

Paraaortik lenfadenektomi sırasında saptanan retroaortik yerleşimli sol renal ven anomali: Olgu sunumu

Retroaortic localized left renal vein anomaly detected during paraaortic lymphadenectomy: a case report

Alpaslan Kaban, Celal Akdemir, Fatma Ferda Verit, Işık Kaban

ÖZET

Kanser cerrahisinde ilgili organın lenfatik drenajının toplandığı lenf nodlarının eksizyonu genel bir prosedürdür. Endometrium kanseri cerrahisinde de belirli bir grup hastada paraaortik lenfadenektomi adı altında sol renal ven seviyesine kadar aort ve vena kava inferior etrafındaki lenfatik dokuların eksize edilmesi önerilir. İleri düzey deneyim gerektiren bu prosedürde, büyük damar yaralanması, kanama, ameliyat süresinin uzaması, komşu organ yaralanması gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca bu bölgedeki, ameliyat sırasında farkedilen bir anomali cerrahi yönetimi komplike edebilmektedir. Bu olgu sunumunda paraaortik lenfadenektomi esnasında farkedilen, retroaortik yerleşimli sol renal ven anomali olan endometrium kanserli bir hastanın cerrahi yönetimi tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Endometrium kanseri, paraaortik lenfadenektomi, renal ven anomali

ABSTRACT

Excision of the lymph nodes of the relevant organ is a general procedure in cancer surgery. In endometrial cancer surgery, it is recommended to excise lymphatic tissues around the aorta and vena cava up to the left renal vein level in a certain group of patients. In this procedure, which requires advanced experience, complications such as major vascular injury, bleeding, prolonged operation time, and organ injuries can be seen. Also, an anomaly detected in this region during surgery can complicate surgical management. In this case report, surgical management of an endometrium cancer patient with retroaortic localized left renal vein anomaly, which was noticed during paraaortic lymphadenectomy, was discussed.

Key words: endometrial cancer, paraaortic lymphadenectomy, renal vein anomaly

Alpaslan Kaban, Celal Akdemir, Fatma Ferda Verit, Işık Kaban
İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,

Geliş Tarihi: 16/02/2018

Kabul Tarihi: 06/06/2020

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hst. ve Doğum Kliniği, İstanbul

İletişim: Dr. Alpaslan Kaban

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hst. ve Doğum Kliniği, İstanbul

Tel: 90 532 260 96 84

E-posta: alpaslankaban@gmail.com

Giriş

Endometrium kanserlerinin cerrahi tedavisinde pelvik/paraaortik lenfadenektomi prosedürü hem hastalığın evresini tespit etmek hemde terapötik amaçlı olarak önerilmektedir. Aslında bu hastalarda risk grupları tanımlanmış ve düşük risk grubunda lenfadenektominin gerekli olmadığı belirtilmiş olsa da FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) endometrium kanseri tanısı alan tüm hastalarda pelvik/paraaortik lenfadenektomi prosedürünü de içeren evreleme cerrahisini önerir (1). Paraaortik lenfadenektomi sahası için kabul edilen üst anatomik sınır sol renal ven seviyesidir (2,3). Bu işlem, ameliyat süresinin uzaması, kanama ve kan transfüzyonu, büyük damar yaralanmaları, komşu organ yaralanmaları (üreter, barsak vs) gibi riskleri içerir. Güvenli bir işlem için bu alanın anatomisini iyi bilmek ve paraaortik lenfadenektomi işleminde tecrübeli olmak önemlidir. Buna rağmen bu alandaki bir anatomik varyasyonun varlığı cerrahi işlemin olağan seyrini değiştirebilir. Cerrahi ekibin varyasyonu tespit etmesi zaman alabilir ve yeni anatomik planlar belirlenirken komplikasyon riski artabilir.

Bu yazıda, paraaortik lenfadenektomi için proksimaldeki anatomik sınırın tespitinde hedef yapı olan sol renal venin normal dışı seyrettiği endometrium kanserli bir hasta sunuldu. Amacımız paraaortik lenfadenektomi prosedüründe nadir rastlanan, cerrahiye komplike hale getirebilen bir anomaliye dikkat çekmek ve preoperatif değerlendirmenin önemini vurgulamaktır.

