



16 – 18 Aralık 2016

Xanadu Otel, Belek – Antalya

DISİPLİNLER ARASI ÜROONKOLOJİ TOPLANTISI



ÜROONKOLOJİ
DERNEĞİ - 1999



Radyoterapi nükslerinde sistektomi: diversiyon tipi ve morbidite

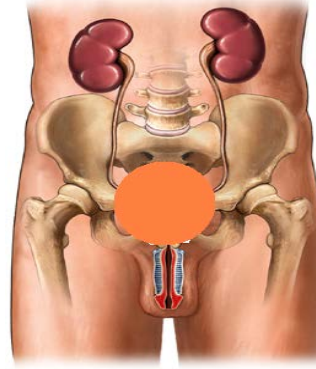
Dr. Güven Aslan

Dokuz Eylül Üniversitesi

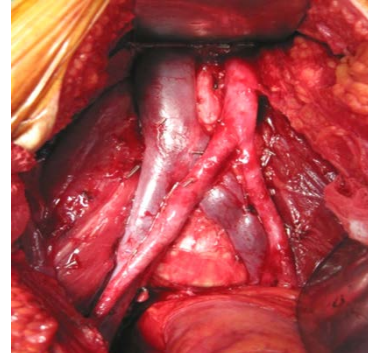
Üroloji AD

Radikal Sistektomi

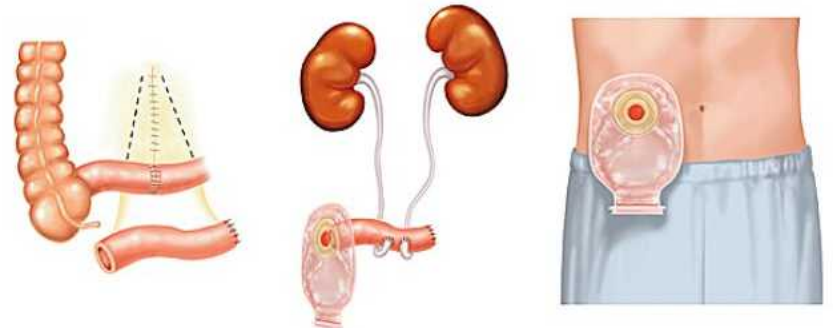
- Radikal Sistektomi



- Pelvik
Lenfadenektomi



- Üriner Diversiyon



Radikal Sistektomi Endikasyonları

- Kasa invazif olmayan mesane tümörlerinde (pTa, pT1, CIS):
 - Transüretral rezeksiyon sonrası intravezikal tedaviye direnç
 - Sistoskopik rezeksiyona uygun olmayacak derecede yaygın tümör
 - İnvazif prostatik üretra tutulumunda
- Uzak metastazı olmayan veya rezeke edilebilecek düşük hacimli lokal invazyonu olan kasa invaze mesane tümörleri (pT2-pT4a)
- İnvazif mesane kanserinin herhangi bir evresinde uzak metastaz olsa bile, kanama veya ağrı palyasyonu için yapılabilir

Radikal Sistektomi

Emniyet Tedbirleri

- Preoperatif
 - Barsak temizliği
 - Komorbidite yönetimi
- Peroperatif
 - Anestezi
 - Epidural analjezi
 - Hipotermiden kaçınmak
 - Lenfadenektomi
 - Cerrahi teknikte ilerlemeler
- Postoperatif
 - Erken postoperatif dönem yönetimi

Radikal Sistektomi

- 5 yıllık sağkalım ort: %70-75
- 30 ve 90 gün mortalite – %1.5-2.7 ve %4.6
- Morbidite % 30-40
 - Anastomoz kaçağı
 - Batın içi abse
 - Yara yeri enfeksiyonu
 - peritonit
 - İleus
 - Reoperasyon
 - Elektrolit ve kan gazı değişiklikleri (pre-op; post op)
 - Uzamış drenaj
 - Uzun Hospitalizasyon
 -

