

Mide Kanserinde Laparoskopik Gastrektomi: Tek Merkezin Deneyimi

Bahri ÇAKABAY, Salim DEMİRCİ, Bülent AKSEL, Ekrem ÜNAL, Sancar BAYAR, Hilmi KOCAOĞLU, Hikmet AKGÜL
AÜTF Cerrahi Onkoloji Cebeci/Ankara

Özet

Amaç: Laparoskopik gastrektomi uygulanan mide kanser hastalarının cerrahi tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi.

Hastalar ve yöntem: Laparoskopik gastrektomi işlemi gerçekleştirilen 2 erken mide kanseri (T1) ve 1 mide GIST olgusu olmak üzere toplam 9 mide kanser olgusu (T1 ve T2); demografik özellikleri, ameliyat süresi, kanama miktarı, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Prospektif olarak elde edilen hasta bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 3'ü kadın 6'sı erkekti. Ortalama yaş 55. Tüm hastalarda laparoskopik gastrektomi işlemi tamamlandı. Bir hasta postoperatif 1. gün anastomoz hattından kanama nedeniyle yeniden ameliyat edildi. Ortalama ameliyat süresi 3 saat 25 dakika (3.15-4.10), ortalama intraoperatif kan kaybı 400cc, ortalama postoperatif hastanede yatış süresi 5.3 gün (4-8) olarak bulundu.

Sonuç: Olgularımızda ameliyat süresi açık cerrahiye göre daha uzun olmakla birlikte; postoperatif daha az ağrı, erken iyileşme ve erken taburculuk gözlemledik. Bu veriler ve literatür sonuçları göz önüne alındığında mide kanseri cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntemlerin bir seçenek olarak değerlendirilmesi gerekliliğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri, laparoskopik gastrektomi

Yazışma Adresi:

Op. Dr. Bahri Çakabay
AÜTF Cerrahi Onkoloji Cebeci / Ankara
e-posta: surgeonbahri@gmail.com

Abstract

Laparoscopic Gastrectomy in Stomach Cancer: a Single-Center Experience

Objective: To evaluate the results of surgical treatment of gastric cancer patients who underwent laparoscopic gastrectomy.

Patient and Method : Two of them are early stomach cancer (T1) and 1 of them is GIST totally 9 stomach cancer patient who had laparoscopic gastrectomy are evaluated in terms of demographic characteristics, time of surgery, quantity of bleeding and perioperative-postoperative complications. The patient data which were collected prospectively were reviewed retrospectively.

Results: The patients consisted of 3 females and 2 males. The average age was 55. The laparoscopic gastrectomy procedure have been completed in all patients. Because of anastomotic line bleeding, one patient was operated on again in postoperative 1. day. The average operative time was 3 hours 25 minutes (3.15-4.10). The average postoperative hospital stay was 5.3 days (4-8). And the average intraoperative blood loss was 400 cc.

Conclusion: Although the operation time was longer than open surgery; the patients with less postoperative pain, less blood loss, early recovery and early discharge observed. Considering these datas and the literature results; we believe that the laparoscopic methods need to be evaluated as an option in the surgical treatment of gastric cancer.

Key Words: Gastric Cancer, Laparoscopic gastrectomy

Giriş

Mide kanseri, kansere bağlı ölüm sıralamasında ilk on neden arasında yer almaktadır. Tümörün radikal cerrahi tedavisi bu hastalık için hala tek küratif tedavi seçeneğidir (1,2). Geçen on yıl boyunca laparoskopik yaklaşımlar cerrahi pratikte yaygın kabul görmeye başladı. Açık cerrahiyle karşılaştırıldığında intraoperatif kanama miktarının daha az olması, daha az postoperatif ağrıya neden olması, iyileşmeyi hızlandırması ve hastanede yatma süresini kısaltması nedeniyle laparoskopik yaklaşımların önemli avantajlar sağladığı rapor edildi (3-5). Mide kanserinde laparoskopik gastrektomi uygulamaları cerrahi teknikteki gelişmeler ve laparoskopide kullanılan aletlerin daha avantajlı hale gelmesiyle daha da yaygınlaşmaya başla-

dı. Japan Society for Endoscopic Surgery (JSES) göre 2005 yılında mide kanser hastalarının %14,6'sına, distal gastrektomilerin %22,5'ine laparoskopik cerrahi uygulandı (6).

