

KLİNİK ÇALIŞMALAR

Karaciğerin Kolorektal Kökenli Metastazlarının Tedavisinde Kriyo-Cerrahi

Cryosurgery in the Treatment of Metastatic Colorectal Carcinoma of the Liver

Dr.Edip AKPINAR, Dr.René ADAM,
Dr.Marc JOHANN, Dr.Francis KUNSTLINGER, Dr.Henri BISMUTH

ÖZET: Karaciğerin kolorektal kökenli metastazlarında, tek küratif tedavi yöntemi rezeksiyondur. Ancak bu hastaların yalnızca %10-12'sinde rezeksiyon uygulanabilir. Merkezimizde, karaciğerinde rezektabl olmayan kolorektal kökenli metastazı olan 25 hastaya kriyo-cerrahi uygulandı. Komplikasyon kaydedilmedi. Lokal nüks oranı %44 idi. Kümülatif yaşam 12. ayda %77 ve 24. ayda %52 idi. Tedavi edilen tümörün çapı ($p=0.06$) ve ameliyat sonrasında vücutta bırakılan -sonradan çıkarılabilir- sonuca değıştirmeyen- tedavi edilmemiş tümör kitlesi varlığı ($p=0.03$) yaşam oranları ile ilişki gösteriyordu.

Kriyo-cerrahi, rezektabl olmayan karaciğer tümörlerinin tedavisi için emin ve kolay olup rezektabilite sınırlarını genişletmekte ise de, yüksek lokal nüks oranı bazı teknik değışikliklerin yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kriyo-cerrahi, Karaciğer metastazı, Kolorektal kanser

SUMMARY: The single curative option for liver metastases from colorectal cancer is liver resection. However, only 10-12% of such patients are resectable. Twenty five patients with unresectable colorectal metastases treated by cryosurgery either as a single treatment (5 pts) or associated to liver resection (20 pts) were evaluated. The existence of resectable extrahepatic metastases (overall: 28%) was not an exclusion criterion. Systemic chemotherapy was used routinely pre and post operatively. Operative mortality (within 2 months) was 4% (1 patient) unrelated to cryosurgery. No complications were observed. Local recurrence was 44%. Cumulative survival at 12 months was 77% and at 24 months was 52%. Five patients are still disease free. Survival was related to the size of the treated tumor ($p=0.06$) and the absence of residual disease after the cryosurgery either hepatic or extrahepatic ($p=0.03$).

YAZIŞMA ADRESİ: Prof.Dr.Henri BISMUTH
Hepato-Biliary and Liver Transplantation Center, Paul Brousse Hospital, 12, Av.P.V. Couturier 94804 Villejuif, Paris, FRANCE

Hepato-Biliyer Cerrahi Merkezi,
Paul Brousse Hastanesi ve Güney Paris Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Villejuif,
FRANSA

Cryosurgery is a safe method and it can increase the number of patients who can come to surgery for their unresectable tumors, by helping the destruction of either ill located or bilobar tumors. However, technical improvements require to decrease local recurrences.

Key Words: Cryosurgery, Liver metastasis, Colorectal cancer

Kolorektal kanserin primer odağının küratif ameliyatından sonra hastaların %50'sinde ilk 5 yılda primer odak dışında nüks gelişir. Bu hastaların %70'inde karaciğerde metastaz saptanır, müdahale edilmeyince de medyan yaşam süreleri ancak 4-12 aydır.^{1,3} Son yıllarda, görüntüleme aygıtlarında, karaciğer cerrahisi tekniklerinde ve ameliyat sonrası yoğun bakım olanaklarındaki gelişmelere paralel olarak karaciğerin metastazlarına cerrahi müdahale eskiye göre daha kolaylıkla yapılabilmekte ve kolorektal kökenli metastazların rezeksiyonundan sonra %25-39'a kadar 5 yıllık yaşam kaydedilmektedir.^{2,7}

Bununla beraber, kliniklere başvuran karaciğer metastazlı hastaların ancak %10-12'si rezektabilite özelliği taşımakta, geri kalanında ise, tümör, ya bilobar dağılımı ya büyük vasküler yapılarla yakın yerleşimi ya da aşırı büyük boyutu nedeniyle küratif olarak (yani çevresinde 1 cm.'lik bir sağlam parankim kısmı ile beraber) rezekt edilememektedir.^{2,3} Bundan dolayı, rezektabl olmayan hasta kitlesi için çeşitli tedavi seçenekleri geliştirilmeye çalışılmaktadır.^{8,9}

Kriyo-cerrahi, tümörün -196°C'ye kadar hızla soğutulup tekrar çözülmesine dayanan bir işlemdir.¹⁰ Karaciğer tümörü olup da bu yöntemle tedavi edilen hasta serileri son yıllarda yayınlanmıştır.^{11,12,13,14,15,16}

