

ERKEN EVRE SERVİKS KANSERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE TOTAL LAPAROSKOPIK RADİKAL HİSTEREKTOMİ

Dr. Tayup Şimşek, Dr. Serap Fırtına, Dr. Murat Özekinci

ÖZET

Amaç: Erken evre servikal kanserin cerrahi tedavisinde laparoskopik abdominal radikal cerrahinin rolünü değerlendirmek.

Materyal ve Metot: Erken evre serviks kanseri nedeniyle laparoskopik total radikal abdominal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi yapılan hastalar çalışmaya alındı. Bilgiler prospektif olarak biriktirildi.

Bulgular: Toplam 7 hasta çalışmaya alındı. Median yaş 48 (40-60), median gebelik 3 (1-6) idi. Median operasyon süresi 5 (3.5-7) saat, kan kaybı 300 ml ve hastanede kalış süresi 5 (3-7) gündü. Median takip süresi 10 (4-48) ay ve bu süre içerisinde rekürrens gözlenmedi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon rastlanmadı. Postoperatif serviks dışında hiçbir hastada tümör saptanmadı. Median çıkarılan lenf nodu sayısı 26 (20-36) idi.

Sonuç: Sınırlı sayıda vakamız olmasına rağmen erken evre serviks kanserinin cerrahi tedavisinde radikal total laparoskopik histerektomi uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, Laparoskopik cerrahi, Radikal histerektomi.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the role of laparoscopic total radical hysterectomy in the surgical treatment of early stage cervical cancer.

Material and Methods: The patients having laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy were included in the study. Data were collected prospectively.

Results: Seven patients were entered the study. Median age was 48 (40-60), median pregnancy 3 (1-6), respectively. Median operation time was 5 (3.5-7) hour, median blood loss 300 ml and median hospital stay 5 (3-5) day, respectively. Median follow-up 10 (20-36) month and no recurrences were observed in this period. Intraoperative and postoperative complications were not occurred. Extrauterine tumor was not detected in any case. Median lymph node number harvested during pelvic lymphadenectomy was 26 (20-36).

Conclusion: Radical laparoscopic abdominal total hysterectomy is a method can be applied surgical treatment of early stage of cervical cancer though our limited number of cases.

Key Words: Cervical cancer, Laparoscopic surgery, Radical hysterectomy.

GİRİŞ

Serviks kanseri tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Erken evrelerde tedavinin esasını cerrahi oluşturur. Cerrahide altın standart yaklaşım laparatomik yolla yapılan radikal histerektomidir. Laparoskopik cerrahi deneyimi ve teknolojilerindeki gelişmeler sonucunda radikal histerektomilerinde laparoskopik yolla yapılması mümkün olmuş ve bu konuda gittikçe vaka sayıları artmıştır. İlk defa laparoskopik radikal histerektomi 1992 yılında yapılmıştır (1). Bu tarihten sonra

bir çok araştırmacı ve klinik kendi klinik deneyimlerini bildirmiştir (2,3,4). Ülkemizde ise bilgilerimize göre serviks kanserinde yayınlanmış vaka serisi bulunmamaktadır. Biz kendi kliniğimizde sınırlı sayıda da olsa laparoskopik radikal histerektomi yaptığımız olguları sunmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOT

İki bin dört ve iki bin sekiz tarihleri arasında laparoskopik radikal abdominal histerektomi yapılan vakaların bil-

Geliş tarihi: 26/02/2009

Kabul tarihi: 04/03/2009

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ANTALYA

İletişim: Dr. Tayup Şimşek

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ANTALYA

E-posta: tsimsek@akdeniz.edu.tr

gileri prospektif olarak biriktirildi. Çalışmaya, serviks kanseri ön tanısı ile total laparoskopik radikal histerektomi yapılan ve 2cm'den daha küçük tümörü olan hastalar alındı. Tüm hastalara pelvik lenfadenektomi yapıldı. Tüm hastalar yapılacak olan operasyon hakkında bilgilendirildi ve aydınlatılmış onamları alındı.