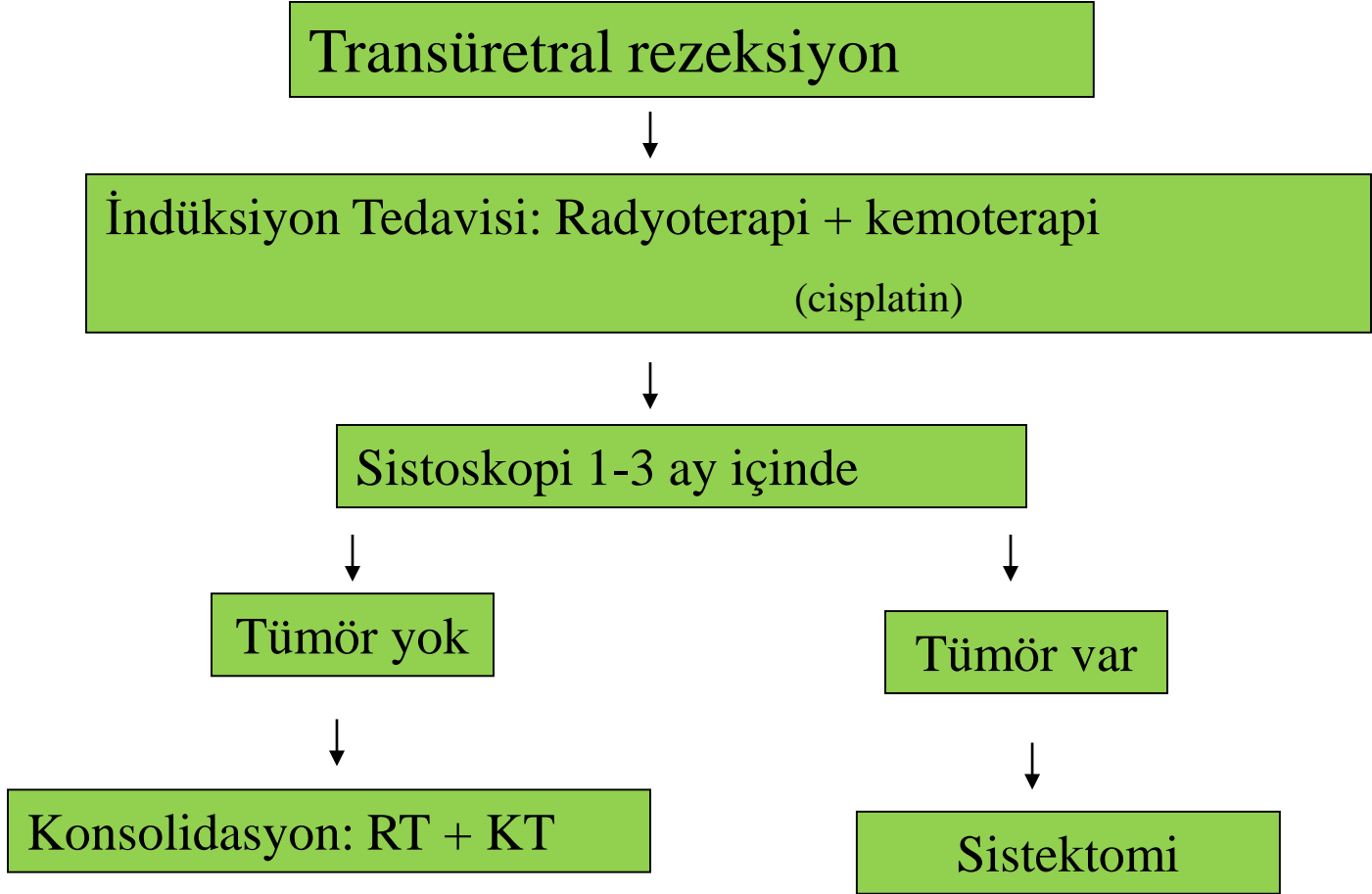
Radikal Sistektomi- Komplikasyonlar

Overall

Postoperative complications, n (%)

Overall	340	(31.1)
Cardiovascular	15	(1.4)
Pulmonary	71	(6.5)
Thromboembolic	65	(5.9)
Septic	155	(14.2)
Renal failure	45	(4.1)
UTI	113	(10.3)
Wound	113	(10.3)
Median operative time (minutes; IQR)	331	(256–422)
Transfusions, n (%)	425	(38.8)
Median length of stay (days; IQR)	8	(7–11)
Readmission [*] , n (%)	128	(20.2)
Postoperative mortality, n (%)	29	(2.7)

Mesane Koruyucu Tedavi



Salvaj (Kurtarma) Sistektomi Endikasyonları

- Radyoterapi alan ve mesane koruyucu tedaviye yanıt vermeyen hastalar %13-50
- İnflamatuvar barsak hastalığı
- Jinekolojik kanserler
- Kolorektal kanserler
- Kolovezikal Fistül sonrası