Olgu

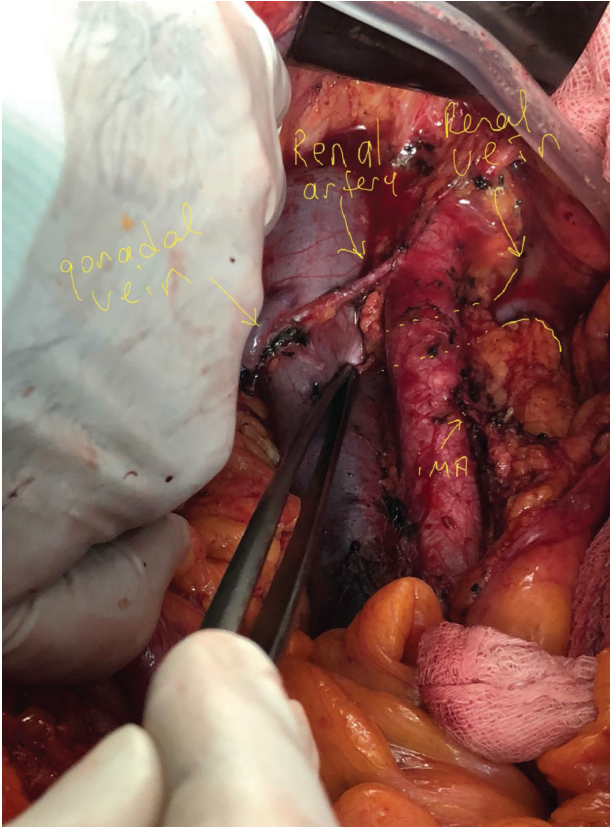
41 yaşında, 3 yıllık evli, herhangi bir hastalığı olmayan, hiç gebe kalmamış bir hasta, adet düzensizliği nedeniyle poliklinikte değerlendirildi. Muayene sonucunda vulva, vagina ve serviks doğal, uterus normalden iri saptandı. Transvaginal ultrasonografide uterin kavite içinde 4-6 cm boyutlarında hiperekojen kitle görünümü (submükoz myom? polip? tümör?) izlendi. Heriki over normal görünümdeydi. Yapılan endometrial biopsinin sonucu endometrioid tip adenokarsinom grade 2 olarak geldi. Hasta operasyon için hazırlandı. Tam kan sayımı, gebelik testi (betaHCG), açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri (AST/ALT ve BUN/kreatinin), elektrolit değerleri, tiroid stimulan test (TSH), postero-anterior akciğer direk grafisi, elektrokardiografi testleri normal sınırlarda tespit edildi. Alt batın MR tetkiki istenmişti. Ayrıca üst batın MR tetkiki gerekli görülmedi. Operasyonda, genel anestezi altında median insizyonla batına girildi. Pelvik organlar normal görünümdeydi. Histerektomi ve bilateral salpingooforektomi yapılarak

materyal frozen kesit muayene için patoloji birimine gönderildi. Endometriumda 5 cm lik tümöral kitle ve yarıdan fazla myometrial invazyon belirtilmesi üzerine insizyon göbük üstüne çıkarılarak pelvik/paraaortik lenfadenektomiye geçildi. Bilateral pelvik lenfadenektomi sonrası, aortik bifurkasyondan proksimale doğru abdominal aorta etrafındaki lenfatik dokular diseke edilmeye başlandı. Benzer işleme vena kava inferior etrafındaki lenfatik dokular da çıkartıldı. Standart olarak, renal ven seviyesine kadar lenfadenektomiyi gerçekleştirmek gayesiyle sol renal ven belirinceye kadar diseksiyona devam edildiği için, bu hastada da benzer yaklaşımla diseksiyonun proksimaldeki sonlanımı için sol renal ven belirlenmeye çalışıldı. Proksimale doğru diseksiyona devam edildi, diseksiyon güçlükle yapılı hale gelmesine rağmen sol renal ven belirmemişti. Bu noktada diseksiyonu durdurmak ya da proksimale doğru devam etmek ikileminde, tercihimiz diseksiyonun durdurulması yönünde oldu. Proksimale doğru diseksiyondan vazgeçilip, paraaortik ve parakaval alanlardaki daha distalde kalan lenfatik dokuların eksizyonuna geçildi. Aortanın ve vena kava inferiorun posterolateral duvarlarının diseksiyonu esnasında aortayı posteriordan çaprazlayan damar oluşumu farkedildi. Dikkatli diseksiyonla bunun retroaortik yerleşimli renal ven olduğu anlaşıldı. Bunun seviyesi diseksiyonun proksimal ucundan yaklaşık 15 cm daha aşağıdaydı (Resim 1). Bu renal venin seviyesinin birkaç cm distalinde aortayı önünden çaprazlayan ve daha ince olan, diseksiyon esnasında koruduğumuz damarın sağ renal arter olduğu sağ böbrek visualize edildikten sonra anlaşıldı. Ayrıca sağ böbreğin aşağı yerleşimli olduğu görüldü (Resim 2). Anatomik varyasyonlar detaylı olarak incelendi, ana damar yapılarında ve etraf dokularda bir komplikasyon olmadığı değerlendirildi. Paraaortik lenfadenektomi prosedürü sonlandırıldı.

