

İtalyan Koloproktoloji Toplantısından Notlar

Notes from Italian Coloproctology Meeting

MEHMET TÜRKER BULUT

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul - Türkiye

Bu yazıda 24-26 Mart 2014 tarihleri arasında Torino/İtalya'da gerçekleştirilen '13. International Coloproctology Meeting' oturumlarından izlenimler aktarılmaya çalışılmıştır.

Torino Incontra Conference Centre'nin yaklaşık 350 kişilik nispeten küçük bir salonunda gerçekleşen toplantıya İtalyan meslekdaşlarımızın ilgisi oldukça yüksek idi.

Rektal kanser başlıklı ilk oturumda ilk konuşmacı Dr. Brennan Moran 'Abdominoperineal eksizyonda standart nedir?' başlıklı konuşmasında distal rektum tümörlerinde abdominoperineal eksizyonun ekstralevator disseksiyonla yapılmasının artık standart olduğunu ve 'ELAPE' olarak adlandırılmasının daha uygun olacağını anlattı. 'Ulusal kayıt sistemi nasıl kurulur?' başlıklı konuşmasında Norveç'ten Dr. Arne Wibe, Colorectal Dis. 2006'da yayınladığı yazısının devamı niteliğinde konuşmasını yaptı. Norveç Rektum Ca Registry için 1993 yılında başlayan çalışmalarının ilk olarak cerrah-onkolog-patolog ve radyologlardan oluşan bir 'Steering Board' oluşturulması ile başladıklarını, ulusal

workshoplarla cerrahlara eğitim verildiğini anlattı. 1993-1999 yılları arasında hastane bazında lokal rekürrens oranlarını çıkardıklarını şemalarla gösterdi. Oluşturulan kılavuzların her hastanede radyolog, onkolog ve patoloğlarla her disiplinde uygulanması için çalışma yaptıklarını söyledi. Hekimlerin yetkinliği kadar, hastanelerin de teknik altyapı standartlarını sağlamaları gerektiğini belirtti. Bu sayede Norveçte rektum kanserinde sağkalımın 1993 yılında %60'dan 2009 yılında %76'ya çıktığını, lokal rekürrensin de %13-16'dan %4-6 aralığına indiğini gösterdi. Ancak neoadjuvan radyoterapi protokollerinin yaygın uygulanması sonucu uzun dönemde ikincil kanser sıklığının %4.7'den %9.6'ya yükseldiğini belirtti. Bu standartların uygulanmasının maliyeti, kurtarılan hayat başına 5000 auro olarak hesaplanmıştı.

Tedavi standartlarının oluşturulmasında cerrahın

Başvuru Tarihi: 14.04.2014, Kabul Tarihi: 16.04.2014

Dr. Mehmet Türker Bulut
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı 34104 İstanbul - Türkiye
Tel: 0532.2959715 - 0212.4142000/31184
e-mail: tbulut@istanbul.edu.tr

Kolon Rektum Hast Derg 2014;24:70-73



13. International Coloproctology Meeting,
Torino/İtalya

yetkinliği kadar hastanenin yetkinliğinin de önemli olduğu altı çizildi. Hastane yöneticilerinin ve klinik yöneticilerinin sonuçlardan sorumlu tutulduğu, kötü sonuçlara yaptırım uygulandığı anlatıldı. Bu arada her kliniğin sonuçlarını göstermek zorunda olduğu bir sistem kurulmuştu. Bu sistemin zayıf tarafı ise merkezleşmenin yarattığı sorunlar idi.

“APE ve low anterior rezeksiyon sonrası yaşam kalitesi” konuşmasında Dr.Salvatore Puciarelli, temel olarak Padovada oluşturulan ve Ann Surg 2011’de yayımlanan standartları ve Cornish J: Ann Surg Oncol 2007’de yayımlanan kriterlerden bahsetti.

“Kemoradyoterapiye cevap: bekle ve gör” başlığında Sao Paolo’dan Dr. Rodrigo Perez önemli bir konuşma yaptı. Neoadjuvan KRT sonrası cevabın ne zaman değerlendirilmesi gerektiği konusunda çoğu merkezde 6 haftalık sürenin 8 haftaya çıktığını, kendileri ve Cleveland Klinik gibi öncü merkezlerin bu süreyi 12 haftaya çıkardığını söyledi. Neoadjuvan KRT sonrası cevabın nasıl değerlendirilmesi gerektiği konusunda endoskopi-biyopsi ve CEA’ya güvenilmemesi gerektiği ve en iyi yöntemin diffüzyon MRI ile (%94) sağlandığı, PET/BT’nin 12 haftada %85’e ulaşabildiğini anlattı. 5400Gy neoadjuvan RT ile tam cevabın %65’e çıktığını, bunun sonraki yıllarda %51’e düştüğünü nüks eden vakaların kurtarma cerrahisi ile tedavi edilebileceğini belirtti.

