radyoterapinin gerekliliği önlenmektedir.

Yaptığımız literatür araştırmasında, "RRP+PND+Vajen 1/3 üst kısmının çıkarılması" ameliyatının daha önce ülkemizde yayınlanmamış olduğunu ve literatürde de bu konudaki yayınların kısıtlı olduğunu tespit ettik.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Cerrahi; Radikal Parametrektomi; Serviks Kanseri; Eksis Cerrahi.

## ABSTRACT

**Objective:** To present a case treated by "Robotic Radical Parametrectomy, Pelvic Lymphadenectomy, Resection of the Upper 1/3 Vagina" operation.

**Case:** A 61 year old patient was admitted to our clinic because of the diagnosis of invasive cervical cancer after simple hysterectomy. "Robotic Radical Parametrectomy, Pelvic Lymphadenectomy, Resection of the Upper 1/3 Vagina" operation was offered to patient due to incomplete surgery. Surgery was completed successfully and no intra-operative or post-operative complications were observed.

**Results:** 35 pelvic lymph nodes were obtained during the operation and the console time was 277 minutes. All lymph nodes, parametria and vaginal cuff were negative for metastatic disease. Blood transfusion was not necessary for the patient, neither per-operatively nor post-operatively. Bladder catheter was removed on the 14th post-operative day, after a residual urine volume of 90 cc.

Robotic radical parametrectomy represents an effective alternative to other methods in terms of feasibility and safety. Radical parametrectomy avoids the use of radiotherapy in approximately 78-80 % of the patients with occult cervical cancer.

To our best knowledge "Robotic Radical Parametrectomy, PND, Resection of the Upper 1/3 Vagina" operation has not been published from our country and articles about this subject were limited and low in number in English literature.

**Key Words:** Robotic Surgery; Radical Parametrectomy; Occult Cervical Cancer; Incomplete Surgery.

Geliş tarihi: 03/12/2012

Kabul tarihi: 05/01/2013

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Kadın Sağlığı Kliniği KOCAELİ

İletişim: Dr. Fatih Güçer

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Kadın Sağlığı Kliniği KOCAELİ

Tel: 0542 257 67 88

E-mail: fatih.gucer@anadolusaglik.org

## Giriş

Benign nedenlerle basit histerektomi uygulanarak sonrasında erken evre invazif servikal karsinom saptanmış vakalar azımsanacak oranlarda değildir. Bu hastalarda tedavi seçenekleri adjuvan kemoterapinin eşlik ettiği radyoterapi veya radikal parametrektomi'dir (RP). RP, üst vajen, bilateral parametrium ve bölgesel lenf nodlarının çıkarılması olarak tanımlanır (1, 2, 3, 4). Bu ameliyatın özelliği hastaya radyoterapiye alternatif bir tedavi olarak sunulabilmesidir, negatif bir patoloji spesimeni ek bir tedavinin gerekmediğini gösterir (2, 3, 5). Geleneksel olarak laparotomi ile uygulanan bu operasyon laparoskopik ve robotik olarak da yapılabilmektedir (1, 2, 6). Robotik cerrahinin laparotomi ve konvansiyonel laparoskopiyeye çeşitli yönlerden üstünlükleri bulunmaktadır. Bu makalede, basit histerektomi sonrası invazif serviks kanseri saptanıp sonrasında eksik cerrahi nedeniyle kliniğimizde "Robotik Radikal Parametrektomi (RRP), Pelvik Lenfadenektomi (PND), Vajen 1/3 Üst Kısmının Çıkarılması" ameliyatı uygulanan olgu sunulmaktadır.

## OLGU SUNUMU

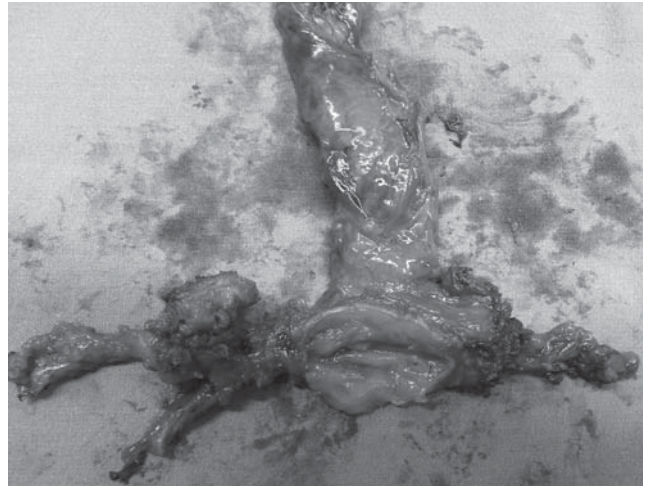
61 yaşında G1P1 hastaya, yabancı bir ülkede "servikal intraepitelyal neoplazi 1" (CIN 1) tespit edilmesi üzerine total abdominal histerektomi+ bilateral salpingooferektomi uygulanmış. Ameliyat sonrası yapılan histopatolojik incelemede "en büyük tümör çapı 2,1 cm olan, grade 2, serviks skuamöz hücreli karsinom" saptanmış. Kliniğimize bu bulgularla başvuran hastanın hazır preparatlarının hastanemiz patoloji bölümünde yeniden yapılan değerlendirmesi sonucunda histopatolojik tanı doğrulandı. Hastanın yapılan PET/CT incelemesinde, vücutta malign doku düşündürülen metabolik aktivite izlenmedi. Hastaya "eksik cerrahi uygulanmış serviks kanseri" tanısıyla "RRP+PND+Vajen 1/3 Üst Kısmının Çıkarılması" ameliyatı önerildi. Hastanın bilgilendirilmiş onamı alındıktan sonra ameliyat planlandı.

