

Aşağı Anterior Rezeksiyon Vakalarında Stapler ve El ile Yapılan Anostomozların Karşılaştırılması

THE STAPLED COLORECTAL ANASTOMOSIS COMPARED WITH THE SUTURED ANASTOMOSIS IN LOW ANTERIOR RESECTION

Dr.H.Fuat ATALAY, Dr.Musa AKOĞLU, Dr.Tevlik Altan AKINCI Of, Mi, Dr.Haldun GÜNDOĞDU, Dr.Vedat KIRIMLIOĞLU, Dr.Onay GÜNEŞ, Dr.Orhan ELBİR, Dr.Canbek SEVEN

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği. ANKARA

ÖZET

Kliniğimizde Ağustos 1988 ile Aralık 1990 tarihleri arasında; midrektal lokalizasyonlu, 11'i erkek (%44), 14'i kadın (%56) toplam 25 rektum tümörlü hastaya aşağı anterior rezeksiyon uygulanmıştır. Tümörün diferansiyasyonu ve anoderme olan uzaklığı; preoperatif rektoskopi ve biopsi ile ıesbit edilmiştir. Rezeksiyon; diferansiyasyonu kötü olan tümörlerde tümör kenarından 5 cm, diferansiyasyonu iyi olan tümörlerde ise 2-3 cm distalden uygulanmıştır. Sindirim kanalı devamlılığı; 15 olguda (%60) manuel, 10 olguda (%40) EEA stapler ile uç-uca anostomoz yapılarak sağlanmıştır.

Bu iki grubun erken postoperatif sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Anostomozu manuel uygulandığı grupta morbidite %40, mortalite (%); stapler ile uygulandığı grupta morbidite %30, mortalite (%)(olarak gözlenmiştir. İki grubun arasında önemli bir farklılık gözlenmemesine karşılık, rezeksiyonun daha distalden yapılabilmesi; operasyonda hem sürenin kısalması, hem de teknik uygulamanın kolaylığı açısından EEA stapler ile yapılan anostomoz daha üstün bulunmuştur.

Postoperatif takibi ortalama 9 ay (3-30 ay) yapılabilmiş, lokal nüks ve benign darlık gelişimi manuel anostomoz grubunda biraz daha fazla teshil edilmiştir (3 olgu - %20).

Anahtar Kelimeler: Midrektal tümör. Aşağı anterior rezeksiyon, I:U A stapler.

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991.2:243-248

Geliş Tarihi: 21.3.1991

Kabul Tarihi: 16.9.1991

Yazışma Adresi: Doc.Dr.Fuat.ATA1.AY

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği
ANKARA

SUMMARY

Between August 1988 and December 1990, 25 consecutive patients (11 male, 14 female) who had carcinoma which were located in the middle rectum were operated in our department. Preoperative rectoscopic examination and biopsy were used to determine the localization and the differentiation of the tumors. A distal margin of 2 cm had been accepted and resected for adequate clearance in those patients who had well or moderately differentiated lesions. End-to-end colorectal anastomosis were performed manually and using EEA stapling instruments in 15 (60%) and 10 (40%) patients respectively.

These two (manual-stapled) groups were compared with postoperative results including morbidity, mortality, leakage, early recurrence and benign stenosis. There was no difference between them. Our results support stapling technique in sphincter saving operations for anterior resections, because it is easy, quick and can be used for more distally located lesions.

Key Words: Midrectal tumors. Low anterior resection. I:U A staplers.

Turk J Gastroenterohepatol 1991.2:243-248

Kolon ve rektum kanserleri son yıllarda büyük bir artış göstererek, gastrointestinal sistem kanserleri arasında birinci sıraya yükselmiştir. Kadın ve erkekte hemen, hemen eşil görülmektedir. Tüm kanserler arasında erkekte akeğer ve prostat

kanserlerinden sonra üçüncü; kadında meme kanserinden sonra ikinci sıklıkta gözlenmektedir (1,2).

Günümüzde kolon kanserinin cerrahi tedavisi standartlaşmasına rağmen, rektum kanserlerinde uygulanan yöntem ve teknikler değişmektedir (3-8).