Table 1: Operative mortality and morbidity after salvage cystectomy

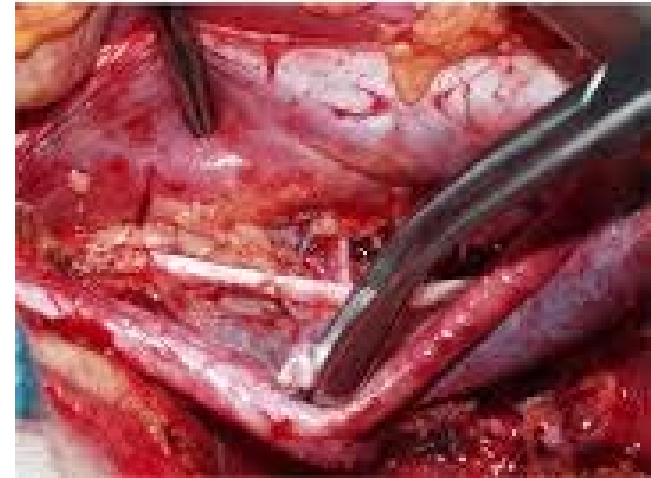
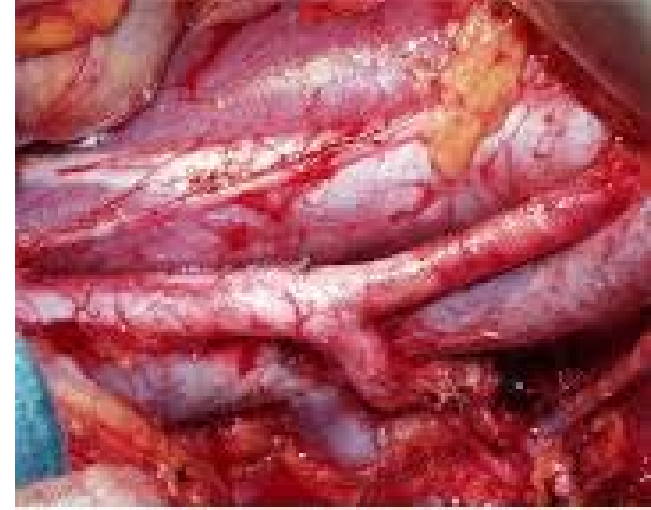
Series	Ref no	Number of patients	Years of study	Perioperative mortality rate	Morbidity rate		
					Early	Late	Total
Riches	1	12	N/A	22%			44%
Hecker	2	15	N/A	25%			50%
Higgins	3	9	1961-64	33%			66%
Whitmore	4	81	1959-66	15%			53%
Edsmyr	5	35	1957-67	17%			57%
Crawford	7	37	1971-77	8%	24%		
Smith	8	80	1971-74	5%	46%		
Swanson	9	62	1969-79	0%	32%	32%	
Freiha	10	42	1962-77	5%			40%
Boccon Gibod	11	14	1979-82	14%			29%
Konnak	12	18	1971-83	11%	28%		
Lindell	13	19	1967-83	11%	63%	47%	
Rasmussen	14	47	1976-84	13%			32%
Nurmi	15	20	1973-85	0%			70%
Nissenkorn	16	31	1976-83	0%	36%		
Abratt	17	46	1981-92	7%			35%