Teknik

Cerrahi alanın aseptik solusyon ile temizlenmesi ve örtülmesini takiben uterusu uterin manüplatör yerleştirildi ve mesane sonda ile boşaltıldı. Düz pozisyonda göbek altından vertikal kesi yapılarak Verres iğnesi ile pnemoperitoneum sağlandı. Daha sonra bu alandan 10mm'lik trokar ile girildi ve karın içerisi lokal ilerlemiş ve metastatik hastalık açısından gözlemlendi. Hastaya dorsolitotomi pozisyonu verildi. Cerrahi için uygunluk izlendikten sonra arteria epigastrica inferior superiorun lateral ve üst kısmından sağ alt kadranda 10mm, solda 5mm ve suprapubik 5 mmlik trokarlar yerleştirildi. Önce pelvik lenfadenektomi yapıldı. Lenf nodları frozen sectiona yollandı. Metastaz saptanmayan hastalarda prosedüre devam edildi. Daha sonra abdominal radikal histerektomideki gibi ligamentum rotundumlar kesilerek pararektal ve paravezikal boşluklar oluşturuldu. Üreterler disseke edilerek arteria uterinalar hipogastrik arterden köken aldıkları yerden klipslenerek kesildi. Bu aşamadan sonra üreterlerin üzerindeki doku kesilerek mesane girişine kadar diseksiyonu tamamlandı. Önde mesane tabanı disseke edilerek yeterli vagen dokusu çıkarılacak şekilde mesane uzaklaştırıldı. Arka tarafta da rektum üzerindeki periton kesilerek sakrouterin ligamanlar ortaya çıkarıldı. Daha sonrada önce sakrouterin ligamanlar rectum yan duvarından lig kardinaleler üreterlerin lateral kısmından kemik pelvise yakın yerden koterize edilerek kesildikten sonra paravaginal doku ile birlikte vaginanın 1/3 üst kısmı eksize edildi. Vagen kesilmeden önce uterin manüplatör çıkarılarak vagen gaz tampon konuldu ve vaginal insizyon yapıldı. Vaginal cuff vaginal yoldan kapatıldı. Hastaya postoperatif drenaj sağlamak için batına 1 adet lastik dren konuldu.

SONUÇLAR

Kliniğimizde 2004-2008 tarihleri arasında toplam 7 hastaya erken evre serviks kanseri nedeniyle laparoskopik radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomi yapıldı. Olguların median yaşı 48 (40-60), median gravidaları 2 (1-6) bulundu. Yedi hastanın 2'sinde postoperatif dönemde tümör saptanmadı. Ortanca hastanede kalış süresi 5 (3-10) gün ve kan kaybı 300ml idi. Hiçbir hastada intraoperatif ve postoperatif komplikasyon gözlemedi ve laparotomiye dönüş ihtiyacı olmadı. Hiçbir hastada ek tedavi ihtiyacı olmadı. Median takip süresi 10 (4-48) ay

idi ve bu süre içerisinde hiçbir hastada rekürens gözlemedi. Olguların preoperatif, postoperatif tanı ve olgulardan çıkarılan lenf nodu sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Servikal kanserin erken evrelerde temel yaklaşımı radikal cerrahidir. Uterus bağları ile birlikte geniş çıkarılır. Geleneksel olarak bu işlem laparotomik yolla yapılmaktadır. Bu radikal operasyonlar Piver sınıflamasına göre klas 2-5 arasında değişmektedir. Son yıllarda laparoskopik cerrahinin ilerlemesi ile radikal histerektomiler laparoskopik olarak total veya laparoskopik assite vaginal şeklinde yapılabilmektedir.

Laparoskopik radikal histerektomi yapılmasından 20 yıla yaklaşan bir süre geçmesine rağmen daha az merkez tarafından uygulanmaktadır. Bunun önemli nedenlerinden birisi gerekli ekipmanın sağlanmasındaki zorluklar ve radikal cerrahi deneyiminin yanında laparoskopik cerrahi deneyime olan ihtiyacın olmasıdır. Diğer yandan, teorik olarak rezekt edilen parametrial dokunun yetersizliğinin yaşam beklentisine olumsuz katkısı düşünülebilir. Laparotomik operasyonlarla yapılan karşılaştırmalarda 5 yıllık yaşam oranlarının benzer olduğu ve parametrial rezeksiyonunda yeterli olduğu saptanmıştır (5).

