

Testis tümörü nedeniyle açık RPLND uygulanmış hastada nüks eden kitlenin Laparoskopik retroperitoneal eksizyonu

Retroperitoneal laparoscopic excision of the recurrence mass at the patient that is treated open RPLND due to testicular tumor

Volkan Tuğcu¹, Selçuk Şahin¹, İsmail Yiğitbaşı¹, Ali İhsan Taşçı²

¹ İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

² Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Özet

Son zamanlarda teknolojinin tıbbı yaptığı katkılarla ürolojide birçok ameliyat laparoskopik olarak yapılmaya başlanmıştır. Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu da (RPLND) laparoskopik yaklaşımla uygulanabilmektedir. Yirmidört yaşında erkek hastaya 7 yıl önce testis kitlesi nedeniyle orşiektomi yapılmış. Patoloji embriyonel karsinom gelmiş. Hasta 2 kür BEP (Bleomisin, Etoposide ve Sisplatin) tedavisi almış. Beş yıl sonra tümör belirteçlerinde yükselme ve retroperitoneal kitle saptanmış. Açık transperitoneal yaklaşımla bilateral retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapılmış. Sonrasında AFP normal değerlere gelmiş. Takiplerinde 2 yıl sonra AFP 50 IU/mL saptanmış. Retroperitoneal nüks kitle saptanan hasta kliniğimize refere edilmiş. Hastaya laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu yapıldı. Operasyon süresi 90 dakikaydı. Sol psoas kası infero-lateralinde 24 mm kitle eksize edildi. Hasta postoperatif ikinci günde direni consulted bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, retroperiton, kitle, nüks

Abstract

In recently many laparoscopic surgical procedures in urology have been performed successfully with the help of technological advances. It is an invasive procedure that is retroperitoneal lymph node dissection (RPLND) laparoscopic retroperitoneal approach can be applied. Twenty-four year-old male patient, 7 years ago has been performed radical orchiectomy at epicentral clinic. The pathology of testicular mass was embryonal carcinoma. Two cycles of BEP (bleomycin, etoposide and cisplatin) chemotherapy procedure has been treated. Mass was found in the retroperitoneum 5 years later. Open transperitoneal retroperitoneal lymph node dissection surgery was performed at epicentral clinic. AFP has come to normal values after the operation. AFP was detected 50 IU/mL 2 years later. Patients with recurrent retroperitoneal mass was referred to our clinic. In our clinic the patient was underwent laparoscopic retroperitoneal excision for the recurrent mass. Operation time were 90 minutes. Mass was localized psoas muscle infero-lateral and sized 24 mm. Patient was hospitalized for 2 days. The drainage catheter was taken out postoperative second day. There was no complication.

Keywords: Laparoscopy, retroperiton, mass, recurrence

Geliş tarihi (Submitted): 08.05.2015
Kabul tarihi (Accepted): 14.02.2016

Yazışma / Correspondence

İsmail Yiğitbaşı
İstanbul Dr. Sadi Konuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
Tel: 0551 414 1922
E-mail: ney_turkey@hotmail.com

Giriş

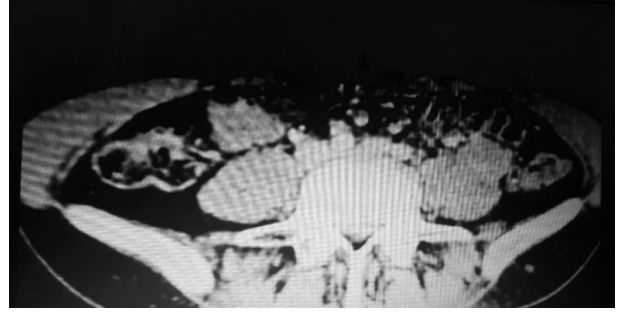
Teknolojideki ilerleme ve tıpta kullanım alanının giderek artmasıyla laparoskopik girişimler yaygın şekilde yapılmaktadır. Ürolojideki çoğu ameliyat bir çok klinikte laparoskopik olarak yapılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerle laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) uygulanmaya başlanmıştır. Laparoskopik girişimler sayesinde hastanede kalış süresi, iyileşme süresi kısaltılmakta olup kozmetik açıdan daha iyi sonuçlar alınmaktadır. Bu olguda retroperitonda nüks eden kitlenin laparoskopik retroperitoneal yaklaşımla eksizyonunu sunmaktayız.