1961- 1992 YILLARI ARASINDA
MORTALİTE %0-33

MORBİDİTE %29-70

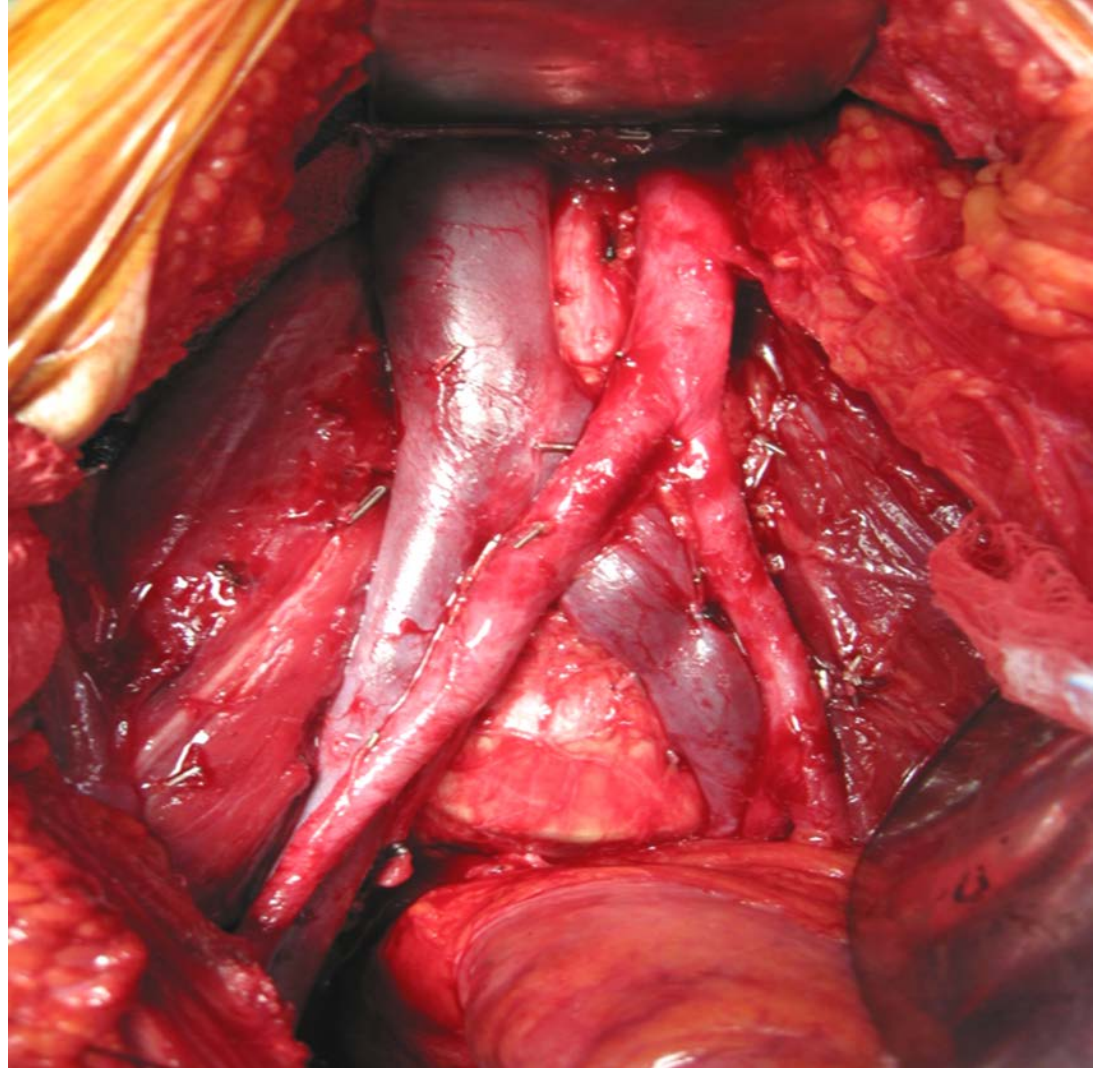
SALVAJ SİSTEKTOMİ- TEKNİK ÖZELLİKLER

- Künt diseksiyondan kaçın
- Keskin Diseksiyon
- Anatomik planları bilmek-deneyim
 - Obturator sinir dikkat



