

Over Kanserlerinde İkincil Laparotomi

Dr.Fikret ARPACI*
Dr.Ahmet ÖZET*
Dr.Ahmet TUZUN**
Dr. Bekir ÖZTÜRK**
Prof. Dr.A. Önder BERK*

İkincil laparotomi (Second-look laparotomy-SLL) olgusunu tıp literatüründe ilk defa 1950'lerde VVangens-teen ve arkadaşları kolorektal kanserli hastaların cerrahi tedavilerinin bir parçası olarak kullanmışlardır. Araştırmacılar ilk eksizyondan yaklaşık 6 ay sonra, hastalar semptomsuz ve rezidüel kanserin klinik bulguları yok iken ikinci kez laparotominin yapılmasının uygun olduğunu belirtmişlerdir (1).

Başlangıçta rektum kanserleri için önerilen SLL bugün özellikle över kanserlerinde ve daha az olarak da testis tümörlerinin tedavilerine yerleşmiş terminolojik bir kavramdır.

ÖVER KANSERİNDE SLL

Över kanserli hastalarda ilk operasyondan sonra planlanan İlk İndüksiyon kemoterapisinden sonraki rezidüel hastalığı ortaya koymak için yapılan ikinci laparotomi işlemine SLL denir. Bu işlem son 2 dekadta birçok yerde över kanserinin tedavi programlarının bir parçası olarak yer almaktadır. İleri över kanserli olguların %50-60'ı indüksiyon kemoterapisinden sonra klinik olarak hastalığıdır (2). Gerçek SLL adaylarında CA-125 düzeyi normal olup, Ultrasonografi (US) ve Bilgisayarlı tomografi (BT)'de rezidüel hastalık gösterilemez. Bu grup hastaların uygun şekilde takip ve tedavileri için 1970'lerde SLL över kanserlerinde uygulanmaya başlanmıştır (3).

Över kanseri için standart tedavi kemoterapi (KT) yapılmasıdır. Ancak rezidüel tümör dokusunun ortadan kaldırılması için gerekli olan kemoterapi süresi hakkında görüş birliği bulunmamaktadır. Cisplatin esasına dayanan rejimlerle ileri evre över kanserli hastaların %50-60'ında klinik olarak tam cevap alınmaktadır. Oysa tam histolojik cevap %25 dolayındadır.

Birçok klinik araştırmacı klinik olarak hastalığı olmayan %50'sinden daha fazlasında SLL'de tümör bulmuşlardır. Bu nedenle SLL, olgunun hastalığı olmayan olguların tam tesbiti için gereklidir. Stage I över kan-

serinde SLL yapılıp yapılmaması konusunda da tam bir görüş birliği bulunmamakla birlikte genel olarak la'da yapılmamakta, lc'de ise önerilmektedir (4). US ve BT gibi görüntüleme teknikleri genel olarak 2 cm'den küçük intraperitoneal tümör kitlelerini belirlemede yetersiz kalmaktadır (5,6). CA-125 düzeyinin ölçülmesi kemoterapi gören över kanserli hastalarda cevabın izlenmesinde yararlıdır. Ancak yapılan araştırmalarda normal CA-125 düzeyi hastaların %62'sinde SLL'de rezidüel tümör dokusu bulunduğu tesbit edilmiştir (7).

Laparoskopi, laparotomi'ye alternatif olarak ortaya atılmasına karşın %14 oranında Intestinal perforasyon gibi önemli komplikasyonlara yol açması, negatif bulgularının daha az güvenilir olması ve büyük rezidüel kitlelerin rezeksiyonunda yetersiz kalması nedeniyle bugün ikinci planda kalmıştır (8).

Bazı çalışmacılar SLL'in 6 kür, bazıları 12 kür, bazıları da 18 kür kemoterapi'den sonra yapılması gerektiğini savunmaktadırlar. Ençok kabul edilen görüş SLL'nin ideal olarak 12 kür kemoterapi'den sonra yapılmasıdır (4).

Over kanserlerinde sık görülen ve SLL'de özellikle dikkat edilmesi gereken metastaz yerleri Tablo 1'de, biopsi alınması gereken bölgeler Tablo 2'de ve biopsi dışında yapılan diğer işlemler Tablo 3'de gösterilmiştir.

