



# Transanal Kitle Eksizyonunda Endo-GİA Stapler Kullanımı: Olgu Sunumu

## Use of Endo-GIA Stapler in Transanal Mass Excision: Case Report

© Şahin Kaymak, © Mehmet Demir, © Mustafa Tahir Özer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

### ÖZ

Rektum kanseri kolorektal kanserlerin yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Rektum duvarında submukozaya uzanan ancak submukozayı aşmamış tümörlere erken rektum kanseri denir. T1 ve T2 erken evre distal rektum kanserleri anal yoldan (transanal) lokal eksizyonla tedavi edilebilirler. Bu olgu sunumunda, anal kanala 6 cm mesafedeki intramukozal adenokarsinoma tanılı vejetan kitleye abdominoperineal rezeksiyon önerilen ancak bu teklifi kabul etmeyip kliniğimize müracaat eden 64 yaşındaki bayan hastaya Endogistapler kullanarak uyguladığımız transanal rezeksiyon deneyimimizi sunmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Transanal, Kitle, Endo-GİA

### ABSTRACT

Rectal cancers comprise approximately 1/3 of colorectal cancers. Tumors that treach the submucosa on the rectum wall but do not overcome the submucosa are called early rectal cancers. T1 and T2 early-stage rectal cancers can be treated by transanal local excision. In this case report we present a 64-year old patient with a vegetating mass, 6 cm from anal verge, diagnosed with intramucosal adenocarcinoma. The suggested operational procedure was abdominoperineal resection, which she did not consent and referred to our clinic. She was performed a transanal resection the tumor using an Endogistapler.

**Keywords:** Transanal, mass, Endo-GIA

### Giriş

Tüm kanserler içerisinde kolorektal kanserler en sık görülen 3. kanserdir. Kolorektal kanserlerin yaklaşık 1/3'ünü rektum kanseri oluşturmaktadır.<sup>1,2</sup> Rektum kanserinde tümör yayılımına ve cerrahi olarak tümörün tamamen çıkarılıp çıkarılamayacağına göre çeşitli tanımlamalar kullanılmaktadır. Submukozaya kadar uzanan fakat submukozayı aşmamış T1 rektum tümörleri için erken rektum kanseri terminolojisi kullanılır.<sup>3</sup> T1 ve T2 distal rektum kanserleri anal yoldan (trans anal) lokal eksizyonla tedavi edilebilirler.<sup>4</sup> Ayrıca transanal lokal eksizyon yandaş hastalıkları nedeniyle majör abdominal operasyonu tolere edemeyecek hastalarda, abdominoperineal rezeksiyon (APR) ameliyatını kabul etmeyen hastalarda, yaygın uzak metastaz

nedeniyle kısa yaşam beklentisi olanlarda uygulanabilecek düşük morbiditesi olan bir girişimdir. Lokal eksizyon için transanal yol en çok kullanılan yöntemdir. Geleneksel transanal yaklaşım ile distal ve orta rektum yerleşimli (anal verge'den 10 cm proksimale kadar) tümörlere ulaşılabilir. Bu yaklaşımda amaç tam kat eksizyon tekniği ile rektum kanserinin minimum 1 cm lateral sınırlarla ve rektal yağ dokusuna kadar uzanan bir derinlikte; temiz cerrahi sınırla çıkarılmasıdır. Geride kalan defekt primer kapatılır. Eksizyon sınırları temiz gelmez ise radikal rezeksiyon düşünülür.<sup>5,6,7</sup>

Bazı yazarlar, geniş rektal adenomların gastrointestinal anastomoz (GIA) zımbalayıcıları ile transanal çıkarılmasını tarif etmiş ve endoskopik lineer zımba-kesicinin optimal sonuçlarla eksizyona nasıl uyarlanabileceğini göstermişlerdir.<sup>8,9,10,11,12</sup>



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Şahin Kaymak,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
Tel: +90 532 333 41 14 E-posta: sahinkaymak@hotmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4717-5791  
Geliş Tarihi/Received: 01.06.2018 Kabul Tarihi/Accepted: 30.07.2018

Transanal Endo-GiA rektumun alt ve orta kısmındaki büyük sesil lezyonlarda ve orta veya şiddetli displazik villöz poliplerde ya da karsinoma in-situ da kullanılabilir.

Biz bu makalede transanal yaklaşım ile Endo-GiA stapler (Endo-GiA™ reinforced reload with tri-staple™ technology/ medtronic/United States Surgical Corp.) kullanarak rezeke ettiğimiz bir karsinoma in-situ olgusunu sunarak yöntemi ve kullanılabilirliğini bir kez daha hatırlatmak istedik.