Laparoskopik gastrektomi farklı yöntemlerle gerçekleştirilmektedir. Distal mide kanserinde laparoskopik uygulamalarda üç yöntem kullanılmaktadır: Hand-assisted laparoscopic distal gastrectomy (HALDG) (El-yardımlı laparoskopik distal gastrektomi), Laparoscopic-assisted distal gastrectomy (LADG) (Laparoskopi-yardımlı distal gastrektomi) ve Totally laparoscopic distal gastrectomy (TLDG) (Total laparoskopik distal gastrektomi) (7). Laparoskopi-yardımlı distal gastrektomi sıklıkla kullanılan yöntemdir. Laparoskopi-yardımlı distal gastrektomi ile lenf nodu disseksiyonu laparoskopik olarak

gerçekleştirilir. Mide aLAYONU ve anastomoz ise genellikle epigastriumda yapılan mini laparotomi ile direkt bakış altında yapılır. Total laparoskopik distal gastrektomi'de ise tüm basamaklar laparoskopik olarak gerçekleştirilir. Gastrointestinal rekonstrüksiyon epigastriumda mini laparotomi yapılmadan laparoskopik lineer stapler kullanılarak intrakorporal olarak gerçekleştirilir. Laparoskopik-yardımlı distal gastrektomi'nin obez hastalarda uygulanması daha zor iken, TLDG'nin ise güvenilirliği ve uygulanabilirliği tam olarak test edilememiştir (7).

Çalışmamızda laparoskopik gastrektomi uyguladığımız hastaların sonuçlarına bakarak mide kanserinde laparoskopik uygulamaların sonuçları değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, Cerrahi Onkoloji biriminde yürütülen Mide Kanserinde Erken Tanı Pilot Projesi kapsamında tanı konulan 2 erken mide kanseri (T1) ve 1 mide GIST olgusu olmak üzere toplam 9 mide kanser olgusuna (T1 ve T2) Eylül 2009 ile Mayıs 2011 arasında laparoskopik gastrektomi uygulandı. Prospektif olarak toplanan hasta bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Distal yerleşimli lezyonu olan 7 hastaya LADG + bölgesel lenfadenektomi, proksimal yerleşimli lezyonu olan 1 hastaya Laparoscopic-assited total gastrectomy (LATG) (Laparoskopik-yardımlı total gastrektomi) + bölgesel lenfadenektomi uygulandı. Mide büyük kurvatur yerleşimli bir mide GIST olgusuna laparoskopik wedge rezeksiyon uygulandı. Rezeke edilen spesmenin dışarı alınması için epigastrik bölgede yapılan mini laparotomi kesinden yapılan Roux-en-Y rekonstrüksiyonu dışında bütün işlemler intrakorporal olarak gerçekleştirildi.

Bulgular

Hastaların 3'ü kadın 6'sı erkekti. Ortalama yaş 55. Tüm hastalarda Laparoscopic-assited gastrektomi işlemi tamamlandı. Laparoskopik girişimin uygulandığı ilk hastaya (LADG + modifiye bölgesel lenfadenektomi) postoperatif birinci gün anastomoz yerinde kanama nedeniyle laparotomi uygulandı. Laparoskopik total gastrektomi uygulanan hastada transoral yerleştirilmeye çalışılan anvil başı yana yatan tipten olmaması nedeniyle farenkste fikse oldu; farenksten geri çıkarılan anvil başı transabdominal yolla yerleştirildi. Diğer hastalarda peroperatif ve postoperatif komplikasyon görülmedi. Ortalama ameliyat süresi 3 saat 25 dakika (3.15-4.10). Ortalama postoperatif hastanede yatış süresi 5.3 gün (4-8), ortalama intraoperatif kan kaybı 400cc olarak bulundu.

Sonuç

Laparoskopik gastrektomi açık cerrahiyle karşılaştırıldığında; daha iyi kozmetik sonuç, yaşam kalitesinin yüksekliği, daha az ağrı, kısılmış hastanede kalma süresi ve erken iyileşme gibi birçok avantaja sahiptir (8-10). Kitano'nun 1992 yılında mide kanserinde ilk LADG uygulamasından sonra Japonya'da 2500 üzerinde LADG işlemi gerçekleştirilmiş ve bu minimal invaziv yaklaşım erken mide kanserinin tedavisi için seçilen popüler bir yöntem olmuştur (11). İşlemin kompleks bir cerrahi olarak görülmesi ve öğrenme eğrisinin 40-50 olgu olarak rapor edilmesi cesaret kırıcı olmuştur (12,13). Öğrenme eğrisinin uzun olmasına karşın, cerrahideki teknik ilerlemeler ve laparoskopik cerrahi aletlerin sağladığı kolaylık ile ülkemizde bazı merkezlerde mide kanserinde laparoskopik gastrektomi işlemi başlamış bulunmaktadır.

Laparoskopik gastrektomide postoperatif komplikasyon oranı %9,2 oranında bulunmuş

olup bu oranın yarısından fazlası (%54) sızıntı, darlık ve pasaj obstrüksiyonunu içeren anastomoz bölgesine ait sorunlardan oluşmaktadır (6). Bir çok çalışma sayılan bu komplikasyonların açık gastrektomide görülme oranıyla eşit olduğunu rapor etmiştir (14-17). Erken mide kanseri için etkili olduğunu destekleyen kanıtlar olsa da, laparoskopik gastrektominin onkolojik sonuçları hakkında kesin bilgiler mevcut değildir. Kore ve Japonya'da ileri mide kanserinin tedavisinde laparoskopik gastrektominin onkolojik etkinliğini araştıran faz III randomize kontrolü çalışmalar devam etmektedir (18).