Operasyona genel anestezi altında gerekli hazırlıklar tamamlandıktan sonra başlandı. Göbekten optik portu girildikten sonra ay şeklinde olacak şekilde, solda 2'si sağda biri olmak üzere 3 adet robotik trokar 8-10 cm aralıklarla kondu. Bir adet 10 mm'lik asistan portu sağ üst kadrana yerleştirildi. İlk olarak laparoskopik adhezyolizis sonra, robotik olarak pelvik lenfadenektomi uygulandı. Sırasıyla external iliac, obtura-

tor, common iliac, internal iliac ve pre-sacral lenf nodları diseke edilip ardından "RRP"ye geçildi.

İlk olarak a.uterina bulundu ve ureter çaprazına kadar diseke edildi. Mesane diseksiyonu yapıldı. Takiben ureter tünel içinden mesaneye giriş yerine kadar tamamen serbestleştirildi. Daha sonra rektumla vajen arasına girildi, rektum vajenden ayrıldı. Sonra ilk olarak posterior parametrium, daha sonra pelvik yan duvarda tutunma yerinden lateral parametrium rezeke edildi. Son olarak anterior parametrium rezeksiyonu tamamlandı. Vajene bir adet tampon yerleştirilerek istenilen bölge gergin bir şekilde manipüle edilirken yaklaşık 2,5-3 cm'lik vajen manşeti piyes üzerinde kalacak şekilde önden vajene girilerek sirküler kesi yapıldı ve RRP spesimeni ve pelvik lenf nodları sağ ve sol olarak ayrı ayrı 2 endobag ile vajen yoluyla batın dışına alındı (Şekil 1). Vajen Covidien V-Loc™ sütürle robotik olarak kapatıldı. Ameliyat esnasında toplam kanama yaklaşık 30 cc idi. İntraoperatif veya post-operatif komplikasyon olmadı. Konsol süresi 277 dakika olan ameliyatın pelvik lenfadenektomi kısmı 106 dakika, parametrektomi kısmı 103 dakika sürdü. Toplam 35 adet pelvik lenf nodu çıkarıldı. Spesimenin histo-patolojik incelemesinde lenf nodları, sağ ve sol olarak 2 parçadan oluşan (10x4x2 cm ve 5,5x3x1,5 cm) parametrium ve 3x2,5 cm boyutlarındaki vajen manşetinde metastaz saptanmadı (Şekil 1). Hastaya per-op veya post-op kan transfüzyonu gerekmedi.

Post-op 2. günde hastada ateş yükselmesi ve oksijen saturasyonlarında düşme ile semptom veren sol



Şekil 1

akciğer bazalinde lineer atelektazi gelişti. Antibiyoterapi ve solunum egzersizi ile tablo düzeldi. Hasta post-op 7. gün taburcu edildi. Erken taburcu edilmesi planlanan hastanın yabancı ülkeden geliyor olması nedeniyle hastanede kalış süresi kendi isteğiyle uzadı. Hastanın üriner sistem kateteri rezidüel idrarın 90 cc gelmesi üzerine post-op 14. gün çekildi.

## TARTIŞMA

Serviks kanseri, teşhis ve tedavisindeki gelişmelere, profilaktik human papilloma virus aşlarına rağmen hala kanser nedeni mortalitenin majör bir sebebidir (7). 2002 yılında tüm dünyada yaklaşık olarak 493.000 yeni vaka ve 274.000 ölüm rapor edilmiş olup kadınlarda izlenen kanserler arasında en sık 2. kanserdir. (8).