Rektum kanserinde cerrahi tedavi, tümörün endoskopik seviyeleri göz önüne alınarak planlanmaktadır (1,9). Üst 1/3 parçasındaki (12-16.5 cm) kanserlerde tedavi anterior rezeksiyon tarzındadır. Distal 1/3 rektumda (0-7 cm) lokalize tümörlerde ise; müsait anatomik yapı haricinde, tedavi abdominoperineal rezeksiyon şeklindedir (1,5,9). Esas sorun orla 1/3 rektum (7-12 cm) tümörlerinde ortaya çıkmaktadır. Midrektal tümörlerde önceleri uygulanan abdominoperineal rezeksiyon, yerini sililikler koruyucu rezeksiyon metotlarına bırakmaktadır (1,8-10).

Midrektal tümörlerde uygulanan aşağı anterior rezeksiyon yine de; hastanın genel durumu, anatomik pelvis yapısı, obesite, cins, tümörün lokalizasyonu, anodernie olan meşalesi ve histopatolojik olarak diferansiasiyonuma bağlıdır (1,9,10). Diferansiasiyonu iyi olan tümörlerde son yıllarda yapılan çalışmalar, distal intramural yayılımın tümör kenarından kızla olmadığını göstermiştir (1,9-12). 5 cm kınalı verine, özellikle Dukcs B'de olan tümörlerde 2-3 em dislalden yapıhıca rezeksiyonum kâfi okluğu belirlenmiştir (1,9-12).

Rezeksiyon sonrası gastroinlestinial sistem devamlılığının sağlanmasıyla el ile anostomoz yapabilmek için puborektal adaleden ilibareni proksimalde en az. 1-1.5 cmTık rektum parçası olmalıdır (9).

Yukarıda bahsedilen koşullarda, bu seviyede el ile anostomoz teknik olarak güçtür. Ayrıca tek veya cilt sıralı anostomoz yapılması bu seviyedeki işlemin süresini de uzatmaktadır.

Rusya'da 1960 n yıllarda geliştirilen SPTU 249 modeli stapler cihazı (1,2,9,13), daha sonra Balıva yayılmış ve daha da geliştirilerek, aşağı anterior rezeksiyon uygulamalarını hem sayı olarak artırmış, hem de daha dislalden anostomoz yapılmasına olanak sağlamışın- (2,9,13,14).

MATERYEL VE FVILTOD

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği ile midrektal

tümörlerde, uygulanan aşağı anterior rezeksiyonda manuel anostomoz ve EEA stapler ile anostomoz yapılan olguları karşılaştırmak amacıyla 1 Ağustos 1988'de çalışmamız başlatılmışın-. 31 Aralık 1990a kadar ameliyat olan 25 olgumuza ait ilk neticeler verilmek istenmiştir. Çalışmamız halen devam etmektedir. Öpere edilen 25 olgudan, 15'inde anostomoz manuel, 10'unda ise EEA stapler (Autostür) 28 ve 31 mm. kullanılarak yapılmıştır. Bu iki grubun erken morbidite, mortalite açısından karşılaştırılmışım Ayrıca hastalar, ortalama 9 ay (3-30ay) takip edilerek, postoperalif lokal nüks ve benign darlık gelişmesine göre değerlendirilmiştir.

Olguların hepsine preoperalif dönemde rektoskopi ve biopsi uygulanmıştır. Tümör kenarının anusten kesin uzaklığı ve histopatolojik olarak diferansiasiyonu icsbil edilmiştir.

Hastalar operasyona 3 gün sulu diet verilerek hazırlanmaya başlanılmıştır. Operasyondan önceki gün oral beslenme kesilip, İV sıvı başlanmıştır. Ayrıca 3-4 kez huile de ricine verilerek; lavman sıvısı berrak gelinceye kadar mekanik yıkama ile kolon temizlenmiştir. Pıollaktik kcmolcrapi olarak; preoperalif üç gün peroral Ornidazol 2x500 mg/gün verilmiş, peroperalif anestezi induksiyonunu takiben seftriakson 1 gr/İV uygulanmış, ayrıca 3 gün daha 1 gr/gün olacak şekilde tekrarlanmıştır.