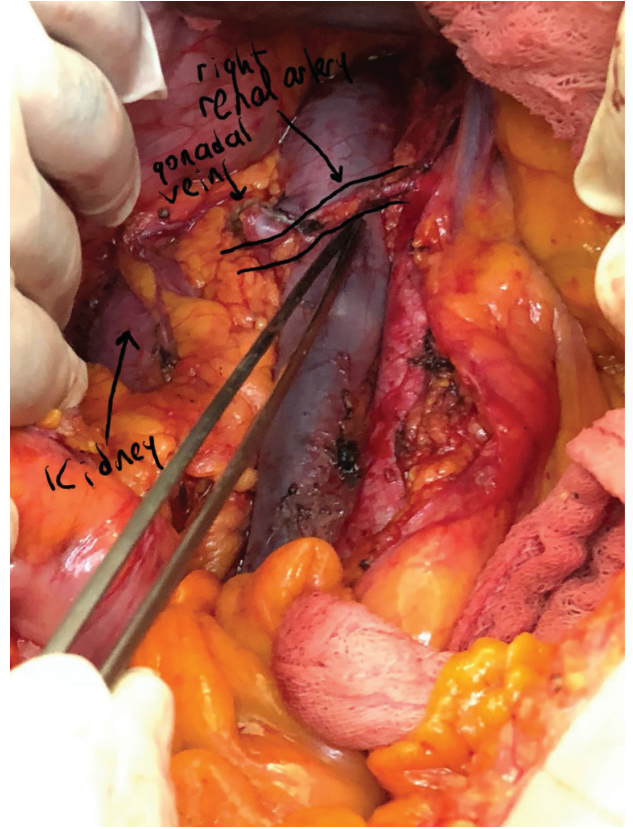
Tartışma

Bu yazıda endometrium kanserinde evreleme cerrahisinin bir parçası olan paraaortik lenfadenektomi prosedürü esnasında farkedilen retroaortik yerleşimli sol renal veni olan bir hasta sunuldu.

Sol renal ven normal anatomik durumda sol böbrekten çıktuktan sonra 2. lumbal vertebra düzeyinde aortayı önden çaprazlayarak vena kava inferiora dökülür. Bu venin anatomik lokalizasyonu, paraaortik lenfadenektomi prosedürü için önemlidir, diseksiyon sahasının üst sınırı kabul edilir. Literatürde, aortayı posteriordan çaprazlayan, retroartik yerleşimli sol renal ven oranı %1-5 arasında bildirilmektedir. Reed ve arkadaşlarının 433 hastayı değerlendirdikleri



Resim 1. Retroaortik yerleşimli sol renal ven.



Resim 2. Aşağı yerleşimli sağ böbrek ve vena kavanın önünden geçen renal arter.

çalışmalarında sol retroaortik yerleşimli sol renal ven oranının %1.8 olarak bulmuşlardır (4). Resurlu ve arkadaşları çalışmalarında 680 hastayı bilgisayarlı tomografi ile değerlendirmiş ve retroaortik yerleşimli sol renal ven oranını % 5.4 olarak bildirmişlerdir (5). Martinez ve arkadaşlarının 745 hasta içeren çalışmasında %1.3 olarak bildirmişlerdir (6). Adam ve arkadaşları 410 hastayı değerlendirmişler ve %2.4 ünde retroaortik yerleşimli sol renal ven tespit etmişler. Yeşildağ ve arkadaşları 984 hastanın %2.3 ünde sol renal venin retroaortik yerleşimli olduğunu bildirmişlerdir (7). Batur ve arkadaşları 1004 hasta içeren çalışmalarında oranı % 4.3 bulmuşlardır (8). Literatür verilerine göre retroaortik sol renal ven oranı çok düşük görünmemektedir.

Paraaortik ve parakaval alanlar lenfoadipoz doku ile çevrilidir, renal damar anomalisinin tespiti için, bu damarların posterolateral duvarlarının diseksiyonu gerekebilir. Aortanın ve vena kava inferiorun posterolateral duvarının diseksiyonu, damar yaralanması ve kanama kontrolü açısından anterior duvar diseksiyonuna göre daha risklidir.

Retroperitoneal alanda yapılan cerrahide, standart anatomiye uygun olmayan alışılmadık lokalizasyonlardaki

yapıların, preoperatif tespit edilememiş muhtemel anatomik varyasyonlar olma ihtimali nedeniyle, öncelikle korunmasının düşünülmesi ve yapının netleştirilmesi önemlidir. Burada sunulan hastada alışılan lokalizasyonda olmayan aortadan çıkan ve vena kava inferioru önünden çaprazlayarak geçen damar yapısının sağ böbreğin ana arteri olduğu diseksiyondan sonra farkedilmiştir (Resim 2). Öncesinde farkedilmemiş olmasına rağmen korunmuş olması, her böbreğin genelde tek arter ile beslendiğini düşündüğümüzde, olası böbrek kaybını önlemiştir.

