

Jinekolojik Kanselerde Aortik Lenfadenektomi Tekniđi

M. Faruk Köse*, M. Coşan Terek**

ÖZET

Aortik lenfadenektomi jinekolojik kanserlerde evreleme ve terapötik amaçlarla uygulanmaktadır. Her iki uygulama için de cerrahi endikasyonun kesin olması ve hastanın yararı düşünölmelidir. Aortik lenfadenektomide diseksiyon sınırları çok iyi belirlenmeli ve en fazla prognostik bilgiyi verecek ya da terapötik yararı sağlayacak sayıda lenf bezi çıkartılmaya çalışılmalıdır. Bu yazıda aortik lenfadenektomi cerrahi tekniği anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik kanser, aortik lenfadenektomi.

Aortik lenfadenektomi jinekolojik kanserlerde evreleme ve terapötik amaçlarla uygulanmaktadır. Her iki uygulama için de cerrahi endikasyonun kesin olması ve hastanın yararı düşünölmelidir. Aortik lenfadenektomide diseksiyon sınırları çok iyi belirlenmeli ve en fazla prognostik bilgiyi verecek ya da terapötik yararı sağlayacak sayıda lenf bezi çıkartılmaya çalışılmalıdır.

Servikal kanserlerde aortik lenfadenektomi; bulky lenf bezleri olan erken invaziv hastalık (FIGO evre IB1-IIa < 4 cm) ya da frozen incelemede komon iliak lenf bezlerinde tümör tutulumu olan olgularda uygulanır. Diseksiyon sınırları inferior mezenterik arter (IMA) düzeyine kadar prekaval, parakaval, interkava-aortik, preaortik ve paraaortik lenf bezlerini içermektedir. Çıkarılacak lenf bezi sayısı evreleme için 10'dan fazla ve terapötik cerrahi için 15'den fazla olmalıdır (1,2).

Endometrial kanserlerde endometrioid tip, grade 1 ve <1/2 myometrial invazyonu olan olgular dışında

ABSTRACT

In the surgical treatment of gynecological cancers aortic lymphadenectomy is used both for staging and therapeutic purposes. The indications and boundaries of dissection should be well-defined and a sufficient number of nodes giving the best prognostic information and therapeutic benefit should be removed. In this paper the surgical technique of aortic lymphadenectomy is defined.

Keywords: Gynecological cancer, aortic lymphadenectomy.

tüm olgularda yapılmalıdır. Diseksiyon sınırları bazı yayınlara göre renal damarlar düzeyine kadar bazı yayınlara göre de IMA seviyesine kadar prekaval, parakaval, interkava-aortik, preaortik ve paraaortik lenf bezlerini içermelidir. Çıkarılacak lenf bezi sayısı evreleme için 15'ten fazla ve terapötik cerrahi için 20'den fazla olmalıdır (1, 2).

Over kanseri için endikasyon tüm olgulardır. Diseksiyon sınırları renal damarlar düzeyine kadar prekaval, parakaval, interkava-aortik, preaortik, retrokaval ve retroaortik lenf bezleridir. Bulky lenf bezlerinin olmadığı ve tümörün bir overe sınırlı olduğu olgularda ipsilateral lenfadenektomi yapılabilir. Çıkarılacak lenf bezi sayısı evreleme için 15'ten fazla ve terapötik cerrahi için 20'den fazla olmalıdır (1, 2).

Aortik lenfadenektomiyi en az komplikasyonla yapabilmek için damarsal ve ürener normal anatomiyi ve izlenebilecek anatomik varyasyonları çok iyi bilmek gereklidir.

Geliş tarihi: 01.04.2005

Kabul tarihi: 10.05.2005

*Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Yard. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

İletişim: Doç. Dr. M. Faruk Köse

Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Tel: 0312 467 83 83

Fax: 0312 467 88 00

E-posta: mfkose@celik.net.tr



Şekil 1: Sağ böbrek alt pole giden aberan renal arter.

Aortik lenfadenektominin başarılı yapılabilmesi için öncelikle aortik alanın uygun ekspozisyonu gereklidir. Cerrah aortik bölgenin anatomisini çok iyi bilmeli ve anatomik varyasyonlar açısından uyanık olmalıdır. Ksifoid altından pubis üst hizasına kadar yapılan orta hat kesi ile karına girilir. Retroperitoneal alana girilmeden önce gerekliyse adezyolizis ile barsaklar serbestleştirilir. İki ayrı peritoneal kesi ile sağ ve median retroperitoneal alana girilir. İlk kesi hepatokolik ligamana kadar sağ parakolik alana yapılır, ikinci kesi çekumdan Treitz ligamanına kadar ileal mezenterik kök boyunca yapılır. Asendan kolonun yeterli mobilizasyonu ve kanamanın minimal olabilmesi için Gerota ve Toldt fasyası arasındaki avasküler alana girilmesi gereklidir. Sağ üreter ve over pedikülü bu diseksiyon sırasında dikkatle ekarte edilir. Omentum, transvers kolon ve ince barsaklar geniş bir