Operasyonda göbek altı, kısmen göbek üzerine de çıkılan median kesi kullanılmıştır. Diferansiasiyonu kolii lümirlerde rezeksiyon, tümörün mümkün olduğunca 5 cm dislalden; diferansiasiyonu orla ve iyi olan tümörlerde ise 2-3 cm dislalden uygulanmıştır. Anostomoz manuel yapılırken, tek kat 3/0 ipek veya 3/0 De.\on dikiş kullanılmıştır. EEA stapler ile anostomoz uygulanan olgulardan ikisinde 2S mm, sekizinde 31 mm EEA stapler kari tıstı (Aulo-sülür) kullanılmıştır. Her iki grupta da operasyon lek scanslı uygulanmış; dekompressif koloslomi yapılmamışın-.

Ortalama postoperalif 13. günde (9-28 gün) hastaneden, onkoloji kliniğine başvurmaları önerilerek çıkarılmışlardır. Postoperalif takipleri üç aylık kontroller yapılarak değerlendirilmiştir'.

SONUÇLAR

Olgularımızın İki erkek (1,44), 14'ü (1,56) kadın olup yaşları 17-84 arasında (ortalama 47) idi.

Tablo 1. Lc/yonun anusc olan uzaklığına göre olguların dağılımı

L'zaklık	Olgu Sayısı	%
7 cm.	6	24.00
8 cm	2	8.00
«cm	4	16.00
10 cm	7	28.00
11 cm	1	4.00
12 cm	2	8.00
Toplam	25	100.00

Tablo3. Dukes klasifikasyonuna göre olguların evrelendirilmesi

Lvrc	Olgu Sayısı	%
Dukes A	2	8.00
Dukes B	9	36.00
Dukes C	14	56.00
Toplam	25	100.00

Anal halka ile tümör kenarı arasındaki meşale rekloskopik olarak Tablo 1'de görülebileceği şekilde tesbit edilmiştir.

Anal kanala uzaklığı 7 cm olan altı olgu ile 8 em olan olgulardan dördünde anostomoz, stapler kullanılarak yapılmıştır. Stapler ile anostomoz uygulanan hastalardan ilk iki uygulamamızda; anostomoz inkomplet oldu. Sağ postero-lateraldeki defekl sépare 3/0 ipek dikiş konularak onarıldı. Daha sonraki uygulamalarda anostomoz komplekt oldu.

Olguların tümünde anostomoz hududunda histopalolojik olarak tümör invazyonu yoktu.

Manuel anostomoz grubunda operatif morbidite 6 olguda (%40); stapler ile anostomoz yapılan grupta 3 olguda (%30) tesbit edildi.

Hcmoiaji rektum diseke edilirken sakral fasyanın açılması neticesi olmuş, histoakril kullanılarak durdurulmuştur. Pnömoraks postoperatif subklavian kaleler konulduktan soma gelişmiş, kısa süreli su allı drenajı uygulanarak düzelmiştir. Manuel anostomoz yapılan grupta iki olguda, stapler grubunda bir olguda yara süpürasyonu gelişmiş, tıbbi ve lokal tedavi ile düzelmiştir. Manuel anostomoz uygulanan bir olguda postoperalif 6.gün ateş yükselmesi, karın alt

Tablo 2. Histopalolojik tip açısından olguların dağılımı.

Tip	Olgu Sayısı	%
Adeno Ca'		
— iyi diferansiye	13	52.00
-kölüdficiansiye	2	8.00
Müsinöz adeno Ca'	8	32.00
Leiomyosarkom	1	4.00
Solifer ülser	1	4.00
Toplam	25	100.00

kadranda ağrı ve hassasiyet gelişti. Bu olguda radyolojik ve klinik sızıntı gözlenmedi. Antibiotik tedavisi ile düzeldi. Klinik olarak anostomoz sızıntısı her iki grupta da birer hastada gözlemlendi. Tıbbi tedavi ile düzeldiler.

Postoperalif II.günde klinik olarak çok iyi durumda olan; stapler ile anostomoz yapılan bir hastamız gelişen akut myokard infarktüsü nedeniyle kaybedildi. Her iki grupta kaybedilen tek hastamızdır. Operatif mortalitemiz %4'tür.