Serviks kanseri erken tanısında smear, kolposkopi, endoservikal küretaj, servikal biopsi ve konizasyon önemli teşhis yöntemleridir (2, 3). Maalesef, tüm tanı imkanlarına ve uygun değerlendirmeye rağmen hastaların bir kısmına tanı konamamakta ve bazen benign nedenlerle basit histerektomi uygulanmış vakalarda, ameliyat sonrası yapılan histopatolojik inceleme sonucunda invazif serviks kanseri saptanabilmektedir (3, 5). İnvazif servikal kanserler içinde occult servikal kanserlerin oranı %5.3-10,7 olarak bildirilmiştir (5). Occult serviks kanserlerinde tedavi seçenekleri adjuvan radyoterapi veya RP şeklindedir (2, 4, 8).

Uygun tedavi yapılmayıp sadece ekstrasfalyal histerektomi uygulanmış vakalarda 5 yıllık sağkalım %50'den azdır (3). Bu tip hastalara radikal parametektomi uygulanıp patolojik açıdan negatif spesimenler elde edildiğinde 5 yıllık sağkalım %89-100 olarak rapor edilmiştir (3, 9). İlk ameliyat sonrası negatif cerrahi sınır saptanmış, rezidüel tümörü olmayan hastalara sadece radyoterapi uygulandığında 5 yıllık sağkalım %71-92 olarak bildirilmiştir (9). RP ve radyoterapinin 5 yıllık sağkalım oranları birbirine yakındır, ancak, radyoterapi sonrası rekürrens saptanan hastalarda küratif olan tek tedavi seçeneği pelvik ekzenterasyon gibi agresif bir cerrahi olup sadece santral pelvik rekürrensler için geçerlidir (4, 8, 10, 11, 12).

Özellikle 2. cerrahi sonrasında radyoterapi verilmesi beklenmeyen hastalara radikal parametektomi yapılması, occult serviks kanseri'nde uygulanacak olan radyoterapiden hastaların yaklaşık %78-80'nin korunmasını sağlamaktadır (6, 9). Bu sayede hem radyoterapi'ye bağlı bir çok komplikasyon (proktit,

rektit, sistit, kronik diyare, vajinal striktür, ince bağırsak obstrüksiyonu, fistül formasyonu, over fonksiyon kaybı vb.) önleniyorken aynı zamanda rekürrens olan hastaların radyoterapi veya radyoterapi+kemoterapi ile tekrar tedavi edilebilme şansları olmaktadır (2, 10). Bunun yanında tam bir cerrahi evreleme fırsatı sağlaması da RP'nin bir diğer avantajıdır (6).

Radikal parametektomi Daniel ve Brunschwig tarafından 1961'de tarif edilmiştir, geleneksel olarak laparotomi ile gerçekleştirilir (2). Teknolojideki gelişmelere paralel olarak bu operasyon laparoskopik ve robotik olarak da yapılabilmektedir (1, 2, 6).

Son zamanlarda robotik cerrahi sistemlerinin kullanıma girmesi ile cerrahların kompleks jinekolojik onkolojik prosedürleri minimal invazif yaklaşım ile gerçekleştirmesi kolaylaşmıştır. *DaVinci Surgical System*'in (Intuitive Surgical, Inc, Sunnyvale, California, USA) 3 boyutlu görüntü sağlaması, tremor filtrasyonu yapması, hareket kabiliyetinin yüksek olması gibi özelliklerinden dolayı konvansiyonel laparotomiye göre önemli avantajları bulunmaktadır (2). Occult serviks kanserinde RRP uygulanan ilk ameliyat serisi Ramirez PT et al. tarafından yayınlanmıştır (2). Gerçekleştirdikleri 5 vakalık "RRP" serisinde intra-operatif ve post-operatif komplikasyon oranlarını laparotomi veya laparotomi ile yapılan diğer serilerle aynı bulmuşlar ve kan kaybı miktarını daha az, hastanede kalma süresini daha kısa olarak rapor etmişlerdir. Bu seride ortalama ameliyat süresi 365 dakika, tahmini kan kaybı 100 ml ve çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 14'tür. Komplikasyon olarak; robotik olarak onarılmış bir intra-operatif sistotomi, bir vezikovajinal fistül ve lenfösel bildirmişlerdir (2). Zapardiel I et al. 2 vakada benign nedenler, 3 vakada da serviks kanseri nedeniyle RRP uyguladıkları 5 hastalık serilerinde tek komplikasyon olarak konservatif tedavi ile iyileşen post-operatif ileus bildirmişlerdir (1). Vitobello D et al. 7 vakada occult serviks kanseri, 4 vakada da vajinal rekürrens izlenen endometrium kanseri nedeniyle RRP uyguladıkları 11 hastalık serilerinde çıkardıkları ortalama pelvik lenf nodu sayısını 24, ortalama ameliyat süresini 262 dakika olarak bildirmişlerdir ve kan transfüzyonu gereksinimleri olmamıştır. Operasyon sırasında oluşan sistotomi ve 15 gün sonrasında laparotomi ile boşaltılan bir hemoperitoneum dışında başka bir komplikasyon bildirmişlerdir (6). Kendi olgumuzda post-operatif 2. Gün gelişen atelektazi dışında intra-operatif veya

post-operatif bir komplikasyon gelişmemiş, kan tranfüzyonu gerekmemiş ve toplam 35 adet lenf nodu çıkarılmıştır.