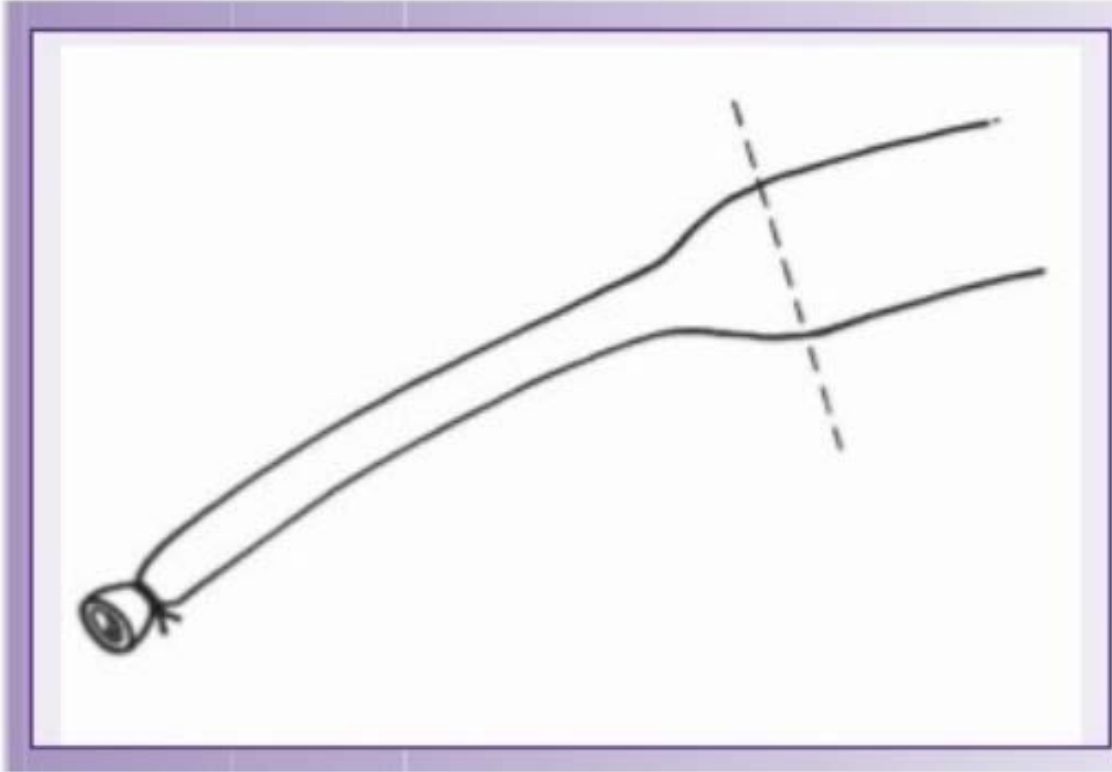
LENFADENEKTOMİ

- Standart lenfadenektomi her zaman mümkün değil



SALVAJ SİSTEKTOMİ- TEKNİK ÖZELLİKLER

- Üreter alt uçları diseksiyonu proksimalden



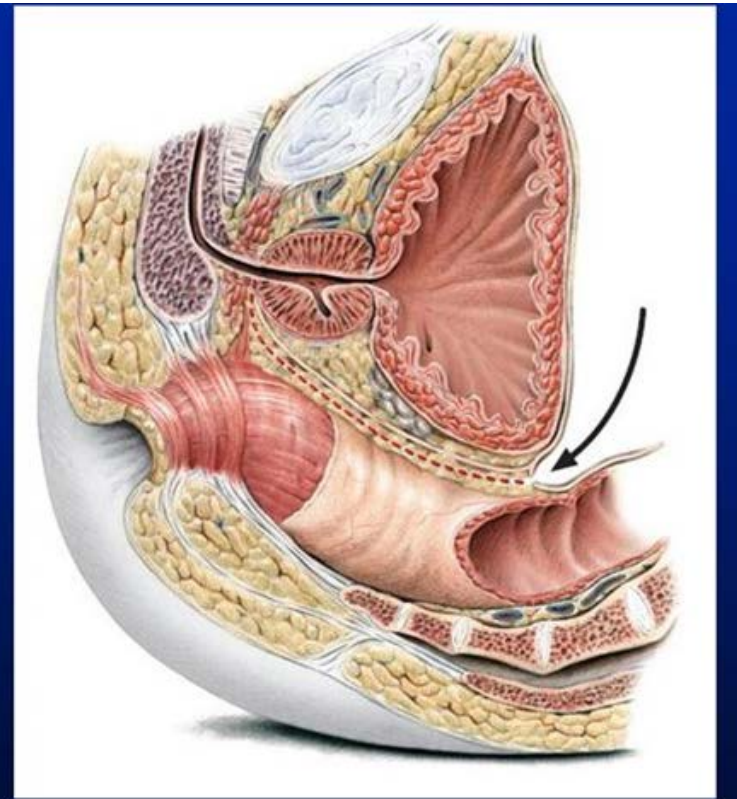
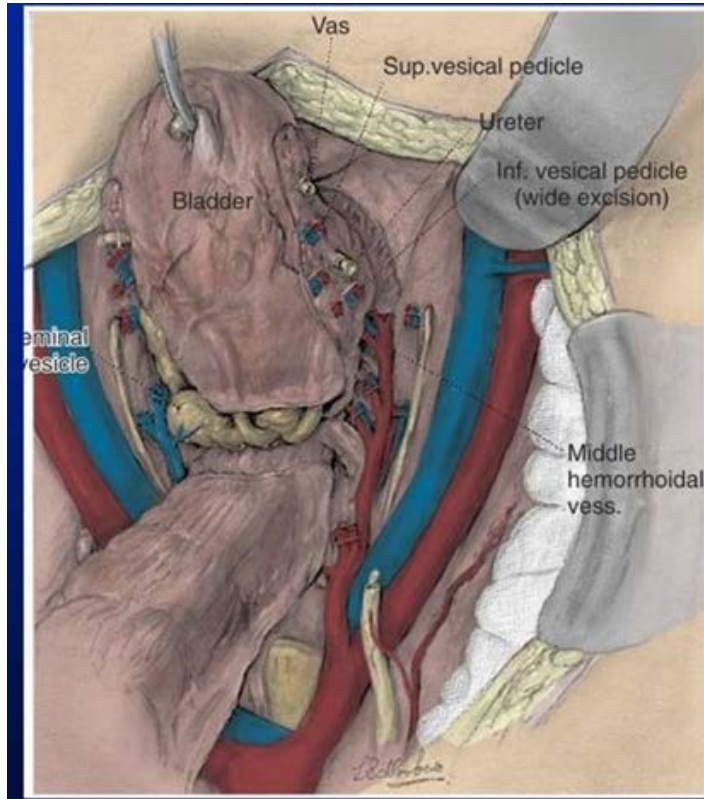
Barsak Segmentleri