Cieç komplikasyon olarak, manuel anostomoz uygulanan bir olguda 8 ay sonra anostomozda biopsi ile de kanıtlanan benign darlık gelişti. Bu olguda relaparotomi yapılarak, dar segment uzun eksenine paralel kesilip, enine dikilerek lümen genişletildi.

Lokal olarak manuel anostomoz grubunda iki, (1 sene, 5 ay sonra) stapler anostomoz grubunda bir hastada (9 ay sonra) nüks tümör gelişimi oldu. 1 sene sonra lokal nüks görülen hastaya abdominal rezeksiyonu yapıldı. Leiomyosarkom olan ve 5 ay sonra lokal nüks gelişen hasta ve stapler ile anostomoz yapıldıktan 9 ay sonra lokal nüks gelişen diğer hastamıza loop kolostomi uygulandı.

TARTIŞMA

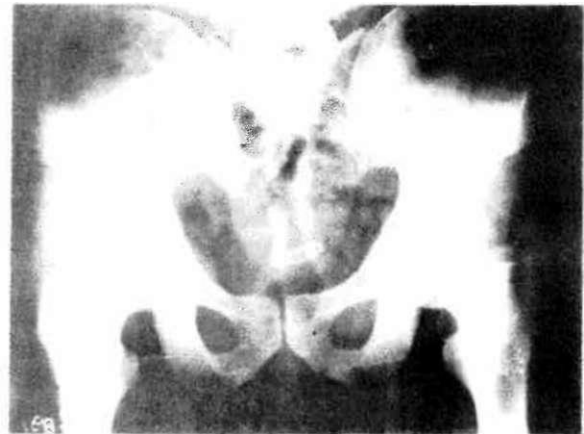
Aşağı anterior rezeksiyonu, özellikle Dukes B' de olan midrektal tümörlerde yapılan çalışmalarda da kanıtlandığı gibi (9,11,12), abdominal rezeksiyona göre daha avantajlıdır. Operatif morbidite ve mortalite açısından daha yüksek görülmesine karşılık 5 yıllık yaşam süresi açısından herhangi bir farklılık göstermemektedir (9,11). Üstelik hastanın daimi kolostomisi olmaması sayesinde daha rahat bir yaşam sağlamaktadır. Günümü/de, midrektal tümörlerde aşağı anterior rezeksiyonu uygulanması,

Tablo 3. Operatif morbiditenin grupları dağılımı

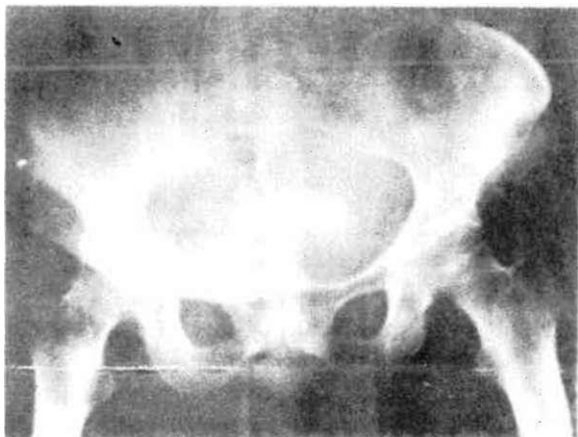
Komplikasyonu	Manuel Anastomoz Olgu Sayısı %		Stapler ile Anastomoz Olgu Sayısı %	
A. İrken Komplikasyonlar				
— İnterajji	1	(6.66)	—	—
— Pnöniüloraks	1	(6.66)	—	—
— Ya r a s ü p ü r a s y o n u	2	(13.33)	1	(10)
— Polvik enfeksiyon	1	(6.66)	—	—
— Anostomo/. sızıntısı	1	(6.66)	1	(10)
— Myokard infarklusu (oxilus)	—	—	1	(10)
B. Geç Komplikasyonlar				
— Anostomozda benign darlık	1	(6.66)	—	—
— Lokal niiks tümör gelişimi	2	(13.33)	1	(10)



Şekil 1. Anostomozun inkomplet olduğu bir olgumuzda direkt pelvis grafisinde defeklin gözlendiği slapling hatlı.