Olgu Sunumu

Kliniğimizde opere edilen erkek hasta 24 yaşında olup, 7 yıl önce sol testiste kitle saptanması sonrası dış merkezde sol orşiektomi yapılmış. Patoloji embriyonel karsinom gelmiş. İlk tanı esnasında B-HCG 800 mIU/mL, Alfa fetoprotein 64 IU/mL olarak tespit edilmiş. Yapılan tetkiklerinde akciğerde metastaz yok iken retroperitonda sol paraaortik alanda 3 cm nodül saptanmış. Orşiektomi sonrası hasta 2 kür sisplatin tabanlı bleomisin, etoposide tedavisi almış. Takiplerinde B-HCG ve AFP değerleri normal düzeylere inmiştir. Yapılan tetkiklerde retroperitoneal nodülün gerilediği saptanmıştır. Yaklaşık 5 yıl sonra retroperitonda kitle tespit edilmiş. Bu sırada AFP 300 IU/mL olarak ölçülmüş. Hastaya açık transperitoneal yaklaşımla bilateral retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) yapılmış. Sonrasında AFP normal değerlere gelmiştir. Takiplerinde 2 yıl sonra yapılan tetkiklerde sol psoas kası üzerinde 2x2 cm kitle saptanmış (Resim 1). AFP 50 IU/mL olarak ölçülmüş. Kliniğimize refere edilen hastaya laparoskopik retroperitoneal yaklaşımla kitle eksizyonu yapıldı.

Teknik

Hastaya sol lateral dekübit pozisyon verildi. Uygun saha temizliğinin ardından ilk giriş onikinci kotun ucunun hemen altındaki orta koltuk altı çizgisi üzerindeki 15-20 mm'lik enine yapılan bir insizyondan yapıldı. Lumbodorsal fasyanın ön tabakasına ulaşmak için arka tabaka kesilip kas lifleri iki adet S ekartör ile ayrıldı. Ön lumbodorsal fasya bir hemostat yardımıyla nazikçe delindi ve retroperitoneal boşluğa girildi. Retroperitoneal erişim sonrasında peritonu medialize etmek ve uygun çalışma alanı oluşturmak için Covidien Mansfield, MA



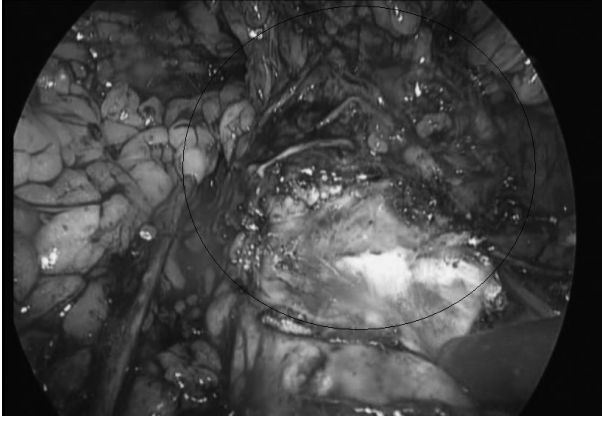
Resim 1. Sol psoas üzerinde 2x2 cm kitle

balon dilatör ile yaklaşık 600 cc hava verilerek dilatasyon yapıldı. İlk giriş yerine 10 mm lik trokar yerleştirildi. Direkt görüş altında orta aksiller hat üzerinde anterosüperior iliak kıvrımın 3 cm yukarısına ve ön aksiler çizgi üzerinde arcus kostarumun 3 cm aşağısına çalışma portları yerleştirildi.

Ekstraperitoneal alanda CO2 ile 12 mmHg basınca kadar insuflasyon yapıldı ve basınç bu seviyede tutuldu. Diseksiyon ile ureter korunarak psoas kası üzerinde L3-L4 seviyesinde yerleşen 2x2 cm kitle bulundu. Çevre yağlı planlara ileri derecede yapışık olarak izlendi. Yapılan künt diseksiyon ile çevre dokulardan diseke edildi. Tümör psoas kasına 2 cm'lik alanda tabanda yapışık olarak izlendi (resim 2). Hook yardımı ile termal olarak disseke edildi. Spesmen organ torbasına alındı. İlk kesi yeri 1 cm daha genişleştirilerek spesmen dışarı çıkarıldı. Postop 2. günde hastanın dreni alındı. Postop 1. ayda AFP değeri 5,1 ng/ml olarak saptandı. Patoloji embriyonel karsinom metastazı ile uyumlu olarak geldi.

Tartışma

Testis tümörlerinde kemoterapi sonrası rezidüel kitlerin cerrahi rezeksiyonu multidisipliner yaklaşımın kemoterapiyle beraber ana parçasını oluşturur. Güvenilir serum belirteçlerinin varlığı yanında, genç hasta grubunda, sisplatin tabanlı etkin kemoterapi ve iyi teknikle uygulanan retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) ile testis kanserlerinde genel sağ kalım oranları %90'ların üzerine ulaşmıştır. Ancak, yaklaşık 30 yıl önce tanımlanmasına rağmen, retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu endikasyonları hala tartışmalıdır (1). Kemoterapi sonrası retroperitoneal lenf nodu diseksiyonunun kimlere ve nasıl yapılacağını belirleyen, primer tümörün seminom veya seminom dışı olması ve radyolojik tümör çapıdır (2).



