

Laparoskopik silindirik abdominoperineal rezeksiyon

Laparoscopic cylindrical abdominoperineal resection

ETHEM GEÇİM¹, KAMİL GÜLPINAR², TURGUT AYDIN², NECMETTİN ÜNAL³

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ²Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

Rektum kanserlerinde abdominoperineal rezeksiyon anterior rezeksiyona göre daha yüksek lokal nüks ve daha düşük sağ kalım oranlarına sahip olmaya devam etmektedir. Aşağı yerleşimli rektal kanserlerde prone pozisyonda yapılan silindirik abdominoperineal rezeksiyonda tümörün çevresinden daha geniş doku ile birlikte çıkarılmasıyla, çevresel rezeksiyon sınırı sağlanır, intraoperatif perforasyonlar azalır, bu da hastalığın lokal nüksünü azaltır. Bu vakada daha az kan kaybı, normal diyetle daha hızlı dönme, daha az ağrı, daha az narkotik kullanılması, daha düşük morbidite ve daha iyi yaşam kalitesi sağlanması nedeniyle operasyonun abdominal bölümü laparoskopik olarak gerçekleştirildi.

Hasta Lloyd-Davis pozisyonunda yatırıldı. Göbek üzerinden bir adet 10-12 mm boyutunda, sağ arkus kostariumun altından ön aksiler çizgiden 5 mm boyutunda ve sağ spina iliaca anterior superiorun 3 cm üzerinden 10-12 mm boyutunda ve sol fossa iliacadan 5 mm boyutunda 4 adet torakarla karına girildi. Diseksiyon LigaSure Atlas (valleylab's vessel sealing system, Tyco Healthcare, Istanbul, Turkey) ile yapıldı. İnférieur

mesenterik ven diseksiyonu sonrasında inen kolon ve sigmoid kolon mobilize edildi. Genitofemoral sinir, sol üreter ve gonadal damarlar görünerek korundu. İnférieur mesenterik arter kliplenip kesildi. Pelvik peritoneal foldun insizyonu ile rektum diseksiyonuna başlandı. Waldayer fasyası ile rektal faysa arasından mezorektal eksizyona başlandı. Avasküler sahalardan keskin diseksiyonla levatorlara doğru inildi, bu sırada hipogastrik sinir görünerek korundu. Ardından inen kolon mezosu inceltirilerek endoGIA 45 ile rezeksiyon yapıldı. Ardından ciltten sirküler kesi yapılarak proksimal kolon karın dışına alındı, torkarlar çekilip karın içi hava boşaltıldı. Bunu takiben hasta prone pozisyona çevrilip genişletilmiş perineal diseksiyona başlandı. Bu diseksiyona sfinkter kompleksi ve levatorların pelvik yan duvardan kaynaklanan noktaya kadar olan inferior yüzeyide dahildir. Koksikte spesimenle birlikte çıkarılarak diseksiyonun görüntü genişliği artırıldı.

Uygulanan tekniğin video sunumu DVD olarak derginin ekinde yer almaktadır..