

Alt Rektum Kanseri Kadın Hastalarda Farklı Bir Cerrahi Teknik: Transvaginal Low Anterior Rectal Resection

A Different Surgical Method for Low Rectal Cancer in Women: Transvaginal Low Anterior Rectal Resection

Dr. Ali Naki YÜCESOY^a

^aÖzel Batı Bahat Hospital, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 09.10.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 06.02.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ali Naki YÜCESOY
Özel Batı Bahat Hospital, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
alinakiyucesoy@gmail.com

ÖZET Uyguladığımız ameliyat tekniğinin temel amacı, alt rektumda yerleşik rektal kanser nedeni ile kalıcı kolostomi önerilmiş kadın hastalarda, rektal kanserin radikal eksizyonundan sonra, barsak devamlılığının sağlanması ve kontinens problemlerini en aza indirmektir. Alt rektum yerleşimli rektal kanser nedeni ile kalıcı kolostomi önerilmiş hastalar opere edildi. Klasik abdominal yolla rektosigmoid mobilizasyon ve total mesorektal eksizyon sağlandıktan sonra, transvaginal yol kullanılarak rektosigmoid rezeksiyon ve alt düzey koloanal anastomoz gerçekleştirildi. Transvaginal yol kullanılarak, toplam iki adet hastada ultra-low anterior rezeksiyon ameliyatı gerçekleştirdik. Minimal kontinens problemleri dışında, major komplikasyon veya mortalite görülmedi. Transvaginal yaklaşım; kadınlarda, özellikle distal rektum ve anal sfinkterik yapı üzerinde direkt görüş ve operasyon alanı sağlar. Bu nedenle distal rektum ve anal sfinkterlere yönelik cerrahi girişimlerde farklı bir yol olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Rektal tümörler; anal kanal

ABSTRACT The main purpose of the our operation procedure is establishment of the bowel continuity and continence in women who is offered the permanent colostomy after the resection of the rectal cancer which is situated at very low levels. The women who are offered permanent colostomy for low rectal cancer are operated. After the classic abdominal mobilisation of the rectosigmoid and total mesorectal excision, the rectosigmoid resection and ultra-low coloanal anastomosis are realised by using transvaginal way. We accomplished two operations by using transvaginal way. We didn't confronted with mortality or major complications besides of minimal continence problems. The transvaginal approach can be used in women for accessing to low rectum, anal canal and anal sphincteric structure. The surgeon must remind the transvaginal approach for surgical procedures on distal rectum and anal sphincters in women.

Key Words: Rectal neoplasms; anal canal

Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2010;17(1):66-70

Alt rektumda yerleşmiş rektal kanserlerin tedavisinde uygulanan cerrahi girişim teknikleri; yüksek lokoregional nüks oranları, hastaların büyük bir kısmında abdooperineal rektum rezeksiyonu gerektirmesi, barsak devamlılığı sağlanmış vakalarda ise ameliyat sonrasında kontinens problemlerinin sıklıkla görülmesi nedeni ile genel cerrahinin tartışmalı konularından birini oluşturur.¹ Bu açılarından bakıldığında alt rektumda yerleşik rektal kanserler, rektum kanseri içinde ayrı bir alt grup oluşturmaktadır.

Rektum kanseri, en sık karşılaşılan gastrointestinal kanserler arasında önemli bir yer tutar. Rektal kanser teşhis edildiği zaman, vakaların %90'ında, hastalık rektumda ve perirektal lenf bezlerinde sınırlı olduğundan, lokal bir

hastalık olarak kabul edilir.² Bu yüzden cerrahi tedavi, primer tedavi seçeneğidir. Cerrahi tedavide temel amaç, hastalığın yerleştiği barsak segmentinin ve bölgesel lenf bezlerinin, cerrahi kurallara uyularak eksize edilmesidir. Bununla beraber barsak devamlılığının ve kontinensin sağlanması, ürogenital sisteme ait fonksiyonların korunması, altın standardı oluşturur. Rektum kanseri vakalarının %70-80'inde hastalık orta ve alt rektum yerleşimli olduğundan, vakaların bir kısmında barsak devamlılığı sağlanamaz ve kalıcı kolostomi yapılır. Özellikle alt rektuma yerleşik kanserlerde, kalıcı kolostomi oranlarında belirgin bir artış gözlemlenir.

Özellikle son dönemlerde yapılan histopatolojik incelemelerde, tümör indifferansiye tipte olmadığı takdirde, distal yayılımın, daha önce düşünüldüğü kadar önemli olmadığı, mezorektal lenf dokusundaki invazyonun ve çevresel sınır tutulumunun daha önemli olduğu ortaya konulmuştur.³⁻⁵ Bu bilgilerin ışığında, alt rektumda yerleşmiş kanserlerde, barsak devamlılığının sağlanması için çalışmalar yapılmıştır. Buna rağmen, distal rektumun ve anal kanalın pelvis içinde ekstrapéritoneal ve pelvik kas yapısı içerisine gömülü olmasından kaynaklanan anatomik nedenler ve teknik olarak bu bölgeye ulaşılmasında doğan güçlüklerle ilgili olarak, alt rektumda lokalize kanserlerin cerrahisinde, her zaman barsak devamlılığının sağlanamadığı, alt rektum tümörlerinde kalıcı kolostomi oranının yüksek olduğu saptanmıştır.