- En az etkilenmiř
- En az yapışık segment tercih edilir
- Proximal segment kullanmak gerekebilir



En tehlikeli planlar

- Posterior mesane ve rektum diseksiyonu
- Rektum hasarı dikkat

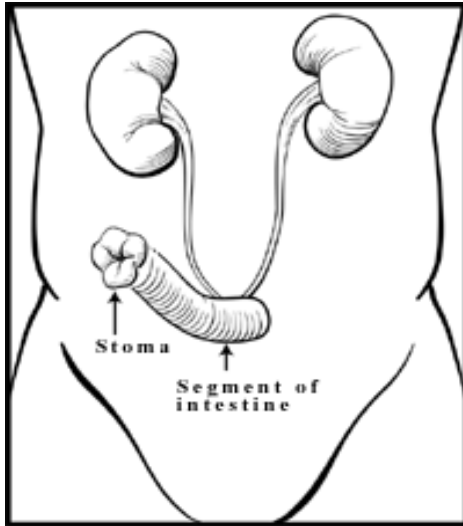


TEKNİK ÖZELLİKLER

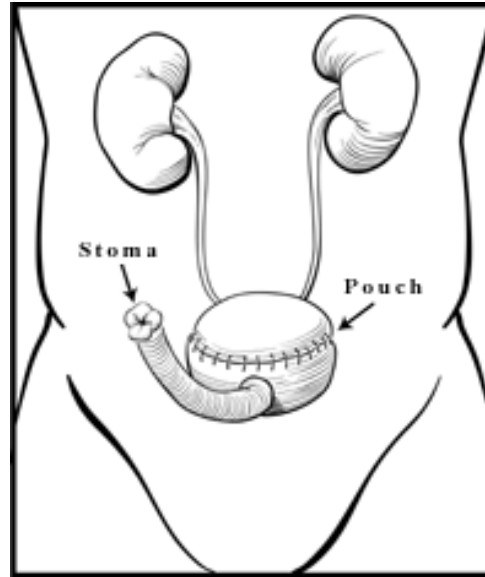
Anastomoz kaçağı riski yüksek

- Bağırsak:
 - Radyasyon enteritine dikkat
 - Fibrozis
 - Vaskülarize doku tercih et
- Üriner kaçak
 - Kateter stent kullanımı
- Üreter Striktür %12
 - Lokal iskemi ve beslenme bozukluğu
 - Distal üreterden uzak dur
 - JJ Kateter veya Perkütan kateter uygula

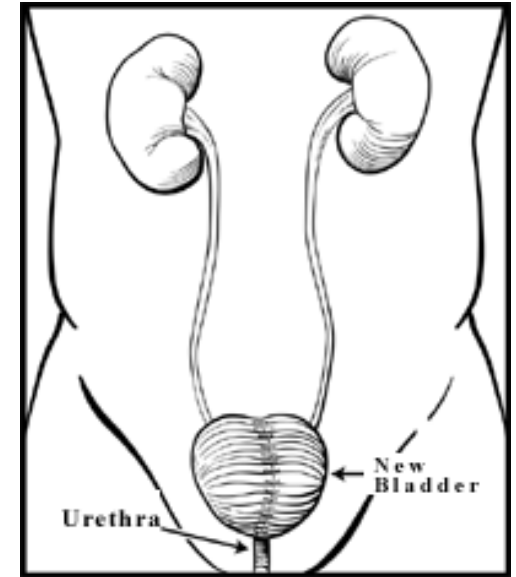
Üriner Diversiyon Tipleri



ILEAL Konduit
inkontinan
diversiyon)