Paraaortik lenfadenektomi planlanan hastalarda, renal arter-ven anomalilerinin tespiti ileri görüntüleme ile yapılabilir, ancak endometrium kanserinde preoperatif değerlendirmede rutin görüntüleme tetkikleri önerilmemektedir. Birçok rehberde, preoperatif değerlendirmede akciğer grafisi, elektrokardiyografi (EKG), tam kan sayımı ve elektrolitlerin değerlendirilmesi ve böbrek fonksiyon testleri standarttır, ileri görüntüleme tetkikleri (MR, BT, PET gibi) opsiyonel kabul edilir (3,9,10). İntraabdominal, gastrointestinal, servikal veya uzak metastazdan şüphelenilmesi durumunda, cerrahi planlamaya yardımcı olması için BT taramaları,

manyetik rezonans görüntüleme (MR) veya sistoskopi ve proktoskopi gibi ek çalışmaların gerekli olabileceği belirtilmektedir (10). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) önerisinde ise başlangıç değerlendirmede tam kan sayımı (trombosit dahil) ve akciğer grafisi önerilmekte, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri de opsiyonel olarak belirtilmektedir (11).

Bu anomaliler ameliyat öncesinde belirlenebilirse, komplikasyon riskini azaltmak için cerrahi planlama buna göre yapılabilir. Önceden tespit edilmemiş, intraoperatif olarak farkedilmiş durumlarda cerrahinin komplike hale gelmemesi için dikkatli olunmalıdır.

Sonuç

Varyasyonlar cerrahi işlemler esnasında beklenmedik yapılar olarak karşımıza çıkabilir. Paraaortik lenfadenektomi yapılırken sol renal venin beklenen lokalizasyonunda bulunamaması durumunda retroaortik yerleşimli sol renal ven anomalisinden şüphelenilmelidir. Preoperatif olarak bilinmeyen retroaortik yerleşimli renal ven varlığında paraaortik lenfadenektomi işleminde lenfadenektomi sınırlarını belirlemek zor olabilir. Paraaortik lenfadenektomi planlanan hastalarda preoperatif görüntüleme tetkiklerinde dikkatli değerlendirmeye bu anomalinin önceden tespiti mümkün olabilir.

Kaynaklar

1. Lewin SN. Revised FIGO staging system for endometrial cancer. *Clin Obstet Gynecol.* 2011;54(2):215–8.
2. Kumar S, Podratz KC, Bakkum-Gamez JN, Dowdy SC, Weaver AL, McGree ME, et al. Prospective assessment of the prevalence of pelvic, paraaortic and high paraaortic lymph node metastasis in endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2014;132(1):38–43.
3. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-up. *Int J Gynecol Cancer.* 2016;26(1):2–30.
4. Reed MD, Friedman AC, Nealey P. Anomalies of the left renal vein: Analysis of 433 CT scans. *J Comput Assist Tomogr.* 1982;6(6):1124–6.
5. Resorlu M, Sariyildirim A, Resorlu B, Sancak EB, Uysal F, Adam G, et al. Association of congenital left renal vein anomalies and unexplained hematuria: Multidetector computed tomography findings. *Urol Int.* 2015;94(2):177–80.
6. Martínez-León JI, Doménech-Pérez C, Martínez-León J, Martínez-Castillo C, Martínez-Almagro A. Left renal vein anatomical anomalies: Radiological and surgical implications. *Phlebology.* 1998;13(4):166–70.
7. Yeşildağ A, Adanir E, Köroğlu M, Baykal B, Oyar O, Gülsoy UK. [Incidence of left renal vein anomalies in routine abdominal CT scans]. *Tani Girişim Radyol.* 2004;10(2):140–3.
8. Batur A, Serdar K, Alpaslan Y, Bora A. Rutin Abdominal BT Tetkiklerinde Sol Renal Ven Anomalilerinin Görülme Sıklığı. *Van Tıp Derg.* 2015;22(3):185–7.
9. Ward KK, McHale MT. Uterine Corpus Cancers. In: Eskander RN, Bristow RE, editors. *Gynecologic Oncology* [Internet]. Springer New York Heidelberg Dordrecht London: Springer; 2015. p. 137. Available from: www.springer.com
10. McMeekin DS. Corpus: Epithelial Tumors. In: Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME, editors. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology* [Internet]. 6th ed. Philadelphia, PA 19103, USA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a WOLTERS; 2013. p. 666. Available from: LWW.com
11. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Guideline Version 1.2016 Uterin Neoplasms. NCCN. 2016;7.