Barsak devamlılığının sağlandığı vakalarda ise, direkt olarak sfinkter hasarına veya indirekt olarak pudendal sinir hasarına bağlı, değişik derecelerde kontinens problemleri gözlenir.

Son 1 yıl içinde yayımlanan anterior perineal yaklaşımlar (APPEAR procedure; transvaginal low anterior rectal resection, abdominoanterior sagittal low anterior resection), henüz sonuçları net olarak ortaya konulmamasına rağmen, özellikle distal rektumda lokalize kanserlerin cerrahi tedavisine yönelik yeni cerrahi teknikler olarak ileri sürül-müştür.⁶⁻⁸

Perineum, ürogenital sistem ve gastrointestinal sistemin uç organlarının açıldığı, eşkenar dörtgen şeklinde bir alandır. Her iki spina ischiticumu birleştiren yatay çizgi, bu dörtgeni iki adet üçgene ayırır. Bu hattın önündeki üçgen anterior (üroge-

nital) üçgen, arkasındaki posterior (anal) üçgen adını alır. Anterior perineal yaklaşımlar için(transvaginal yaklaşım, APPEAR prosedürü), öndeki ürogenital üçgen kullanılır.

Rektum klasik olarak 15-18 cm uzunluğundadır ve üst, orta ve alt olmak üzere üç bölüme ayrılır. Üst rektum, rektumun intraperitoneal bölümü- nü oluşturur. Orta rektum, en geniş bölümdür ve rektal kapasitans'tan sorumludur. Alt rektum, anatomik olarak supralelevator ve infralelevator olmak üzere iki bölümde incelenebilir. Supralelevator bölüm ekstrapéritonealdır ve çevre organlardan önde ve arkada fasyal yapılarla (Denonwillier ve Waldayer) ayrılır. Rektumun infralelevator bölümü ise anatomik anal kanal ile birlikte cerrahi anal kanalı oluşturur.⁹

Anterior perineal yaklaşımlarla, levator ani kasının oluşturduğu ürogenital hiatal açıklık kullanılarak, levator kasın altında yer alan distal rektum ve eksternal anal sfinkterler üzerinde direkt görüş ve operasyon alanı sağlanır. Distal rektuma yönelik diğer cerrahi girişimlerde, bu bölge üzerinde(rektumun infralelevator bölümü ve eksternal anal sfinkterler), direkt olarak görüş ve operasyon alanı oluşturulamaz.

CERRAHİ TEKNİK

Bu aşamada ameliyat tekniğimizin detayları ile ilgili bilgileri sunmak istiyoruz. Biopsi ile kanıtlanmış, uzak metastazı bulunmayan, alt rektumda yerleşik rektal kanserli kadın hastalar, gerekli hazırlıkları takiben ameliyata alındı. Üriner kateter yerleştirildi. Kısmi göbektü olmak üzere, göbektü altı median insizyon ile batına girildi. Ameliyatın abdominal bölümü klasik low anterior rezeksiyon ameliyatı gibi gerçekleştirildi. Rektum, total mesorektal eksizyon tekniği ile birlikte, levator ani kas düzeyine kadar serbestleştirildi.

Sigmoid kolon ve inen kolon, sol fleksuraya kadar serbestleştirilerek, a.mesenterica inf. ligatüre edildi (Resim 1).

Daha sonra ameliyatın perineal evresine geçilerek, posterior vaginal duvar vertikal bir insizyon ile açıldı ve rektovaginal septum geçildi (Resim 2). Bu resimde ürogenital hiatal yol kullanılarak, levator ani ve puborektal kas altında kalan rektum distaline ve cerrahi anal kanala ulaşıldı (Resim 3, 4).

Posterior vaginal duvardaki vertikal insizyon, yine vertikal bir resimde perineden anüse doğru uzatılarak, rektum distalinin ve eksternal anal sfinkterlerin ameliyat sahası içine alındı. Direkt görüş ve direkt cerrahi girişim alanı sağlanarak intersfinkterik disseksiyon tamamlandı (Resim 5, 6). Mezo-

rektumun lingulası, transvaginal yoldan direkt görüş altında eksize edilerek, mezorektumun komplet eksizyonu sağlandı.

Sigmoid kolon ve rektum vaginal yoldan dışarı alındıktan sonra, proksimal ve distal rezeksiyon hatları belirlendi (Resim 7-9).



RESİM 1: Klasik abdominal yolla rektosigmoid mobilizasyon.



RESİM 2: Transvaginal yoldan rektovaginal septumun açılması



RESİM 3: Transvaginal yoldan rektumun serbestleştirilmesi.



RESİM 4: Transvaginal yoldan rektumun serbestleştirilmesi.



RESİM 5: Transvaginal yoldan cerrahi anal kanal disseksiyonu



RESİM 6: Transvaginal yoldan cerrahi anal kanal üzerinde ekzpozisyon ve operasyon alanı sağlanması.