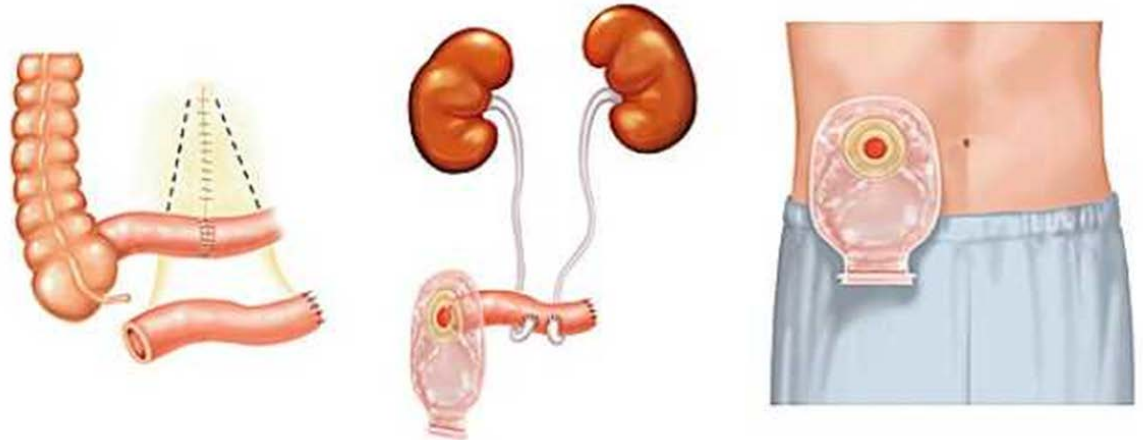
KONTINAN
KÜTANÖZ
DİVERSİYON
(Kontinan Cilt
Diversiyon)



ORTOTOPIK YENİ
MESANE
(Kontinan Üretra
diversiyonu)

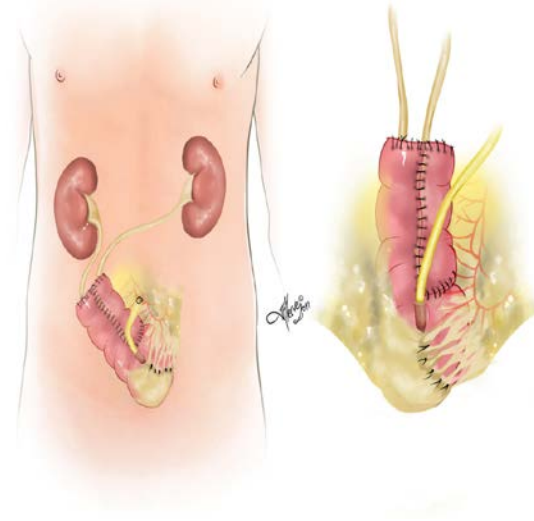
Kondüitler

- İleum kullanılır
- İleal kondüit:
 - İleumun distal bölümü kullanılır
 - Terminal ileum 10-15 cm korunur
 - Safra tuzları, vitamin B12, yağda eriyen vitaminleri korumak için



Kontinan Kütanöz Diversiyon

- Detubulerize düşük basınçlı kateterize edilebilir barsak rezervuarları
 - İleum
 - İlocekal
 - Çıkan kolon
 - Sigmoid kolon
- Katerize edilebilen bir stoma ve rezervuar yapılır



Ortotopik Yeni Mesane

- Rezervuar hastanın kendi üretrasına bağlanır
- Değişik tipleri var
 - Hautmann
 - Studer
 - Stanford



Salvaj Sistektomi- Diversiyon tercihi

- İnkontinan diversiyon
 - İleal loop (ileal conduit)
- Kontinan kütanöz diversiyon
 - Mainz pouch
 - Indiana pouch
- Ortotopik yeni mesane
 - Studer, T Pouch, Hautman, Stanford

TÜM DİVERSİYON TİPLERİ GÜVENLE UYGULANABİLİR

Salvaj Sistektomi-Mortalite

- Günümüzde 90 gün mortalite: %2.1 - 6
- En sık ölüm nedeni:
- **Sepsis**
- Myokard infarktüs
- Pulmoner Emboli
- Hepatik-respiratuvar yetmezlik
- Aspirasyon Pnömoni

90. Gün mortalitede radyoterapi alan vs almayan istatistiksel anlamlı fark yok

Salvaj Sistektomi-Komplikasyonlar

- Günümüzde 30-90 gün komplikasyon oranları: %69-77 (Klavien Dindo)
- En sık komplikasyon: GIS kaynaklı (%6-31)
 - İleus, barsak tıkanıklığı
- Genitoüriner sistem (%5-22)
- Reoperasyon % 5,7
- En az 1 komplikasyon %77
- Diversiyon
 - İleal Konduit: %43,9
 - Kütanöz rezervuar: %23,6
 - Ortotopik mesane: %32,4

