

# Laparoskopik radikal sistoprostatektomi: 3 yıllık takipli 10 hastalık ardışık serideki deneyimlerimiz

Alchiede Simonato, Andrea Gregori, Andrea Lissiani, Andrea Bozzola, Stefano Gali, Franco Gaboardi.  
*European Urology*, 47: 785-92, Haziran 2005

Dr. N. Aydın Mungan

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

## ÖZET

**Amaç:** Laparoskopik radikal sistektomi uygulanabilir bir yöntem olmasına karşın mesanenin transitional hücreli kanserinin (TCC) laparoskopik yolla tedavisinin onkolojik olarak güvenli olup olmadığı tartışması sürmektedir. Üç yıllık takipleri olan 10 hastalık ardışık serideki deneyimler sunulmaktadır.

**Yöntem:** Haziran 2001 ve Temmuz 2002 arasında 63-74 yaşlarında (ortalama 68.8 yaş) kas invaziv TCC'li veya pT1 G3 birlikte CIS olan (2 kür BCG tedavisi veya 3 veya daha fazla trasuretral rezeksiyon yapılmış; gecikmiş sistektomi) 10 hastaya laparoskopik sistektomiprostatektomi ve üriner diversiyon yapıldı.

**Bulgular:** Histopatoloji sonuçları 2 hastada pT1N0 G3 ve CIS, 1 hastada pT2aN0 G3 ve CIS, 1 hastada pT2bN0 G2, 4 hastada pT2bN0 G2-3, 1 hastada pT2bN0 G3, 1 hastada pT3aN0 G3 olarak geldi. Ortalama takip süresi 30.4 ay (23-36 ay arası) idi. Lokal rekürrens, peritoneal karsinozis ve torakar bölgesinde metastaz görülmedi. On hastanın 4'ünde (2 hasta pT1N0 + CIS, 1 hasta pT2bN0 G2-3 ve 1 hasta pT2bN0 G3) sırasıyla 7, 14, 16 ve 28 ay sonra metastaz gelişti. Bu hastalar sırasıyla 20, 18, 22 ve 31 ay sonra öldüler. Bir hasta ilgisiz bir nedenden öldü. Beş hasta hastaliksız olarak yaşamaktadır.

**Sonuç:** Laparoskopik sistoprostatektomi düşük morbidite ile uygulanabilir bir yöntemdir. Şu ana kadar yayınlanan datalar mesane TCC'sinin laparoskopisi ile tedavisinin olumsuz etkisi olduğunu desteklemektedir; ancak bizim sonuçlarımız açık cerrahi ile elde edilenlere göre daha kötü görülmektedir. Diğer merkezlerin deneyimleri bu yeni ve tartışmalı tekniğin objektif değerlendirilmesini sağlayacaktır; çünkü halen laparoskopik sistoprostatektominin mesane TCC'sinin tedavisinde güvenli bir onkolojik prosedür olduğu net olarak aydınlatılamamıştır. Bundan dolayı bu yöntemin halen deneysel olduğu düşünülmektedir.

## YORUM

Bu çalışma laparoskopik sistoprostatektomilerin onkolojik olarak güvenli bir prosedür olmadığını ileri sürmesi nedeniyle önemli olup, Richard Hautman ve Ingolf Tuerk tarafından da 2 sayfayı aşkın editöryel yorumlarla sunulmuştur. Çalışma operasyon tekniği, morbidite, fonksiyonel ve onkolojik sonuçlar bakımından ele alınmalı ve yorumlanmalıdır.

Çalışmanın operasyon tekniğine göz atıldığında mükemmel bir görüş sağlandığından bahis edilmektedir. Bu açık cerrahiye göre bir üstünlük