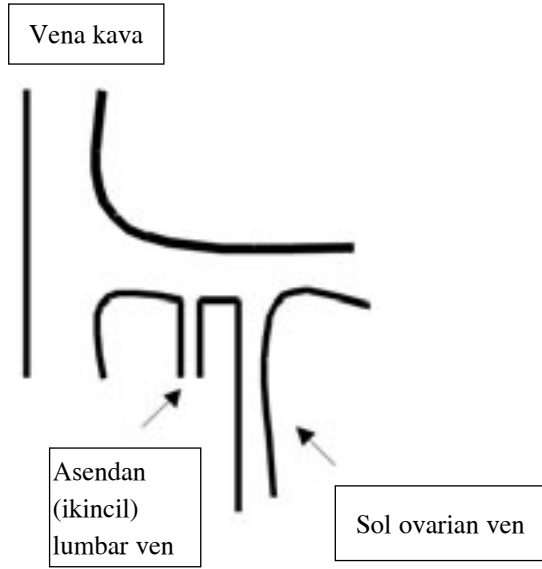
kompres içine sarılarak göğüs kafesi üzerine alınır. İki tane geniş Deaver retraktör ve güçlü iki asistan ile barsaklar ekarte edilir. Hastanın sağ tarafına Deaver retraktör yerleştirilirken dikkatli olunmalıdır çünkü bu işlem sırasında sağ overe ait venin vena kava'ya giriş yerinde damar laserasyonu ve kanama ortaya çıkabilir. Diseksiyona başlamadan önce sağ üreter trasesi dikkatle izlenir ve sağ üreter ekarte edilir. Aortun sol tarafının diseksiyonu için splenokolik ligamana kadar sol parakolik bölgedeki periton açılır.

Lenf diseksiyonuna en iyi izlenen arter üzerinden ve genellikle sağ komon iliak arter üzerinden başlanır. Arter üzerinden yapılan diseksiyon daha güvenlidir ve anatomik landmarkların daha kolay tanınmasını sağlar. Arter üzerindeki lenfoid doku penset ile kaldırılır ve dokunun altına makasın açma-kapama hareketleri ile girilerek eğri makasın açıklığı yukarı bakan şekilde diseksiyon yapılır. Diseksiyon için; Metzenbaum makas, unipolar koter kullanılabileceği gibi eğri uçlu bipolar koagülasyon yapabilen makas (Bipolar scissors, Aesculab, Almanya) kullanımı hem güvenli hem kullanımı kolaydır. Aort üzerinde yapılan diseksiyonda hipogastrik pleksus genelde hasar görmekte ve lenfoid doku ile birlikte çıkarılmaktadır.

Aortik bifurkasyon diseksiyon ile ortaya çıkarıldıktan sonra aortun solunda ilk tanınan yapı inferior

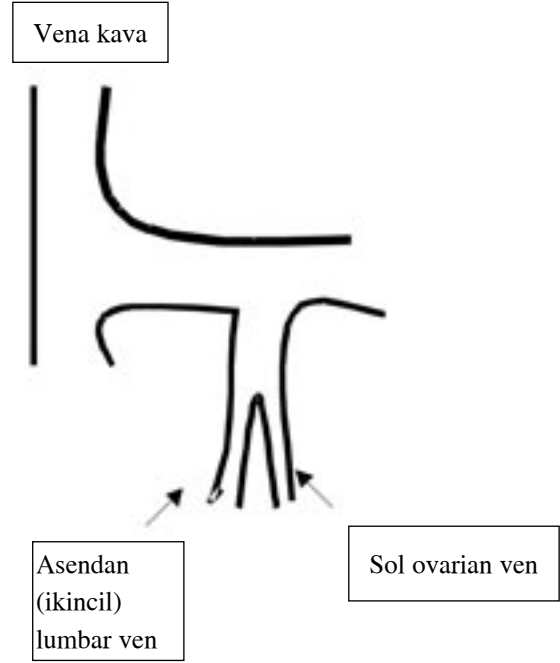


Şekil 2: İkinci lumbar ven ve sol ovarian ven anatomisi.