Resim 2. Psoas kasına tabanda yapışık olan tümörün diseksiyonu

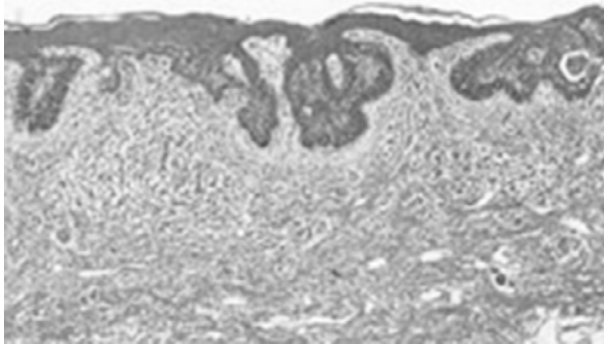
Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, evre I non-seminomatöz germ hücreli tümörde (NSGHT) Amerika Birleşik Devletleri'nde standart olarak kabul edilen tedavi şeklidir. (3) Retroperitoneal lenfadenektominin çıkış prensibi hastaların %100 oranında doğru evrelendirilmesi ve hastaların bu ameliyatla büyük oranda tedavi edilmesidir (4). Evre I non-seminomatöz germ hücreli tümörlerde primer kemoterapi nüks açısından yüksek riskli hastaların morbiditesini azaltmayı hedefler. Bu yöntemin prensibi relaps ihtimali yüksek olan hastalarda orşiektomiye ek olarak adjuvan olarak kemoterapi uygulanmasıdır (5). Yüksek riskli hastalarda bleomisin, etoposid ve sisplatin içeren 2 kür kemoterapinin primer tedavi olarak kullanıldığı çalışmalar vardır.(6) Geç relaps ise kemoterapiden iki yıl sonra ortaya çıkan relaptır. Eğer mümkünse her hastaya cerrahi rezeksiyon uygulanmalıdır. Eğer lezyonlar tamamen çıkarılamayacaksa lezyonlardan biyopsi alınmalı ve sonucuna göre kemoterapi uygulanmalıdır. Hasta kurtarma kemoterapisine cevap verirse en kısa zamanda hastaya tekrar cerrahi uygulanmalıdır. (7)



Resim 3. Hastanın postoperatif 1. gün görüntüsü

Non-seminomatöz germ hücreli tümörleri için retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu ilk kez 1902'de bildirilmiştir. Bir vaka takdimi olan bu yayında 68 yaşında non-seminomatöz germ hücreli tümörü olan bir hastada retroperitoneal lenf bezleri çıkarılmış ancak hasta iki ay içinde gelişen fekal fistül ile kaybedilmiştir (8). Bu tarihten sonra retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu tekniği geliştirildi ve birçok merkezde uygulanmaya başladı.

Laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, ilk olarak 1992'de Rukstalis ve Chodak tarafından bildirilmiştir (9). O günden beri yapılan bir çok çalışma ile bu operasyonun günümüz pratiğindeki rolü ve gelecekteki yönü belirlenmiştir. Evre I non-seminomatöz germ hücreli tümörleri için laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu deneyimi daha kabul edilebilir seviyede iken, evre II tümör için laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu serileri sınırlı sayıdadır. Laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu tanımlanması ve gelişimine öncülük eden Janetschek ve arkadaşları evre I non-seminomatöz germ hücreli tümörü olan 76 hastada yaptıkları bu operasyonun 10 yıllık takip sonuçlarını rapor ettiler (10). Çalışmalarında bu hastaların 74'ünde laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonunun başarıyla tamamlandığını, iki hastada ise (%2.6) kanama nedeniyle açık cerrahiye geçildiğini, istenmeyen yan etki den yoksun olarak bir hastada asemptomatik lenfösel ve bir hastada geçici genitofemoral sinir irritasyonu olduğunu rapor ettiler. Toplam on dokuz hastada (%25) malign lenf nodları bulunarak adjuvan kemoterapi uygulanmış, bunların ortalama 45.7 (9-89) aylık takiplerinde on yedi hastada nüks izlenmemiş, ancak iki hasta takipte kaybedilmiştir. Olgumuzda daha önce açık transperitoneal bilateral retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu operasyonu geçirdiği için retroperitoneal yaklaşımı tercih ettik. Kitle psoas kasına ve çevre yağlı dokulara ileri derecede yapışık olarak saptandı. Retroperitonda dar çalışma sahasında kitle dikkatli bir şekilde diseke edildi. Olgumuzda operasyon süresi 90 dakika olup, kan kaybı 30 cc kadardı. Perop ve postop komplikasyon görülmezken patoloji sonucu embriyonel karsinomun metastazı ile uyumlu olarak rapor edilmiştir (Resim 4). Hasta postop 2. günde direni alınarak taburcu edildi. McKiernan JM ve arkadaşları seçilmiş hastalarda tümör belirteçleri yüksek iken yapılan retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu sonrası kitlenin tam rezeke edilmesi ile