Salvaj Sistektomi-Komplikasyonlar

- Anastomoz kaçağı
 - Barsak: %1,4-8
 - Üriner: %3,5-3,8
- Ürinom
- Yara yeri kapanma problemleri: %2,7-3,5

Komplikasyonlar primer sistektomiye yakın oranlarda

Son yıllarda komplikasyon oranları belirgin azalmıştır

Salvaj Sistektomi-Geç Komplikasyonlar

- Geç komplikasyon oranı: %21
- En sık sebep : Genitoüriner sistem: Diversiyona bağlı sorunlar
- Stomal Komplikasyonlar %24 (Primer sistektomide %8)
- Üreteroileal darlık
- Reoperasyon %2,1

Erken Komplikasyonlar birbirine yakın oranda ancak geç komplikasyonlar majör özellikte ve daha fazla

Salvaj Sistektomi-Hastalık kontrol, rekürens ve sağkalım

- Radyoterapi alan hastalarda sistektomi sonrası sağkalım daha düşük
 - Agresif hastalık
 - İleri evre
 - Geç tanı
 - Evreleme sorunları, Görüntüleme sorunları
 - Kısıtlı lenf nodu çıkarılması

Salvaj Sistektomi-Yaşam Kalitesi

- İnkontinans yüksek
- Cinsel fonksiyon bozukluğu yüksek
 - Sinir koruyucu teknik zor
- Kadınlarda sadece 1/3 ü cinsel ilişkiye girebiliyor

Cerrahiden bağımsız olarak önceki radyasyonun cinsel fonksiyon üzerinde etkisi de olabilir

Salvaj Sistektomi-Morbidite ve Mortalite-Prediktif Faktörler 1

- Hastaya ait faktörler
- İleri yaş
- Kadın
- Geçirilmiş abdominal cerrahi
- ASA skor
- Radyoterapiye tam yanıt
- Erken veya Geç Salvaj sistektomi (10 yıl Hastalıksız sağkalım)
 - Radyoterapi tam yanıt- Relaps-Geç Salvaj Sistektomi: %61
 - Radyoterapiye yanıt yok-Erken salvaj sistektomi: %38

Salvaj Sistektomi-Morbidite ve Mortalite-Prediktif Faktörler 2

- Hastaneye ait faktörler
- Normal bir sistektomi için kurumda en az 10 sistektomi yapılmalı
- Komplikasyon > ameliyat <10 vaka
- 25 ve üzerinde risk belirgin azalır
- Komplikasyon doğrudan ameliyat sayısı ile ilişkili
- Cerrahın vaka sayısı hastane ortalamasının ne kadar altında

Salvaj sistektomi yüksek deneyim ve belli vaka sayısı üzerinde yapılırsa komplikasyon oranları anlamlı düşer

Salvaj Sistektomi-Morbidite ve Mortalite-Prediktif Faktörler 3

- Preoperatif faktörler
 - Kreatinin düzeyi 2,5 mg/dL üzerinde
 - Hidronefroz
 - Beslenme durumu ve beslenme desteği
- Operatif Faktörler
 - Lenfadenektomi yapılabilirliği
 - Operasyon süresi (En az 45 dk fark)
 - Diversiyon tipi (En çok ileal kondüit)
 - Diversiyonda yaş, komorbidite ve fonksiyonel durum karar vermede daha önemli
 - Uygun hastada ortotopik diversiyon yapılabilir

Salvaj Sistektomi-Morbidite ve Mortalite-Prediktif Faktörler 4

- Radyoterapiye bağlı faktörler
- Nonnörolojik hastada radyoterapi alması
 - İleri evre kolorektal veya jinekolojik kanser
- Düşük-yüksek doz radyoterapi almak
- 39 Gy erken hematolojik kardiyovasküler komplikasyonlar
- 64,7 Gy iyileşme ve doku problemleri
- Kemoradyoterapi almış olmak

Kemoradyoterapi alanlarda komplikasyon biraz daha yüksek ancak belirgin lokal kontrol ve sağkalım avantajı sağlıyor

SONUÇ

- Salvaj sistektomi yaygın değil
 - Hastalar ve hekimlere ait faktörler
- Salvaj Sistektomi komplikasyon oranları biraz daha fazla
- Günümüzde cerrahi teknik ve operatif deneyimde ilerleme var
- Radyoterapinin diversiyon tercihinde doğrudan etkisi düşük
- Hastanenin ve Cerrahın deneyimi en belirleyici faktör
- Radyoterapiye başlangıçta yanıt alınan relaps olgularında sonuçlar daha iyi

TEŞEKKÜRLER