## Olgu Sunumu

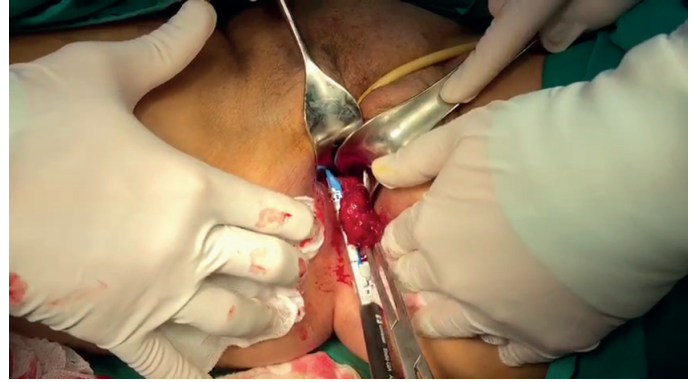
Altmış dört yaşında bayan hastaya rektal kanama, rektal dolgunluk hissi ve tenesmus şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde kolonoskopi tetkiki yapılmıştır. Kolonoskopide, rektosigmoid bölgede ve rektum proksimalinde polipler, ampulla rektide geniş tabanlı vejetan kitle görülmüştür. Poliplere eksizyon, vejetan kitleden ise multiple biyopsiler alınmıştır. Patoloji sonucu; eksize edilen polip için geniş alanlarda high grade displazili tübülovillöz adenom yapısı (yüksek dereceli displazili tübülovillöz adenom zemininde gelişmiş intramukozal adenokarsinom), birkaç mikroskobik alanda lamina propriaya doğru kribriformite oluşturan tümöral doku yapısı, sap invazyonu yok, taban cerrahi sınır intakt olarak raporlanmıştır. Vejetan kitleden alınan biyopsiler için belirgin polip yapısı izlenmemiş olup örnekler fragmente ve high grade displazi içeren görünümde olup birkaç mikroskobik alanda lamina propriaya doğru kribriformite oluşturan tümöral doku (intramukozal adenokarsinom) olarak raporlanmıştır. Hastanın dış merkezde çekilen abdominal manyetik rezonans görüntüleme tetkikinde; rektumda anal kanaldan 6 cm proksimalde posterior duvarda 36x26x19 mm ebatlarında lobüle konturlu kitle. Mezorektal ve prerektal fasya korunmuştur. Perirektal 4-7 mm çaplı malignite kriteri taşımayan 7 adet LAP mevcuttur. Diğer organ ve yapıların görünüşleri normal olarak değerlendirilmiş. Hastaya dış merkezde APR ameliyatı önerilmiş, fakat hasta bu ameliyatı kabul etmeyerek sfinkter koruyucu bir ameliyat için kliniğimize başvurmuştur. Preoperatif değerlendirme sonrasında T1 rektum tümörü olan hastaya, hastalığının seyri ve olası tüm riskler hakkında bilgi verilerek transanal kitle eksizyonu önerildi. Hastaya litotomi pozisyonunda transanal yaklaşımla Endoskopik GiA stapler ile kitle rezeksiyonu yapıldı (Resim 1,2,3 ve 4). İşlem sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta ikinci günde taburcu edildi. Çıkarılan dokunun patoloji sonucu “intramukozal karsinom içeren yüksek displazili tübülovillöz adenoma, intramukozal karsinom odağı 0,3 cm, örnekte stromal invazyon ve sap invazyonu görülmemiştir, çevresel sınırlar ve taban sınırı salimdir” şeklinde raporlanmıştır. Ameliyat sonrasında hastaya adjuvan tedavi (kemoradyoterapi) planlanmadı.



Resim 1. Kitlenin işlem öncesi görünümü



Resim 2. Kitleye Endo-GiA stapler ile rezeksiyon yapma işleminin görünümü



Resim 3. Kitleye Endo-GiA stapler ile rezeksiyon yapma işleminin görünümü



Resim 4. Rezeksiyon sonrası kitlenin görünümü

Olgu sunumu olarak sunulması konusunda hastanın onamı alındı. Hastanın 5 aylık takibi süresince yapılan kontrollerinde komplikasyon veya erken dönem lokal nüks düşündürür bulguya rastlanmadı.

## Tartışma

Alt ve orta rektumdaki kitlelerde Endo-GİA kullanımı için ana endikasyon benign tümörlerin eksizyonudur fakat in-situ karsinoma olgularında da radikal onkolojik cerrahi başarı ile yapılabilir. <sup>13</sup> T1 rektum kanserinde total mezorektal eksizyonun (TME) daha güvenli bir teknik olduğu gösterildiği için tercih edilen yöntem bu olmalıdır. <sup>14</sup> Fakat biz hastamızın sfikter koruyucu ameliyat tercihi nedeniyle transanal kitle eksizyonu ameliyatı yaptık. Aslında transanal kitle eksizyonu ile TME'yi kıyaslamak doğru bir yaklaşım değildir. Ancak, Endo-GİA ile transanal rezeksiyon, konvansiyonel transanal eksizyon ve transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM) ile kıyaslanabilir. Yapılan kıyaslama sonucunda Endo-GİA kullanımıyla:

- Düşük komplikasyon riski,
- İşlem boyunca kanamanın az veya hiç olmaması,
- Nonkomplike bir postopetatif dönem ve daha kısa ameliyat süresi,
- Daima tek aşamalı prosedür,
- Daha erken oral alım,
- Daha kısa hastanede kalış süresi,
- Postoperatif daha az ağrı,
- Analiz için daha temiz cerrahi sınır elde edilmiştir. <sup>13</sup>

Endo-GİA ile transanal rezeksiyonda cerrahi teknik açısından lezyona daha kolay erişilir. Bu avantaj konvansiyonel transanal eksizyon ve TEM ile kıyaslandığında çok belirgindir. Ayrıca Endo-GİA her yerde bulunmayan ve pahalı olan TEM cihazına göre daha ucuz, temini ve uygulanabilirliği daha kolay bir cihazdır. Endo-GİA kullanımıyla ilgili iki dezavantaj mevcuttur. Bunlar; lezyonun anal kanala olan mesafesi 10 cm'den fazla olduğunda kullanılamaması ve maliyetinin transanal konvansiyonel eksizyondan daha yüksek olmasıdır. Diğer taraftan bu teknik sayesinde, patolojide tümör hücreleri içeren bir cerrahi sınır ya da T1'den daha büyük bir tümör çıkması durumunda herhangi bir başka komplikasyon olmaksızın transabdominal bir yaklaşımla radikal bir cerrahi gerçekleştirilebilir. <sup>13</sup>

Evrelemesi iyi yapılmış ve invazyon düşünülmemen seçilmiş uygun vakalarda, hasta majör cerrahiye veya ostomiye kabul etmediği takdirde transanal kitle eksizyonu uygun bir cerrahi tekniktir. Biz cerrahi teknik açısından diğer yöntemlere olan avantajları nedeniyle endoskopik stapler kullanımını böyle uygun olgularda önermekteyiz.

## Etik

**Hasta Onamı:** Olgu sunumu olarak sunulması konusunda hastanın onamı alındı.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

## Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve medikal uygulama: M.T.Ö., Ş.K., Konsept: Ş.K., Dizayn: Ş.K., Veri Toplama veya işleme: Ş.K., M.D., Analiz veya Yorumlama: M.T.Ö., Ş.K., Literatür Arama: Ş.K., Yazan: Ş.K., M.T.Ö.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

## Kaynaklar

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.
2. Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancerstatistics, 2008. CA Cancer J Clin 2008;58:71-96.
3. Liebig-Hörl G, Puchner C, Gerken M, Klinkhammer-Schalke M, Fürst A. Treatment strategy for early stage rectal cancer (T1 carcinoma). Chirurg 2018;89:358-364.
4. Gimbel MI, Paty PB. A current perspective on local excision of rectal cancer. Clin Colorectal Cancer 2004;4:26.
5. Christoforidis, D, Cho, HM, Dixon, MR, Mellgren AF, Madoff RD, Finne CO. Transanal endoscopic micro surgery versus conventional transanal excision for patients with early rectal cancer. Ann Surg 2009;249:776-782.
6. Borschitz, T, Gockel, I, Kiesslich, R, Junginger, T. Oncological outcome after local excision of rectal carcinomas. Ann Surg Oncol 2008;15:3101.
7. Christoforidis, D, Cho, HM, Dixon, MR, Mellgren AF, Madoff RD, Finne CO. Transanal endoscopic micro surgery versus conventional transanal excision for patients with early rectal cancer. Ann Surg 2009;249:776-782.
8. Pelissier E, Meyer JM. Transanalexcision of villoustumours. Value of the GIA automatic suture clamp. Nouv Presse Med 1979;8:3659-3660.
9. Bailly J, Letessier E, Visset J. [Transanal excision of villous tumors. Value of the Endo-GIA 30 Multifireclamp]. Presse Med 1993;22:429-430.
10. Pol B, Hardwigen J, Cano N, Maillot A. [Transanal excision of rectal tumors. New applications of the endo-GIA forceps]. Presse Med 1996;25:888-890.
11. Qureshi MA, Monson JR, Lee PW. Transanal MULTIFIRE ENDO GIA technique for rectal polyp ectomy. Dis Colon Rectum 1997;40:116.
12. Allison SI, Adedeji A, Varma JS. Per anal excision of large rectal adenomas using an endoscopic stapler. J R Coll Surg Edinb 2001;46:290-291.
13. Monalto G, Polinari U, Ausania F, Pende V, Coppola R, Allegri C. Role of the endo-GIA stapler in transanal excision of rectal tumours. Can J Surg 2008;51:E42-43.
14. Bentrem DJ, Okabe S, Wong WD, Guillem JG, Weiser MR, Temple LK, Ben-Porat LS, Minsky BD, Cohen AM, Paty PB. T1 adeno carcinoma of the rectum: transanal excision or radical surgery? Ann Surg 2005;242:472-477; discussion 477-479.