Şekil 2. Anostomozun konipler olduğu bir olgumuzda direkt pelvis grafisinde slapling hatlı.



Şekil 3. Anostomozun komplek olduğu bir diğer olgumuzda direkt pelvis grafisinde slapling hatlı.

ulduka fazladır (2,9,10). Giriş bölümünde bahsedilen; tümörün distal intramural yayılımının incelendiği çalışmalar ve İcknik gelişmeler, bu sayıyı artırmaktadır (1,9-12).

Stapler'in aşağı anterior rezeksiyonda uygulama alanına girmesi ile operasyon süresinde kılmanın yanı sıra rektumda daha distalden rezeksiyon yapılabilme olanağı doğmuştur. Goligher (3,4) stapler aletinin pratikliği sayesinde anostomozun, anodermden 3.5 cm proksimalde yapılmasının mümkün olduğunu belirtmektedir.

Operasyon süresinin çeşitli otorlere göre kısaldığı belirtilmektedir (1,2,14,15). Kliniğimizde stapler ile anostomoz uyguladığımız 10 olgudan, ilk iki olgumuzda sürede operasyon süresinde temin.

edemedik. Deneyimimizin artması ile diğer 8 olguda 15-20 dakikalık bir kısalma temin edebildik.

İlk iki olgumuz, haricindeki, 8 olgumuzda anostomozu komplet olarak tamamladık. İlk iki olgumuzda inkomplet anostomoz oluşmasındaki neden, purse-string stür cihazı ile iyi geçirilemeyen, distal parçanın çevre dikişi idi. Daha sonraki olgularımızda, purse-string stürü, 2/0 prolen stür ile rektum kenarından 2.5-3 mm distalden, 8 mm aralıklarla devamlı dıştan içe geçen tarzda manuei olarak koyarak bu sorunu giderdik. Kalafat (2)'ta serisinde 3 olguda anostomozun inkomplet olduğunubelirlenmektedir.

Operatif morbiditemiz manuei anostomoz grubunda %40, stapler ile anostomoz grubunda %30 olarak gözlemlendi. Literatürde de morbidite açısından bu iki grub arasında önemli bir fark tesbit edilmediği belirtilmektedir (2,9,1,14-16). En önemli erken komplikasyon olan anostomoz sızıntısının stapler ile uygulanan grubla daha az tesbit edildiği ileri sürülmektedir (14,17). Fakat biz, diğer bazı otörler gibi (2,10,18) stapler ile yapılan anostomozda sızma oranını biraz daha yüksek bulduk.

Olgularımızda anostomozla bağlı olmamakla birlikte tek ölüm postoperatif 11.günde infarktüs geçiren olgumuzda oldu. Mortalite oranımız %4'tür. Literatürde el ile anostomoz yapılan grubla %3-4, stapler ile anostomoz yapılan grupta ise %0-6 arasında mortalite oranları bildirilmektedir (2,14-18).

Takip sürelerimiz henüz, kısa olmasına rağmen, anostomozda benign darlık ve lokal nüks tümör gelişimi manuei anostomoz grubunda biraz daha yüksek bulundu. Benign darlık stapler ile uygulanan grupta %0, manuei grupta %6.66 olarak tesbit edildi. Literatürde de stapler grubunda büyük çaplı stapler kullanıldığında benign darlık gelişiminin daha az olduğu belirtilmektedir (2,15,17,18). Lokal nüks tümör gelişimi de stapler kullanılan grupta %10, manuei anostomoz grubunda %13.33 olarak tesbit edildi. Rubbini ve arkadaşları 183 vakalık stapler ile anostomoz uyguladıkları serilerinde operasyondan 24 ay sonra olgularının %24'ünde lokal nüks saptamışlardır (19). Rosen (18) manuei anostomoz yapılan grubla daha az lokal nüks tesbit etmiştir.

Kliniğimizde manuei anostomozun teknik olarak mümkün olduğu olgularda bu yöntem tercih edilmektedir. Bunun sebebi operasyon maliyetinin daha düşük olmasıdır. Yine aynı şekilde lineer stapler ile distal rektal stumpun kapatıldığı, daha sonra EEA stapler ile (CEEA premium) anostomozun uygulanabildiği çift stapling teknikte çeşitli avantajlarına rağmen maliyet sorunu nedeniyle uygulanmamıştır.