Resim 4. Embriyonel karsinom metastazı Hemotoksilen Eozin

%20-50 kür sağlanabileceğini dile getirmektedirler (11). Tam rezeke edilemeyen kitlelerde sağ kalım belirgin azalmakta (%21) ve nüks ihtimali de oldukça artmaktadır. Tekrar cerrahi gerektiren bu hastaların ikinci ameliyatları açık yaklaşımla pek çok zorluğu barındırır (12). Açık yaklaşımda komplikasyon oranları %20-40 arasında rapor edilmektedir (13). Laparoskopik retroperitoneal yöntemde ise retroperitona yaklaşım ile kitleye ulaşım daha kolay ve minimal invaziv olması ile morbiditenin azaltıldığını düşünmekteyiz. Laparoskopik yaklaşımın ise seçilmiş vakalara uygulanmasının daha uygun olacağını düşünmekteyiz. Açık yaklaşımda ise daha büyük ve kompleks kitleler çıkarılabilmekte iken komplikasyon ve morbidite artmaktadır. Seçilmiş vakalarda ise ileri laparoskopi tecrübesi olan merkezlerde daha düşük morbidite, komplikasyon ile nüks kitleler çıkarılabilmekte postoperatif ağrının azaldığı ve günlük yaşama erken dönüşün mümkün olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç

Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu büyük merkezlerde biriken deneyime, tekniğin rafine olmasına ve daha düzgün hasta takip protokollerinin oluşmasına bağlı olarak başarıyı artırmıştır. Laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. Açık cerrahiye kıyasla hastanede kalış süresi ve kozmetik avantajları vardır. Daha önce batından açık cerrahi geçirmiş hastada retroperitoneal yöntemle kitle eksizyonu yapılabilir. Ancak deneyimli laparoskopik cerrahlar tarafından yapılmalıdır. Bu konuda literatürde az çalışma vardır. Daha geniş hasta popülasyonunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Joseph A.Smith Jr,Stuard S. Howard Genel Üroloji, Onaltıncı Baskı Türkçe Edisyon 2004;386-394.
2. Alan J. Wein,Kavoussi Partin,Novick Peter, Campbell's Urology, Eighth Edition 2002;2411-244.
3. Ellis JH, Bies JR, Kopecky KK at al. Comparison of NMR and CT imaging in the evaluation of metastatic retroperitoneal lymphadenopathy from testicular carcinoma JP. J 1984;8:709-19.
4. Roberts JB. Excision of lumbar lymphatic nodes and spermatic vein in malignant diseases of the testide. Ann Surg 1902; 36:539-41.
5. Cullen MH, Stenning SP, Parkinson MC at al. Short-course adjuvant chemotherapy in high-risk stage I nonseminoma germ cell tumours of the testis: a Medical Research Council report. J Clin Oncol 1996;14: 1106- 1113.
6. Vidal AD, Thalmann GN, Karamitopoulou-Diamantis E at al. Long-term outcome of patients with clinical stage I high-risk nonseminomatous germ-cell tumors 15 years after one adjuvant cycle of bleomycin, etoposide, and cisplatin chemotherapy. UE. Ann Oncol 2015;26:374-7.
7. Oliver RTD, Raj MA, Ong J at al, Pilot study to evaluate impact of a policy of adjuvant chemotherapy for risk stage I malignant teratoma on overall relapse rate of stage I cancer patients. J Urol 1992; 148: 1453-1456.
8. Bland-SuttonJ. at al, An mproved method of removing the testide and spermatic cord for malignant disease. Lancet 1909; 2:1406.
9. Rukstalis DB, Chodak GW: Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection in a patient with stage I testicular carcinoma. J Urol 1992;148: 1907-9.
10. Janetschek G, Hobisch A, Holtl L at al: Retroperitoneal lymphadenectomy for clinical stage I nonseminomatous testicular tumor: Laparoscopy versus open surgery and impact of learning curve. J Urol 1996;156: 89-93.
11. McKiernan JM,Motzer RJ, Bajorin DF et al. Reoperative retroperitoneal surgery for nonseminomatous germ cell tumor: clinical presentation, patterns of recurrence, and outcome. J Urology 2003; 62: 732-6.
12. Sheinfeld J, Sogani P. Re-operative retroperitoneal surgery in testicular cancer. Urol Clinics North Am 2007; 34: 227-33.
13. Eastham JA, Wilson TG, Russell C et al. Surgical resection in patients with nonseminomatous germ cell tumor who fail to normalize serum tumor markers after chemotherapy. Urology 1994; 43: 74-80.