Daha sonra Dr. Steven Wexner “2014 yılında Rektum Kanserine Yaklaşım Stratejisi” başlıklı konuşmasında ABD’de yeni oluşturulan sağlık sistemini ‘Unaffordable Care of Act’ e benzetti. Ve cerrahların ameliyat

endikasyonlarını ‘nabız atan hasta’ ile sınırladıklarını anlattı. ABD’deki 25000 genel cerrahtan yalnız 2000’inin kolorektal cerrah olduğunu belirtti. Kuzey Amerikada MR’ın standart evreleme yöntemi olduğunu gösterdi. Rektum kanserine yaklaşımda Avrupanın gerisinde kaldıklarını söyledi. Yalnızca Garcia-Aguilar’ın neoadj. tedavi sonrası 4. haftada cevap değerlendirmesi yaptığını, cevapsızların 6. haftada ameliyata alındığını, cevap gösterenlerde KT altında 12.haftada tekrar değerlendirildiğini belirtti. Bu yöntemin diğer merkezlerde pek kabul görmediğini itiraf etti. Konuşmasında iki yayını refere etti: Rullier E, DCR 2013, Ricciardi R, DCR 2011. İngilterede santralizasyon-standardizasyon-eğitim sürecine girildiğini anlattı. Kendileri OSTRiCh grubu başlığı ile konsorsiyum oluşturduklarını, bununla mükemmeliyet merkezleri oluşturmak istediklerini, bunun da olmazsa olmazının multidisipliner ekipler olduğunu belirtti.

Cleveland Kliniği - Florida’dan Dr. Mariana Berho “Gen mutasyonu ve Barsak kanseri: Kaç değişik barsak kanseri var?” başlıklı konuşmasında: prognostik belirteçler ile prediktif belirteçlerin farklı olduğunu, TNM sınıflamasının halen en iyi prediktif araç olduğunu, TNM 7.baskısının getirdiği sorunların önümüzdeki versiyonda düzeltilmesi gerekeceğini söyledi. Kolorektal kanserin (KRK) kemoterapi altında hala %35 oranında nüks ettiğini, QUASAR Lancet 2007 çalışmasında adjuvan kemoterapinin %3 fayda gösterdiğini belirtti. Kolorektal kanserin moleküler sınıflamasında halen üç değişik tümör tipi olduğunu:

1. Onkojen - tümör supresör yollar (APC, WNT genleri) KRK’in %70’inden sorumludur. DCC, SMAD4 PETA3 trial, Walther, Gut 2008
2. Anormal DNA tamiri (MSI pathway) ile %20’sinin oluştuğunu; MLH1-PMS2, MSH2-MSH6 eşleşmeleri öncü olmaktadır. MSI-H tümörler genellikle sağ kolon tutulumlu, düşük riskli tümörlerdir. Evre II’de kemoterapi gerekmez, ayrıca 5-FU’e dirençli tümörlerdir. Bu grup Lynch sendromu ile %2-3 veya sporadik %12-13 karşımıza çıkabilir. MSI-H tümörler PCR ile veya patolojide immünboyama yöntemleri ile saptanabilmektedir. Bethesda kriterleri Lynch sendromunu %15 oranında kaçırdığı için genetik testler önerilmiştir. Maliyet etkinliği konusu tartışılmaktadır. EGAPP group, GenMed 2010.
3. Epigenetik anormallikler: CpG methylator pathway