Şekil 3: Asendan lumbar ven ile sol ovarian ven'in ayrı ayrı sol renal vene dökülmeleri.

mezenterik arterdir. Aort üzerinde diseksiyona sefalik yönde devam edilerek aort ön yüzünde sağ ovarian arter ve aort sol lateral yanında sağ ovarian arter, aorta giriş yerlerinde bulunarak kliplenir. Sol renal venin aort üzerinde çaprazladığı alt sınırına paralel diseksiyon yapılarak sol renal arter, sol ovarian ven ve İkinci lumbar ven diseke edilir. Karın içine lenf akımının önlenmesi için toraksa giden lenfatik zincirin başlangıcı kliple oblitere edilir. Sol renal vene paralel yapılan diseksiyon ile sol renal arter görülmedikçe bu bölgede koagülasyon kesinlikle kullanılmaz. Sol renal ven altında ve abdominal aorta üzerinde yapılan diseksiyonda böbrek alt kutbuna giden aberan renal arter ve vene karşı dikkatli olunmalıdır (Şekil 1). İkinci lumbar ven sol ovarian venin rutin hemostazı gerekli değildir. İkinci lumbar ven sol renal vene direkt bağlanabildiği gibi (Şekil 2 ve 3) önce sol ovarian vene bağlanıp sol renal vene de dökülebilir (Şekil 4). Aortun sol yanında aorta bitişik diseksiyon yapılır. İnférieur mezenterik arter çevresi artere bitişik diseke edilir. Aort sol kenarında inferior mezenterik arter üstündeki ve altındaki renal kapsüle bitişik potansiyel boşluklara künt diseksiyon ile girilerek sol üreter idanti-



Şekil 4: İkinci lumbar ven ile sol ovarian venin birleşmesi.

fiye edilir. Ardından renal ven düzeyinden başlayarak lenfoid doku üreter trasesi unutulmadan yukarıdan aşağıya ve inferior mezenterik arterin altından geçilerek bipolar koagülasyon yardımıyla en blok çıkarılır.

Aort ile vena kava arasındaki bölgedeki (interkava-aortik bölge) diseksiyona vena kava, sol kenarını açıkça görebilmek için 1 cm çapındaki küçük bir ıslak tampon ile sol kenarından sağa laterale ekarte edilerek başlanır. Bu işlem sırasında asistan operatöre tampon ve aspiratör ile yardımcı olmalıdır. İnterkava-aortik bölgede süperfisyal ve derin lenf bezleri bulunmaktadır. İnce uçlu right angle ile öncelikle bu bölgenin üstünü kaplayan ince fasyal tabaka delinir ve ardından alttan fitiklaşan lenf bezleri ekstirpe edilir. Burada lumbar venlerin vena kavaya bağlantı yerlerinin ayrılması için lenfatik doku vena kavaya dik olarak aortaya doğru çekilerek alınır. Vena kava sağındaki ve üzerindeki lenf bezleri Metzenbaum makası ile bipolar koagülasyon kullanılmadan diseke edilir. Vena kava üzerinde yapılan diseksiyonda bipolar koagülasyon geniş damar hasarına yol açabileceği

için kullanılmaz. Vena kava üzerinde yapılan diseksiyondaki temel prensiplerden biri de kesinlikle çekme hareketi ile lenfoid dokunun çıkarılmamasıdır. Lenfoid doku ile vena kava arasındaki küçük venöz bağlanmaların (örneğin; fellow ven) lenfoid doku ile birlikte çekilmesi ven üzerinde yaş ağaç yırtığı şeklinde yaralanmalara yol açmaktadır. Vena kava üzerinde olan kanamalarda venöz sızıntı çok küçük ise parmakla yapılan bası ile çoğunlukla kendiliğinden durur. Diseksiyon sırasında karşılaşılan daha geniş ven hasarında 5-0 monofilaman sentetik sütür ile lezyonun dikilmesi en güvenli yaklaşımdır. Vena kava üzerinde olan kanamalarda bipolar koagülasyon ya da klip kullanımı daha geniş lezyonlara neden olmaktadır.

Aortik diseksiyon sonunda mezenter kökü barsak rotasyonunun önlenmesi için sütüre edilir. Operasyon

tecrübeli ellerde ortalama 60 dakika sürmektedir. Postoperatif dönemde aorta üzerindeki hipogastrik pleksus hasarına bağlı barsak hareketlerinin normale dönmesi gecikebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Cuttillo G, Amoroso M, Congiu M, Manci N, Casalino B, Palaia I. Aortic lymphadenectomy for gynecological malignancies: surgical technique and perioperative complications. *CME Journal of Gynecological Oncology* 2003;15:107-110.
2. Castaigne D, Morice P. Clinical significance of bulky aortic node resection in gynecologic malignancies. *CME Journal of Gynecological Oncology* 2003;15:146-149