sağlamakla beraber açık cerrahide de loop ve head-light kullanılarak aynı görünüm elde edilebilir. Ancak operasyon sürelerinin açık cerrahiye göre çok daha uzun olduğu izlenmektedir. Ortalama operasyon süresi ortalama 425 dakika olup, bu oldukça uzun bir süredir. Doğal olarak öğrenme sürecinde operasyonların uzun sürmesi beklenebilir; ancak unutulmaması gereken bir nokta yaşlı bir hasta popülasyonunun opere edildiğidir. Bu hastaların büyük bir kısmında multipl ko-morbidite bulunmaktadır. On saat civarında süren bu operasyonlar belki daha makul bir süreye inerse daha fazla uygulama alanı bulacaktır. Bununla beraber hastaların kısa sürede hastaneden taburcu edilmesi bir avantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir diğer avantaj ise bu çalışmada da belirtildiği üzere barsak manüplasyonu laparoskopide minimal olmakta, bu ise kısa sürede hastaların barsak aktivitesini kazanmasına ve gıda alımına başlamasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda açık sistoprostatektomi operasyonundaki en önemli mortalite ve morbidite sebeplerinin barsak komplikasyonları olduğu vurgulanmaktadır (1). Laparoskopide bunun az olması bir avantaj gibi durmaktadır. Ancak Değer ve arkadaşları tarafından yapılan laparoskopik sistoprostatektomi serisinde vakaların tümünde mesane erkeklerde rektuma yapılan bir insizyondan (rektosigmoid poş yapılmayanlarda bile) kadınlarda ise vajenden yapılan insizyonla alınmıştır (2). Dolayısıyla eğer mesane rektumdan çıkartılıyorsa minimal barsak manüplasyonundan bahis etmek pek uygun görünmemektedir. Bunun ötesinde Hautman'ın da editöryal yorumunda belirttiği gibi ve Hawaii 2004 SUI'da da ele alındığı üzere intrakorporal olarak diversiyon yapmanın zorluğu nedeniyle sistektomilerin önemli bir kısmı inkontinent kütanöz diversiyon ve üreterosigmoidostomi gibi istenmeyen diversiyonlarla sonuçlanmaktadır. Diversiyon seçimindeki bu kısıtlamalara gidilse Hautman tarafından yanlış yolda atılmış bir adım olarak yorumlanmaktadır. Yine Hautman'a göre laparoskopiyeye yapılan fazlaca özen hasta yaşam kalitesinin önüne geçmektedir. Gerçekten de bu yorumlar çalışmada yapılan diversiyonlara bakılınca çok haklı durmaktadır. Bu çalışmada 6 hastada ortotopik ileal neobladder, 2 hastada kütanöz üreterostomi ve 2 hastada da ise üreterosigmoidostomi yapılmıştır. Değer ve arkadaşları tarafından yapılan 20 hastalık seride de hastaların 12'sine rektosigmoid poş (Mainz poş II) yapılmıştır (2). Belki hasta daha erken taburcu edilmiş olabilir; ama yaşamın geri kalanında yapılan diversiyonunun hasta yaşam kalitesini ne düzeyde etkilediğine yönelik çalışmalara mutlak ihtiyaç vardır. Daha kısa hastane süresi veya daha iyi görüntü sağlama gibi kazançların asla uygunsuz bir diversiyon çeşidini seçmeyi haklı kılamayacağını düşünüyorum.

Çalışma morbidite ve fonksiyonel sonuçlar açısından ele alındığında ise öğrenme döneminin oldukça zor olduğu bu operasyonda intraoperatif ve erken postoperatif dönemde hiçbir komplikasyonla karşılaşmalarını dikkat çekicidir. Fonksiyonel sonuçları da açık cerrahiye yakın elde etmişlerdir.

Bu çalışmadaki en önemli tartışma yaratan konu ise bu güne kadar yayınlanan çalışmaların aksine onkolojik sonuçların laparoskopik yöntemde açık yöntemle göre daha kötü olduğunun iddia edilmesidir. Oysa mesane TCC için laparoskopik sistoprostatektominin onkolojik sonuçlarının yayınlandığı benzer çalışmalara da sonuçlar açık cerrahi ile kıyaslanabilir olarak verilmiştir (2,3). Değer ve arkadaşlarının yaptığı 20 hastalık ve ortalama 33 aylık takipli seride yıllık hastaliksiz yaşam oranı %85 olarak bildirilmiştir (2). Yine benzer şekilde üst üriner sistemin TCC'si için yapılan laparoskopik nefroureterektominin onkolojik sonuçları da açık nefroureterektomi ile hemen hemen aynı olarak bildirilmiştir (4). Bütün çalışmaların hasta sayıları ve takip sürelerine bakıldığında hatta en uzun süreli takiplerden birine sahip bu çalışmadaki takip süresinin bile 3 yıllı sınırlı olması göz önüne alındığında, onkolojik sonuçların güvenli olup olmadığından bahis etmek bu bilgilerle çok yanlış olacaktır. Beş ve 10 yıllık takip sürelerinin olmadığı bu çalışmaların kısıtlı verileri de her zaman için tartışmaya açık olacaktır. Ancak kısa süreli sonuçlar açısından baktığımızda bu çalışmada elde edilen onkolojik sonuçların açık cerrahi yöntemle göre belirgin olarak düşük çıkması düşündürücüdür. Bunun muhtemel sebeplerinin iyi bir şekilde yorumlanması gerekmektedir. Çalışmadaki patolojik verilere baktığımızda tüm vakaların organa sınırlı olması ve lenf nodu tutulumu olmaması genel sağ kalım üzerine avantaj sağlarken, 10 vakanın 9'unun G3 olmasının genel sağ kalıma olumsuz etki-