1.SLL'İN AVANTAJLARI

a. Devam eden hastalığı ortaya koyar ve böylece tedavinin erken kesilmesini önler.

b. Kemoterapi'nin zamanında kesilmesini sağlayarak kemoterapötik ajanların kısa ve uzun vadeli zararlarını en aza indirir (Kemoterapötik ajanların uzun vadeli en büyük riski Akut Nonlenfositik lösemi %5-10'dur).

c. Prognoz hakkında bilgi verir.

Tablo 1. Over kanserinde yaygın metastaz yerleri

a.	Diaphragma altı
b.	Parakolik bölgeler
c.	Periton
d.	Kontralateral över
e.	Fallopian tüp
t.	Oouglas boşluğu
g.	Plevralar
h.	Karaciğer
ı.	Omentum
i.	Paraaortik ve pelvik lenf nodları
j.	Uterus gövdesi

Tablo 2. SLL'de araştırılan ve multipl biopsi alınan yerler

1. Sağ hemidiafragma
2. Böbreğin sağ üst polüne uzanan anterior periton
3. Sağ kolik bölge
4. Pelvis
5. Mesane
6. Vajinal apeks
7. Sol pelvis ve kolik bölge kör noktaları
8. ileum ve sigmoid kolon mezenterleri
9. Distal ileum ve sigmoid kolon serozaları

En azından 10'un üzerinde biopsi alınmalıdır

Tablo 3. SLL'de biopsi dışında yapılan diğer işlemler

- a. Pelvik ve paraaortik lenf nodlarının diseksiyonu
- b. Sitolojik inceleme için peritoneal yıkama
- c. İlk sitoredüktif cerrahide yapılmamışlarsa Histerektomi, Salpingooferektomi, Omentektomi ve Apendektomi
- d. Rezidüel omentumun alınması
- e. Rezidüel karsinomun çıkarılması
- f. Rezidüel tümör üzerinde hormon reseptörlerinin elde edilmesi

d. Postoperatif tedavinin rezidüel tümörü yoketmede başarılı olup olmadığını gösterir. Yani tedaviye objektif cevabın belirlenmesini sağlar.

e. İkinci cerrahi girişimde daha ileri rezeksiyon yapılmasını sağlar.

f. Daha etkin kemoterapi programlarının araştırılmasına yardımcı olur.

2.SLL'NİN DEZAVANTAJLARI

- a. Pahalı bir yöntemdir.

Tablo 4. Evre III ve IV över kanserli hastalarda negatif SLL bulguları ve nüks oranları

Enstitü	Negatif SLL oranı (%)	Cisplatin esasına dayanan KT (%)	SLL öncesi KT sayısı	Ortalama takip (ay)	Nüks oranı (%)	Nüks zamanı (ay)
M.D.Anderson	35	27	12	>60	24	18.5
Mayo Memorial	37	88	12	41	30	14
Sloan-Kettering	—	>86	6	55	54	24

- b. Major cerrahi riski taşır.

o Cerrahi'den sonra görülen en sık komplikasyon varsa infeksiyonları (%6.3) ve üriner sistem infeksiyonlarıdır (%5,6).

d. Bu işlem yapılan hastaların, daha uzun bir yaşam süresi gösterdiklerinin henüz kanıtlanamamış olmasıdır.

SLL sonuçları 2 farklı duruma göre yorumlanmaktadır: Negatif SLL bulguları ve pozitif SLL bulguları (10).

Pozitif ve negatif bulgulardan kasıt histolojik olarak rezidüel tümörün gösterilip gösterilememesidir.

SLL'de bulguların pozitif ya da negatif olması Prognostik önem taşımaktadır. Negatif SLL bulguları olan olgularda 5 yıllık yaşam süresi %60'dan fazladır. Pozitif SLL bulguları olan olgularda ise 5 yıllık yaşam %40 kadardır. Yapılan klinik çalışmalar göstermiştir ki SLL'de tümör bulguları hastalığın evresine, histolojik grade'ine ve primer cerrahi sitoredüksiyonda bırakılan tümör miktarına, kemoterapi'ye olan cevaba ve tam bir second look evreleme işlemine bağlıdır (11,12).