%10 KRK'de görülür. BRAF+, yaşlı kadında, sağ kolonda, müsinöz - kötü diferansiye olup, peritoneal metastaz yapmaya eğilimlidirler Jover, Gastroent 2011. Hedefe yönelik tedaviler şu anda çok tartışmalıdır. AntiEGFR antikorları %10 metastatik hasrada fayda gösterir, wild type'da %40'ı fayda görür Peeters M, J Clin Oncol 2010. Kanseri anlamakta güçlük çekiyoruz. Molecular crosstalk olayı De Roock W, Lancet Oncol 2010da yayınlandı. Tümör içi klonlar vardır ve bu tümör heterojenitesine yol açar. Ayrıca stromal hücrelerle tümör hücreleri arasındaki ilişki yeni ortaya konmaktadır. Giderek herkesin genetik imzaları çıkarılabilmektedir. Mikroarray analiz yapan - GeneFx - Coloprint - Oncotype Dx metodları piyasaya sürülmüştür. Şu an için tek prediktif marker MSI analizidir, klinikte kullanılan tek marker ise KRAS mutasyonudur. "Robotik Cerrahi - Tekniğin Değerlendirilmesi" başlığı ile Leeds'ten Dr. David Jayne dünyada robot kullanan merkezlerin ABD'de 2000 civarında, Avrupa'da 443, Asya'da 240 olduğunu belirtti. Robotların en sık Ürolojide, daha sonra Jinekolojide ve sonra da Genel Cerrahide kullanıldığını anlattı. Bir robot'un sermaye maliyetini 1,7 milyon£ olarak verdi. Bir meta-analiz: Ortiz-Oshiro E 2012 Int J Med Robotics. 3D optik sistemi sinir yapılarının korunması ile mesane ve seksüel fonksiyonlarda koruyucu olabileceğinin ileri sürüldüğünü refere etti Jong Yeoo Kim 2012 Ann Surg Oncol. Bu arada ROLARR çalışması sürmekte, bu çalışma herkese açık, katılabilme kriterleri en az 30 rektal rezeksiyon (10 laparoskopik, 10 robotik) imiş. Çalışmanın bu safhasında Güney Kore'nin çalışmayı domine ettiğini, ancak hasta katkısı ve data transfer sorunları çıktığını, bu sebeple bu ülkeyi yeniden değerlendirdiklerini söyledi. ABD'de ise patologların ek ücret talep ettiklerini ve bunu anlayamadıklarını anlattı. Çalışma 400 vakada sonuçlandırılacak imiş.

Dr. David Jayne öğleden sonra "Anastomoz Kaçağı" başlıklı konferansında yeni bir yöntem olarak anastomoz bölgesinde barsak duvarı kanlanmasını belirlemek amacıyla indocyanine green verilerek floresan ışığı altında değerlendirildiğini, 'Pinpoint' ve 'Firefly' teknikleri ile laparoskopide ve robotta floresans uygulaması yapılabildiğini açıkladı, ayrıca anastomozu güçlendirmek amacıyla üzerine mesh sarıp yapıstırıcı sıkma modeli olduğunu anlattı. İngiltere'de genel olarak

anastomoz kaçağı oranının %5 civarında olduğunu, kolon anastomozlarında %7, rektum anastomozlarında %10 kaçak bulunduğunu belirtti. 'Hollanda kaçak skor sistemi' DULK klinikte kullanılabilecek faydalı bir sistem gibi görünmektedir den Dulk M, Colorectal Dis 2013. Anastomozun iskemik fazında en etkili marker kan laktat seviyesi, kontaminasyon fazında ise E coli'nin tespiti. CRP, peritoneal sitokinler (ELİSA), lipopolisakkaritler (LPS) de anastomoz kaçağının erken tespitinde kullanılan yöntemlerdir. Yeni geliştirilen "Biosensor" cihazı, anastomoz çevresine yerleştirilen ince bir dializ kateterinden 4 saatte bir alınan örneklerden kaçak olup olmadığını gösterebilmektedir.