Çalışmamızda hasta sayısı az olmakla birlikte; bir olguda anastomoz hattında kanama dışında peroperatif ve postoperatif komplikasyon görülmedi. Ameliyat süresi açık gastrektomiye oranla daha uzundu. Ameliyat süresi deneyim arttıkça kısalıyordu. Postoperatif ağrı ve buna bağlı analjezi ihtiyacı açık gastrektomi olgularımıza göre daha az olarak gözlemlendi. Hastalara ağızdan beslenmeye daha erken başlandı, ortalama postoperatif hastanede yatış süresi açık gastrektomiye göre daha kısa bulundu.

Sonuç olarak olgularımızda laparoskopik gastrektomi sonucunda; postoperatif daha az ağrı, erken iyileşme ve erken taburculuk gözlemledik. Bu verilerle birlikte literatür sonuçları da göz önüne alındığında erken mide kanseri cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntemlerin bir seçenek olarak değerlendirilmesi gerekliliğine inanmaktayız.

Kaynaklar

1. Siewert JR, Sendler A. The current management of gastric cancer. *Adv Surg.* 1999;33:69-93.
2. Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, et al. Extended lymphnode dissection for gastric cancer. *N Engl J Med.* 1999;340:908-914.
3. Noguchi Y, Imada T, Matsumoto A, et al. Radical surgery for gastric cancer: a review of the Japanese experience. *Cancer.*1986;64:2053-2062.
4. Iwanaka T, Arkovitz MS, Arya G, et al. Evaluation of operative stress and peritoneal macrophage function in minimally invasive operations. *J Am Coll Surg.* 1997;184:357-363.
5. Gupta A, Watson DI. Effect of laparoscopy on immune function. *Br J Surg.* 2001;88:1296-1306.
6. Japan Society for Endoscopic Surgery Eighth nationwide survey of endoscopic surgery in Japan. *J Jpn Soc Surg.* 2006;11:527-628.
7. Ikeda O, Sakaguchi Y, Aoki Y, Harimoto N, Taomoto J, Masuda T, Ohga T, Adachi E, Toh Y, Okamura T, Baba H. Advantages of totally laparoscopic distal gastrectomy over laparoscopically assisted distal gastrectomy for gastric cancer. *Surg Endosc.* 2009 Oct;23(10):2374-9.
8. Goh PM, Khan AZ, So JB, Lomanto D, Cheah WK, Muthiah R, Gandhi A . Early experience with laparoscopic radical gastrectomy for advanced gastric cancer. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001; 11:83-87.
9. Adachi Y, Suematsu T, Shiraishi N, Katsuta T, Morimoto A, Kitano S, Akazawa K .Quality of life after laparoscopy assisted Billroth I gastrectomy. *Ann Surg.*1999; 229:49-54.
10. Kitano S, Adachi Y, Shiraishi N, Suematsu T, Bando T. Laparoscopic-assisted proximal gastrectomy for early gastric carcinomas. *Surg Today* .1999; 29:389-391.
11. Kitano S, Shiraishi N. Current status of laparoscopic gastrectomy for cancer in Japan. *Surg Endosc.* 2005;9:737.
12. Kim MC, Jung GJ, Kim HH. Learning curve of laparoscopic assisted distal gastrectomy with systemic lymphadenectomy for early gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2005;11:7508-7511.
13. Jin SH, Kim DY, Kim H, et al. Multidimensional learning curve in laparoscopic assisted distal gastrectomy for early gastric cancer. *Surg Endosc.* 2007;2:28-33.
14. Adachi Y, Shiraishi N, Shiromizu A, Bandoh T, Aramaki M, Kitano S. Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy compared with conventional open gastrectomy. *Arch Surg* . 2000;135:806-810.
15. Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, Sansonetti A, Di Paola M, Recher A, Ponzano C . Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer:

- five-year results of a randomized prospective trial. *Ann Surg.* 2005; 241:232–237.
16. Yano H, Monden T, Kinuta M, Nakano Y, Tono T, Matsui S, Iwazawa T, Kanoh T, Katsushima S. The usefulness of laparoscopy-assisted distal gastrectomy in comparison with that of open distal gastrectomy for early gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2001; 4:93–97.
17. Mochiki E, Kamiyama Y, Aihara R, Nakabayashi T, Asao T, Kuwano H. Laparoscopic assisted distal gastrectomy for early gastric cancer: five years' experience. *Surgery.* 2005; 137:317–322
18. Sang-Woong Lee, Nobuhiko Tanigawa. Author's reply to "Totally intracorporeal laparoscopic gastrectomy for gastric cancer" *Surg Endosc* 2010;24:249-3250.