Laparoskopik operasyonların önemli yanlarından biriside açık operasyona dönüş oranlarıdır. Kendi vakalarımızda böyle bir dönüşüm olmamakla birlikte literatürde değişik oranlarda bildirilmiştir (6,7). Ancak bu oranlar %5'in altındadır. Laparotomiye dönüşün en önemli nedenleri kanama ve organ yaralanmalarıdır. Organ yaralanmaları laparoskopik olarak genellikle onarılabilirle beraber damar yaralanmaları genellikle laparotomiye ihtiyaç duymaktadır. Diğer önemli noktalar; laparoskopik cerrahi ve açık radikal cerrahi konusunda yeterli deneyim sahibi olmak, uygun hasta seçimi ve ekipman hazırlanması önemlidir.

Laparoskopik radikal histerektomi esnasında çeşitli enerji modalitelerinden ve malzemeden yararlanılabilir. Ultrasonik dalgalar, lazer ve elektrik akımı bunların başlıcalarıdır. Dokuların kesilmesi ve koagülasyonu için üretilmiş olan Ligasure, bipolar ve unipolar endoskoik koterler, endoskopik klipler mevcuttur. Bu ekipmanlardan doku durumuna, kullanılacağı yere ve maliyetine göre seçim yapmak mümkündür. Ancak bu malzemelerden birisi tek başına yeterli olmayabilmektedir. Biz kendi vakalarımızda bipolar koter ağırlıklı olmak kaydı ile ligasure, endoskopik klipler ve unipolar koterden yararlandık.

Laparoskopik radikal histerektomide vagen 1/3 üst kısmı veya 2 cm'lik üst kısmı eksize edilir. Bunun için geliştirilmiş malzemeler bulunmaktadırki pneumoperitoneum bozulmadan daha kolay bir şekilde vagen eksizyonunu sağlamaktadır (8). Ancak biz tamamen yeterli vagen

Tablo 1—Olguların Preoperatif, Postoperatif Tanıları, Evresi ve Çıkarılan Lenf Nodu Sayıları

Olgu	Preoperatif Tanı	Postoperatif Tanı	Disseke Edilen Lenf Nodu Sayısı
1	Yassı epitel hücreli karsinom	Yassı epitel hücreli karsinom (IB1)	22
2	Yassı epitel hücreli karsinom	Yassı epitel hücreli karsinom (IB1)	25
3	Yassı epitel hücreli karsinom	H-SIL	30
4	Yassı epitel hücreli karsinom	H-SIL	24
5	Yassı epitel hücreli karsinom	Nonkeratinize bazaloid karsinom (IB1)	20
6	Undiferansiye karsinom	Adenoskuamoz karsinom (IA2)	36
7	Yassı epitel hücreli karsinom	Yassı epitel hücreli karsinom (IB1)	26

disseksiyonu yaptıktan sonra vagene yerleştirdiğimiz gaz spançlar ile vagen eksizyonu yaptık ve hepsinde de 2cm'den daha fazla vagen dokusu eksizyonu sağlandı.

Laparoskopik radikal cerrahinin önemli sorunlarından birisi komplikasyonlarıdır. Laparoskopide önemli olan komplikasyonlar damar ve organ yaralanmalarıdır. Organ yaralanmalarında en sık görülen mesane ve ureter yaralanmalarıdır (9). Mesane ve reter yaralanmalarını çoğunlukla laparoskopik olarak tamir etmek mümkün ve çok hızlı hareket etmeyi gerektirmemektedir. Ancak diğer önemli komplikasyonlar olan damar yaralanmaları hasta hayatını tehdit eder ve hızlı bir cerrahi girişim gerektirmektedir. Laparoskopik radikal cerrahide en sık rastlanan iliak ven yaralanmaları olmuştur (10). Laparoskopik olarak onarım mümkün olabilmekle birlikte laparotomiye ihtiyaç duyabilmektedir. Bizim kendi vakalarımızda bu tür komplikasyonlar izlenmemiştir. Ancak vaka sayımız son derece azdır.