Bu yazıda Paul Brousse hastanesinde, karaciğerinde kolorektal kökenli metastazı olup da, rezeksiyonla beraber kriyo-cerrahi de kullanılıp tedavi edilen hastaların analizi sunulacaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kasım 1993-Şubat 1996 arasında, merkezimizde, karaciğerinde ister primer isterse metastatik tümörü olup da kriyo-cerrahi ile tedavi edilen 63 hastadan 40 tanesinde kolorektal kökenli metastazlar vardı. Bu hastaların 15'inde kriyo işlemi doğrudan tümöre değil rezeksiyondan sonra rezeksiyon sinirinin emniyeti için geri kalan sağlam doku yüzeyine yapıldı. Geri kalan ve doğrudan tümör kitlesini hedef alan kriyo-cerrahi ile tedavi edilen 25 kolorektal metastazlı hasta ise bu yazının konusunu oluşturmaktadırlar.

Kriyo-cerrahi işlemine tabi tutulacak hastalar şu ölçütlere göre seçildi:

1. Bilgisayarlı tomografi (BT) veya ultrasonografi (USG) ile ve artmış karsinoembriyojenik antijen (CEA), CA19-9 seviyeleri veya bunlar yetmediği zaman ince iğne biopsisi ile karaciğerde metastaz varlığının ortaya konulmuş olması.
2. Çıkarılabilecek metastazlar yanında, büyük, kötü yerleşimli ve/veya multipl bilobar dağılımlı olması nedeniyle teknik olarak çıkarılamayacak metastazların olması. (Ekstrahepatik metastazı olup da bu metastazı rezektabl olanlar çalışma dışı tutulmadılar).

Ameliyat öncesinde, karaciğer dışı tümör varlığı karın ve göğüs BT'leriyle ve kemik sintigrafileri ile araştırıldı. Primer nüks tesbiti için kolonoskopi yapıldı. Karaciğer fonksiyon testleri ve CEA ile CA19-9 bakıldı.

Ameliyat, zaman zaman sol tarafa da uzatılan sağ subkostal kesi ile yapıldı. Karaciğer dışı tümör varlığı araştırıldı, lenfadenomegali varlığında frozen kesit ile aynı anda patolojik inceleme yapıldı. Karaciğer, bağlarından serbestleştirildikten sonra palpasyonla ve peroperatif USG ile taranarak, tümörün dağılımı haritalanıp damarsal yapılara göre rezektabilite olanakları araştırıldı. Diafragma infiltrasyonu, pedikülde lenf metastazı veya diğer rezeke edilebilir lokorejyonel yayılım varlığında rezeksiyon genişletildi ve pedikül lenf disseksiyonu da yapıldı. Tümör-sağlam doku arası mesafe 10 mm olarak tutuldu.

Kriyo-cerrahi işlemi rezeke edilemeyen nodüllerle yapıldı. Bu amaçla, karaciğer için özel olarak yapılmış, içinde azot dioksit dolaştırılan üç ince borunun bileşiminden meydana gelen kapalı sistem kriyoproblarıyla, LCS2000 aleti (Spemby Medical Hampshire, England-Candela Corporation, Wayland USA) kullanıldı. Nodül çapına göre değişmek üzere 5 mm veya 10 mm çaplı proplar ile USG yardımıyla tümöre girildi ve uzunluğu nodülün büyüklüğüne göre veya nodülün büyük bir damara yakınlık derecesine göre değişmek üzere ikişer kürden oluşan dondurma ve tekrar çözme işlemleri yapıldı. Büyük nodüller için iki prob aynı anda kullanıldı. Dondurma işlemi peroperatif USG ile takip edildi. Oluşturulan "buz topu", nodülün ilk çapını 10 mm geçtiğinde dondurma işlemi durduruldu. Çözme işlemi tamamlanmadan ikinci dondurma işlemine geçilmedi. Probon karaciğer parankimine sokulduğu yerin hemostazı işlem bittikten sonra spongel ve dikiş ile sağlandı.

Hastalar yoğun bakımda 24 saat takip edildiler. Kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve pıhtılaşma faktörleri ilk 3 gün hergün, daha sonra her 48 saatte bir takip edildi. Hastalar evlerine yollandıktan sonra birinci ay sonunda ve daha sonra her 4 ayda bir karaciğer fonksiyon testleri, BT, USG ve kan marker seviyeleri ile takip edildiler. Tüm radyolojik incelemeler bir karaciğer-safra yolları uzmanı radyolog tarafından yapıldı. Takip sırasında herhangi bir lezyonda şüpheli bir gelişme olduğunda USG kontrolü altında ince iğne biopsisi alınarak patolojik inceleme yapıldı.