RESİM 7: Rekto sigmoidin transvaginal ekstraksiyonu ve rezeksiyon hatlarının saptanması.



RESİM 8: Rekto sigmoidin transvaginal ekstraksiyonu ve rezeksiyon hatlarının saptanması.



RESİM 9: Proksimal ve distal rezeksiyon hatlarının saptanması.



RESİM 10: Transvaginal yoldan koloanal anastomoz.

Transvaginal yoldan gerçekleştirilen rekto sigmoid rezeksiyondan sonra, yine transvaginal (anterior perineal) yol kullanılarak, iki kat üzerinden separe sütürlerle koloanal anastomoz yapıldı (Resim 10,11). Anastomoz hattı, pelvisteki anatomik lokalizasyonuna konulduktan sonra, perine ve posterior vaginal duvar primer tamir edildi. Koruyucu kolostomi yapılmadı. Batın primer kapatıldı.

SONUÇLAR

Hastalar postoperatif komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Postoperatif günlük dışkılama sayısı 1-2 arasında olup, minimal inkontinens dışında, fekal inkontinans saptanmadı.



RESİM 11: Transvaginal yoldan koloanal anastomoz.

Bu aşamada yeterli vaka sayımız olmadığı için, ameliyatın sayısal sonuçları ile ilgili bilgi verememekteyiz.

TARTIŞMA

Literatür çalışmalarımızda, transvaginal yol kullanılarak yapılmış rektal cerrahiye ait en eski yayına, Sir Charles Ball tarafından 1908'de yayınlanmış bir kitapta (The Rectum: its disease and developmental defects) rastladık.¹⁰ Bu kitapta, rektovaginal fistül gelişmiş hastada, transvaginal yoldan fistül traktının tamirine ait bilgiler sunulmaktadır. Dr. Alejandro D. Castro'nun çalışmasını, bizim tekniğimize çok yakın bulduk.¹¹ Aradaki en önemli fark, bizim tekniğimizin öncelikle levator kas altındaki distal rektum ve anal kanal üzerine yönelik olmasıdır.

Ameliyat tekniğimiz 2008 Mart ayında yayınlanmıştır. Aynı dönemde Prof N.S. Williams'ın transperineal yolu kullanarak, distal rektuma yönelik ameliyat tekniğinin anlatıldığı APPEAR pro-

sedürü yayınlandı. Son dönemde yayınlanan Prof. Sharma'nın tekniğinde yine transvaginal yol kullanılmıştır. Transvaginal ve transperineal rektal girişimler, aynı anatomik özellikler üzerinde yapılandırılmışlardır.

Transvaginal veya transperineal girişimler kullanılarak, distal rektum ve anal kanal üzerinde eksternal görüş oluşturmak mümkündür. Bu resimde, levator kas altındaki distal rektum kısmına, anal kanala ve eksternal anal sfinkterlere (no man lands of Williams) direkt olarak ulaşmak ve bu bölge üzerinde farklı bir pencere kullanarak cerrahi girişimde bulunmak mümkün olur.

Transvaginal veya transperineal rektal girişimler, son dönemlerde özellikle distal rektuma yönelik, alternatif cerrahi girişimler olarak ileri sürülmüşlerdir. Anterior perineal girişimlerin, özellikle alt rektum kanseri cerrahisinde, daha önemli yer tutacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Nagtegaal ID, van de Velde CJ, Marijnen CA, van Krieken JH, Quirke P; Dutch Colorectal Cancer Group; Pathology Review Committee. Low rectal cancer: a call for a change of approach in abdominoperineal resection. *J Clin Oncol* 2005;23(36):9257-64.
2. Goligher JC. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 5th ed. London: Bailliere, Tindall; 1984. p.1-47.
3. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg* 1982;69(10):613-6.
4. Quirke P, Durdley P, Dixon MF, Williams NS. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumour spread and surgical excision. *Lancet* 1986;2(8514):996-9.
5. Williams NS, Dixon MF, Johnston D. Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients' survival. *Br J Surg* 1983;70(3):150-4.
6. Agrawal V, Mishra A, Raina VK, Sharma D. Abdominoanterior sagittal approach for sphincter-saving low anterior resection for carcinoma of the rectum in females: a modified anatomical approach. *Tech Coloproctol* 2009;13(2):145-9.
7. Williams NS, Murphy J, Knowles CH. Anterior Perineal PlanE for Ultra-low Anterior Resection of the Rectum (the APPEAR technique): a prospective clinical trial of a new procedure. *Ann Surg* 2008;247(5):750-8.
8. Yücesoy AN, Bülbül E, Bahat R, Köşkeroğlu C. Transvaginal low anterior resection for rectal cancer. *Tech Coloproctol* 2008;12(1):83-6.
9. Moore KL, Dalley AF. *The pelvis and perineum. Clinically Oriented Anatomy*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore; 1992. p.243-322.
10. Bent Ball C. *Cancer treatment. The Rectum: It's Disease and Developmental Defects*. 1st ed. London: Oxford University Press; 1908. p. 277-8.
11. Castro AF. Vaginal approach in resection of low-lying malignant rectal lesions. *Tex Med* 1973;69(9):65-9.