Sayıdığımız avantajları ve hastaya olan faydaları nedeniyle RPR uygulanabilirlik ve güvenlik açısından diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında efektif bir alternatif olarak görünmektedir ancak teknik olarak zorlu bir cerrahi yöntemdir. Belirli bir öğrenme süreci gerektirmesi ve bu konuda uzman bir kişinin yanında eğitim alınması gerekliliği yöntemin yaygınlaşmasının önündeki engelleri oluşturmaktadır. Daha önceki histerektomi ameliyatı nedeniyle anatomik belirteçleri değişmiş, genellikle yoğun adhezyonlar oluşmuş bir batında parametrium diseksiyonu hem tecrübeli hem de robotik cerrahiye hakim bir cerrahı gerektirmektedir (6). Dünya üzerinde yaklaşık olarak 2000 civarı robotik sistem kurulduğu ve her geçen gün sayılarının artmakta olduğu düşünülürse RRP'nin diğer yöntemlerin yerini zamanla alabileceği öngörüsünde bulunulabilir (13).

RRP, komplikasyon oranlarınının laparotomi veya laparoskopisi ile yapılan diğer ameliyatlara benzer, kan kaybının daha az ve hastanede kalma süresininin daha kısa olması gibi avantajları nedeniyle occult serviks kanserlerinde güvenilir ve etkin bir cerrahi seçeneği olarak görünmektedir. Yaptığımız literatür araştırmasında, "RRP+PND+Vajen 1/3 üst kısmının çıkarılması" ameliyatının daha önce ülkemizden yayınlanmamış olduğunu ve literatürde de bu konudaki yayınların kısıtlı olduğunu tespit ettik.

## KAYNAKLAR

1. Zapardiel I, Zanagnolo V, Magrina JF, Magtibay PM. Robotic radical parametrectomy in cervical cancer. *Gynecol Obstet Invest* 2011;72:179-182.
2. Ramirez PT, Schmeler KM, Wolf JK, Brown J, Soliman PT. Robotic radical parametrectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2008;111:18-21.
3. Leath CA 3rd, Straughn JM, Bhoola SM, Partridge EE, Kilgore LC, Alvarez RD. The role of radical parametrectomy in the treatment of occult cervical carcinoma after extrafascial hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2004;92:215-219.
4. Magrina JF, Zanagnolo VL. Robotic surgery for cervical cancer. *Yonsei Med J* 2008;49:879-885.
5. Suh DH, Chung HH, Kim JW, Park NH, Song YS, Kang SB. An occult invasive cervical cancer found after a simple hysterectomy: a 10-year experience in a single institution. *Int J Gynecol Cancer* 2011;21:1646-1653.
6. Vitobello D, Siesto G, Bulletti C, Accardi A, Ieda N. Robotic radical parametrectomy with pelvic lymphadenectomy: our experience and review of the literature. *Eur J Surg Oncol* 2012;38:548-554.
7. Wright JD, Grigsby PW, Brooks R et al. Utility of parametrectomy for early stage cervical cancer treated with radical hysterectomy. *Cancer* 2007;110:1281-1286.
8. Yim GW, Kim SW, Nam EJ, Kim YT. Role of robot-assisted surgery in cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2011;21:173-181.
9. Gori JR, Fritsches HG, Castañño R, Toziano M, Habich D. Radical parametrectomy for occult cervical carcinoma detected posthysterectomy. *J Low Genit Tract Dis* 2004;8:102-105.
10. Chi DS, Abu-rustum NR, Hoskins WJ. Cancer of the Cervix. In: Rock JA, Jones HW (eds). *Te Linde's Operative Gynecology*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, USA, 2003; 1373-1444.
11. Gadducci A, Tana R, Cosio S, Cionini L. Treatment options in recurrent cervical cancer (Review). *Oncol Lett* 2010;1:3-11.
12. Park JY, Kim DY, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Nam JH. Management of occult invasive cervical cancer found after simple hysterectomy. *Ann Oncol* 2010;21:994-1000.
13. Yim GW, Kim YT. Robotic surgery in gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012;24:14-23.