"Fekal İnkontinens" oturumunda Dr. Donato Altomare revize FI Skor sistemini açıkladı. TAPE skoru (Three Axis Peritoneal Exam) programı ile pelvik fonksiyonların topyekün değerlendirilmesini amaçladıklarını anlattı Colorectal Dis, 2014. Dr.Ezio Ganio "Sakral sinir stimülasyonu" ile ilgili net bir sonuç raporu bulunmadığını, bu konuda ITT analizi gerektiğini söyledi. ICI 2012 algoritmasından bahsetti. NICE 2007 ve ASCRS 2007 öneri listelerinin geçerli olduğunu belirtti. Dr. Carlo Ratto "Gatekeeper" implantı ile %20 oranında tam kontinens sağlanabileceğini ve artık 4 yerine 6 implant koyduklarını söyledi. Dr. Steven Wexner "SECCA" tedavisinin 1/hafta hafif inkontinensi olanlara uygulanabileceğini, sedasyon altında ayaktan uyguladıklarını, ASCRS Task Force'da Grade 2B olarak değerlendirdiklerini belirtti. Dr. R O'Connell "İnkontinens strateji" başlıklı konuşmasında Multidisipliner Takım'da Jinokolog/Ürolog/Kontinens Hemşiresi/Radyolog/Fizyoterapist ve Diyetisyen bulunduğunu, yaşam kalitesi değerlendirmeleri yaptıklarını, her hastaya anal manometri ve EAUS yapılmasını tartıştıklarını anlattı. Sfinkteroplastinin erken dönemde başarısız olmasını kötü hasta seçimine bağladıklarını, 8-10 yıl sonra başarı oranının daha da düştüğünü, en etkili sfinkteroplastinin cloaka deformitesi olan hastalarda sağlandığını söyledi. Ohio Cleveland'da biyolojik implantlarla Tiersch yapıldığını, SNS metodunun en çok duyuşal fonksiyonları geliştirdiğini, kortikal farkındalığı da arttırdığını söyledi. Tibial sinir stimülasyonu ile ilgili SUSTAIN çalışmasının beklendiğini belirtti. Yapay sfinkter uygulamalarında tıkanma ve boşalma sorunları gördüklerini, yeni manyetik sfinkter Fenix'in denendiğini anlatarak bitirdi.

Dr. Tim Oresland, “Biyolojik ilaçlar çağında İBH” konuşmasında infliximab’ın İtalyan ve İsveç çalışmalarında cerrahi ihtiyacını değiştirmede, steroidlerin kolektomiye azaltılabileceğini kaydetti. Biyolojik ilaçların cerrahi komplikasyonları etkilemediğini?, çalışmaların endüstri tarafından finanse edildiğini, biyolojiklerin etkisinin 52 haftadan sonra ortadan kalktığını söyledi. İBH cerrahisinde TAMİS + tek port tekniği uygulanmaya başladığını, Koch pouch’un iyi ellerde etkili olduğunu söyledi. Dr. D’Hoore poş cerrahisinde ECCO kılavuzunun takip edildiğini, steroid kullananlarda poş yapılmaması gerektiğini, indeterminate kolitte subtotal kolektomi yapıp takip edilmesini ve tablo netleşince poş cerrahisi yapılması gerektiğini anlattı. İngiltere’de “ACPGBI” İleal Poş Kayıt Sistemi kurulduğunu ve herkese açık olduğunu açıkladı. “Metastatik kolon kanserinde önce kemoterapi mi?” başlıklı konuşmasında Dr. Alessandro Comandone, hangi kemoterapi ve ne zaman cerrahi sorularının gündemde olduğunu belirttikten sonra ESMO kılavuzu, Crystal çalışması, OPUS çalışması, EORTC çalışması, CELIM çalışmasını slaytlarında gösterdi. MD Anderson’un KT ile oluşan toksisitede ‘mavi karaciğer

sendromu’ oluştuğu tespiti ve sonuç olarak kemoterapinin rezektabiliteyi %16 oranında arttırdığını saptadı. Dr. Rodrigo Perez “T4 hastalık” başlıklı konuşmasında T4a’da HIPEC, T4b’de multivisseral rezeksiyon, N0 vakalarda lenfadenektominin sonucu iyileştirdiği, ve T4’de neoadjuvan KT’nin bazı vakalarda etkili olabileceğini belirtti.

“Fistula-in-ano: genel bakış ve yeni tedaviler” başlıklı konferansında Dr. Robin Phillips, anal fistüllerde FISH tekniği ile yaptıkları mikroskopik çalışmaları ve fistül traktında bakteri olmadığı tespitini yaptıktan sonra ilerletici flep ve LIFT tekniklerinde intersfinkterik mesafenin MR ile ‘temiz’ olduğundan emin olunması gerektiğini anlattı. İlerletici flep’in rektum duvarında intussusepsiyon veya perineal descent olan hastalarda kolaylıkla uygulanabileceğini tarif etti. Yapıştırıcı uygulanacak vakalarda da STIR scan MRI uygulanması gerektiğini, fistula plug’ın Cleveland’da %16 oranında başarılı olduğunu, FiLaC lazer ve VAAFT tekniklerinden umudu olmadığını belirtti. Anal fistül cerrahisinin sonuçlarının MR incelemesi ile doğrulanması gerektiğini söyledi.