3. NEGATİF SLL BULGULARI

Negatif SLL bulgularından sonra %20-50 oranında nüks görülmesi, bu yöntemin hastalısız durumu göstermesi açısından şüpheler uyandırmaktadır (10). Bu nedenle birçok merkezde negatif SLL bulgularından sonra konsolidasyon tedavileri üzerine klinik çalışmalar yapılmaktadır (13,14). Oluşan nükslerin çoğu periton boşluğunda ve retroperitoneal alanlarda olmaktadır. Bu açıdan en önemli risk faktörleri histolojik grade ve primer sitoredüktif cerrahide kalan rezidüel tümör miktarıdır. Tablo 4'de 3 önemli merkeze ait negatif SLL ve nüks oranları gösterilmiştir

4. POZİTİF SLL BULGULARI

SLL'de pozitif bulguların miktarı da prognostik önem taşır. SLL'de büyük çıkarılamayan kitlelerin tesbit edilmesi prognozun kötü olduğunu gösterir. Bu olguların çoğu 3 yıl içinde ölmektedir. SLL'de sadece mikroskobik olarak tümör bulunması durumunda ise bu olguların sürvisi, negatif bulguları olan olgulara yakındır (5 yıllık yaşam %60-70) (15).

SLL'de pozitif bulgu tesbit edilen olgularda sekonder sitoredüksiyonun yanında uygun "salvage" kemoterapiler de tedaviye eklenmelidir.

SONUÇ

SLL'nin över kanserinde yaşam süresini etkilediği gösterilmemiştir (2,9,10). Bugün halen birçok yerde yapılmamaktadır. Daha çok "Salvage" tedavilerinin yapıldığı

M.D.Anderson, Mayo ve Memorial Sloan-Kettering gibi büyük merkezlerde klinik araştırmalarda kullanılmaktadır (13,14,16). SLL İlk İndüksiyon kemoterapisinden sonra en bilimsel kararın verilmesini sağlaması açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Arhelger SW, Jenson CB, Wangenstein OH. Experiences with the "second look" procedure in the management of cancer of the colon and rectum: with special reference to site of residual cancer. *J Lancet* 1957; 77:412-7.
2. Ozols RF. Current problems in cancer. St Louis: Mosby-Year Book Inc, 1992:101-4.
3. Wallach RC; Bllnck G. The second look operation for carcinoma of the ovary. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 131:1085-9.
4. Ngan HY, Wong LC, Ma HK. Place of second-look laparotomy after 18 courses of chemotherapy in epithelial ovarian cancer. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1989 Feb; 29(1):52-4.
5. Brenner DE, Shaft MI, Jones HW, Grosh WW, Greco FA, Burnett LS. Abdominopelvic computed tomography: evaluation in patients undergoing second-look laparotomy for ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1985; 65:715-9.
6. Lund B, Jacobsen K, Rasch L, Jensen F, Olesen K, Feldt-Rasmussen K. Correlation of abdominal ultrasound and computed tomography scans with second-or third-look laparotomy in patients with ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 1990; 37:279-83.
7. Meier W, Steiber P, Eiermann W, Schneider A, Fateh-Moghadam A, Hepp H. Serum levels of CA 125 and histological findings at second-look laparotomy in ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 1989; 35:44-6.
8. Rubin SC. Surgery for ovarian cancer. In: Ozols RF, ed. *Hematology/Oncology clinics of North America*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992:857-9.
9. Neljt JP. Advanced ovarian cancer. *Gardner-Caldwell Communications Ltd* 1990; 4:27.
10. Podratz KC, Kinney WK. Secod-look operation In ovarian cancer. *Cancer* 1993 Feb; 71(4suppl):1551-8.
11. Rubin SC, Hoskins WJ, Saigo PE, Chapman D, Hakes TB, Markman M et al. Prognostic factors for recurrence following negative second-look laparotomy In ovarian cancer patients treated with platinum-based chemotherapy. *Gynecol Oncol* 1991;42:137-41.
12. Hoskins WJ, Rubin SC, Dulaney E, Chapman D, Almdrones L, Saigo P et al. Influence of secondary cytoreduction at the time of second-look laparotomy on the survival of patients with epithelial ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 1989; 34:365-71.
13. Berek JS. Epithelial ovarian cancer. In: *Practical Gynecologic Oncology*. In; Berek JS, Hacker NF, eds. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990:324-7.
14. Young RC. A second look at second-look laparotomy. *Journal of Clinical Oncology* 1987; 5:1311-3.
15. Podratz KC, Schray MF, Wleand HS, Edmonson JH, Jeffries JA, Long HJ et al. Evaluation of treatment and survival after positive second-look laparotomy. *Gynecol Oncol* 1988; 31:9-21.
16. Dauplat J, Legros M, Condat P, Ferrlere JP, Ahmed SB, Plagne R. High-dose melphalan and autologous bone marrow support for treatment of ovarian carcinoma with positive second-look operation. *Gynecol Oncol* 1989; 34:294-8.