leri olması beklenmelidir. Ayrıca bu çalışmada yüzeysel mesane tümörü olan 2 vakaya gecikmiş sistektomi yapılmıştır. Oysa BCG rezistans ve/veya yüksek riskli tümörlerde sistektomi için gecikilmesi 5 yıllık rekürrensiz yaşam oranını %90'lardan %60'lara indirmektedir (5). Eğer bu yüzeysel tümörlere erken dönemde sistektomi yapılmış olsa idi çalışmanın onkolojik sonuçları farklı olabilirdi. Çünkü kanser nedenli ölen 4 vakanın ikisini bunlar oluşturmaktadır. Ancak yine de bu çalışmada verilen genel patolojik sonuçlar ile %80 vakada 5 yıl kansersiz yaşam süresi beklenmelidir. Oysa bu çalışmada 3 yıllık kansersiz yaşam süresi sadece %60 olarak bulunmuştur. On hastanın 4'ü laparoskopiden 30 ay sonra metastatik hastalık nedeniyle ölmüşlerdir. Cerrahi sınırların negatif olması, lokal rekürrens olmaması ve peritoneal sıvıda maling hücrelerin saptanmaması laparoskopik tekniğin yeterli düzeyde yapıldığını düşündürmektedir. Yetersiz lenf nodu diseksiyonu veya yetersiz evrelemede bu çalışmada alınan kötü onkolojik sonuçlar için bir neden olamaz. Çünkü onkolojik açıdan yeterli ve güvenli bir lenfadenektomi yapılması için çıkarılması önerilen lenf nodu sayısının en azından 15 olması önerilmektedir. Ancak bu şekilde genişletilmiş laparoskopik lenfadenektominin operasyon süresine ortalama 90 dakika eklemektedir. Bu çalışmada da ortalama 18,5 lenf bezi çıkartılmıştır ve uygun sınırlar içindedir. Bu durumda Simonato ve arkadaşlarının da belirttiği gibi diğer muhtemel sebepler düşünülmelidir. Laparoskopik cerrahi sonrası metastatik hastalık gelişmesinin potansiyel mekanizmaları şunlardır: hematogen yayılım, kanserli dokunun traksiyonu sırasında direk yaraya yayılım, tümör hücrelerinin basınç altında havada uçuşması, yetersiz cerrahi deneyim, pnömoperitonium'un etkisiyle doku diseksiyonu ile birlikte bozulmuş veya retrograd lenfatik ve venöz akımdır (6). Çok

uzun operasyon süreleri (7-10 saat) bu ihtimalleri kolaylaştırabilir. O zaman uzun süren vakalarda laparoskopik potansiyel tehlike mi yaratıyor sorusu gündeme gelmektedir.

İlginç noktalardan birisi de Tuerek'in (2) kendi benzer çalışmasında laparoskopik sistoprostatektomi sonuçlarının açık cerrahiye benzer olduğunu ve dolayısıyla da onkolojik olarak güvenli bir yöntem olduğunu bildirmesine karşın, bu makale için yaptığı editöryal yorumunda otörleri sonuçlarını dürüstçe verdikleri için kutlamasıdır.

Sonuç olarak yeterli sayıda hasta, prospektif, randomize ve uzun dönemli takipleri içeren çalışmalar olmadan bu tekniğin uygunluğu konusunda tartışmalar devam edecektir.

#### Kaynaklar

1. Chahal R, Sundaram SK, Iddenden R, Forman DF, Weston PM, Harrison SC. A study of the morbidity, mortality and long-term survival following radical cystectomy and radical radiotherapy in the treatment of invasive bladder cancer in Yorkshire. *Eur Urol.* 2003; 43(3): 246-57.
2. Deger S and Peters R, Roigas J, Wille AH, Tuerk IA, Loening SA. Laparoscopic radical cystectomy with continent urinary diversion (rectosigmoid pouch) performed completely intracorporeally: an intermediate functional and oncologic analysis. *Urology.* 2004;64(5):935-9.
3. Moizadeh A and Gill IS. Laparoscopic radical cystectomy with urinary diversion. *Curr Opin Urol.* 2004;14(2):83-7.
4. Gill IS, Sung GT, Hobart MG, Savage SJ, Meraney AM, Schweizer DK, Klein EA, Novick AC. Laparoscopic radical nephroureterectomy for upper tract transitional cell carcinoma: the Cleveland Clinic experience. *J Urol.* 2000;164(5):1513-22.
5. Stockle M, Alken P, Engelman U, Jacobi GH, Reidmiller H, Hohenfellner R. Radical cystectomy-often too late? *Eur Urol.* 1987;13(6):361-7.
6. Ziprin P, Ridgway PF, Peck DH, Darzi AW. The theories and realities of port-site metastases: a critical appraisal. *J Am Coll Surg.* 2002 Sep; 195(3):395-408.