Sonuç olarak; midrektal kanserlerde, sfinkter koruyucu aşağı anterior rezeksiyonda stapler ile uygulanan anostomozlar, en az el ile yapılan uç-uca anostomozlar kadar emniyetli olup, teknik kolaylığının yanı sıra hem süre, hem de daha distalden rezeksiyon uygulanması avantajlarına sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Goldberg SM, Nivaluongs S, Rothenbergcr DA: Colon, rectum and anus. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer EC Principles of Surgery. 5th ed. Me Graw. Hill Book Company. New York. 1989, pp: 1225-1314.
2. Kalafat II, Schrader PC, Hermann A, Valverde G: Anterior rektum rezeksiyonu vakalarında EEA stapler ve el ile yapılan anostomozların karşılaştırılması, Ulusal Cerrahi Derg. 1987. 3:49-56.
3. Goligher JC: Current trends in the use of Sphincter-saving excision in the ircaiment of carcinoma of the rectum. Cancer. 1982,50:2627-263(1).
4. Goligher JC: Use of circular stapling gun with peranal insertion of anorectal purse-string suture for conslurction of very low colorectal or colo-anal anastomoses. Br. J Surg. 1979, 66:501-4.
5. Matheson NA, McIntosh CA, Krukowski ZH: Continuing experience with single layer appositional anastomosis in large bowel. Br.J.Surg. 72:104-106. 1985,
6. McDermott E1', Hughes ESR, Johnson WR, et al: Changing Survival prospects in rectal carcinoma. Dis Col. Rect. 1986, 29:798-803.
7. Makela J, Haukipuro K, Iaitinen S. et al: Palliative operations for colorectal cancer. Dis.Col. Reel. 1990. 33:846-850.
8. Horn A, Halvorsen IT, Daltl O: Preoperative radiotherapy in operable rectal cancer. Dis.Col. Red.. 1990. 33:823-8.
9. Ellis II: Tumors of the recium and anal canal. In: Schwartz SI, Ellis II, MaingoTs Abdominal Operations, 8ih edd. Appleton-Cenlury-Grol'ts. Norwalk. Connecticut. 1985, pp: 1455-1493.

10. Dozois RR, Pczim MI: (i) Carcinoma of the rectum. Current management. -Surg. Clin. North America. 1986.66:821-32.
11. Wolinark N, Fisher B: An analysis of survival and treatment failure following abdomino perineal and sphincter-saving resection in Dukes B' and C rectal carcinoma. Ann. of Surg. 1986, 204:480-9.
12. Williams NS, Dixon ML, et al: Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal intramural spread and of patients' survival. Br.J.Surg. 1983, 70:150-4.
13. Keane P, Moore D, et al: A comparison of circular stapling devices for rectal anastomoses. Dis. Col. Reel., 1982. 25:285-8.
14. Fazio VW, Llagelman DO, et al: Evaluation of the Proximite-11» Circularstapler. Ann. of Surg., 1985. 201: 108-114.
15. Alemdaroğlu K, Obal A, Şirin İ: Sindirim kanalında stapler ile deneyimlerim. Ulusal Cerrahi Derg. 1985. 2:35-9.
16. Reiling RB, Reiling VA, et al: Prospective controlled study of gastrointestinal stapled anastomoses. Am. J. Surg. 1980. 139: 147-152.
17. Beart RW, Jr. and Kelly KA: Randomized prospective evaluation of the HA stapler for colorectal anastomoses. Am. J. Surg. 1981. 141:143-6.
18. Rosen CB, Bean RW, Jr. and Ilstrup DM: Focal recurrence of rectal carcinoma after hand-sewn and stapled anastomoses. Dis.Col. Reel. 1985. 28: 305-9.
19. Rttibini M, Y'ettorello (F, et al: A prospective study of local recurrence after resection and Low stapled anastomosis in 183 patients with rectal cancer. Dis.Col.Reel. 1990.33:117-21.