Laparoskopik cerrahinin avantajları kozmetik, hastanede kalış süresi, kan kaybı ve analjezik ihtiyacının az olması açısından avantajlı olduğu bilinmektedir. Ancak operasyon süresi daha uzun olmaktadır. Bu sürede cerrahi deneyim ve iyi ekipman ile minimale indirilebilmektedir. Bizim kendi serimizde de bu sürenin laparotomiye göre daha uzun olduğu görülmektedir. Ancak buradaki sürenin uzunluğu birazda dokuların daha iyi disseksiyonu ve dikkatli çalışmadan kaynaklanmıştır. Ancak literatür ile kıyasladığımızda benzer sürelerin olduğu görülmektedir (5, 11).

Laparoskopik radikal histerektomide dokuların disseksiyonu abdominal yol ile yapılmaktadır. Ancak laparoskopik asiste radikal vaginal histerektomi yapmakta mümkündür. Radikal abdominal histerektominin avantajı gerektiğinde parametrial rezeksiyon imkanının vaginal radikal yaklaşıma göre daha iyi olmasıdır. Abdominal cerrahiye daha yatkınlığımızdan dolayıda abdominal yaklaşımın tercih edilmesine neden olmaktadır.

Sonuç olarak vaka sayısı az olmakla birlikte yeterli açık ve laparoskopik cerrahi deneyim ile serviks kanserinde laparoskopik radikal cerrahi uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Nezhat CR, Burrell MO, Nezhat FO et al. Laparoskopik radikal hysterectomy with paraaortik and pelvic node dissection. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology* 1992; 166: 864-5.
2. Gil-Moreno A, Puig O, Perez-Benavente MA, et al. Total laparoscopic radical hysterectomy (type II-III) with pelvic lymphadenectomy in early invasive cervical cancer. *J Minim Invasive Gynecol* 2005, 12: 113-20.
3. Ramirez PT, Slomovitz BM, Soliman PT, Coleman RL, Leveback C. Total laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy: The M. D. Anderson Cancer Centre Experience. *Gynecol Oncol* 2006, 102: 252-55.
4. Malzoni M, Tinelli R, Cosentino F, Perone C, Vicario V. Feasibility, morbidity, and safety of total laparoscopic radical hysterectomy with lymphadenectomy: our experience. *J Minim Invasive Gynecol* 2007, 14: 584-90.
5. Pellegrino A, Vizza E, Fruscio R, et al. Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with IB1 stage cervical cancer: Analysis of surgical and oncological outcome. *Eur J Surg Oncol* 2008, doi: 10.1016/j.ejso.2008.07.005.
6. Puntambekar SP, Palep RJ, Puntambekar SS, et al. Laparoscopic total radical hysterectomy by the Pune technique: our experience of 248 cases. *J Minim Invasive Gynecol* 2007, 14: 692-9.
7. Chen Y, Xu H, Li Y, et al. The outcome of laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy for cervical cancer: a prospective analysis of 295 patients. *Ann Surg Oncol* 2008, 15: 2847-55.
8. Frumovitz M, Ramirez PT. Total laparoscopic radical hysterectomy: Surgical technique and instrumentation. *Gynecol Oncol* 2007, 104: S13-S16.
9. Xu H, Chen Y, Li Y, et al. Complications of laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy for invasive cervical cancer: experience based on 317 procedures. *Surg Endosc* 2007, 21: 960-64.
10. Guangyi L, Xiaojian Y, Huilin S, et al. A comparison of laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy and laparotomy in the treatment of Ib-IIa cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2007, 105: 176-80.
11. Ghezzi F, Cromi A, Ciravolo G, et al. Surgicopathologic outcome of laparoscopic versus open radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2007, 106: 502-6.