

Bölüm 8

İNTRAABDOMİNAL VE RETROPERİTONEAL SARKOMLAR CERRAHİSİNDE PERİOPERATİF VE POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLARIN YÖNETİMİ

Ali AKSU¹⁰

GİRİŞ

Yumuşak doku sarkomları, mezenkimal hücrelerden köken alan heterojen malign bir tümör grubudur. Bunlar tüm maligniteler bağlamında düşünüldüğünde nadir görülen mezenkimal neoplazmalardır. Yeni tanı alan tüm malignitelerin yaklaşık %1'inin bu sınıflandırma kapsamında olduğuna inanılmaktadır. Cinsiyet veya ırk açısından genellikle hiçbir baskınlık yoktur. Tanı yaşı çoğu diğer malignitelere göre daha gençken genellikle 54-65 yaş arasındadır. Bu tümörler vücutta herhangi bir yerde bulunur, ekstremitelerde % 50, gövdede %10 ila %15, baş ve boyunda %10'dan daha az ve retroperitonda %15'ten az bulunur (1).

Retroperitoneal sarkomlar (RS) sıklıkla multiviserel tutulumla ortaya çıkan nadir neoplazmalardır. RS'ler erişilemeyen yerleşimleri, öngörülemeyen klinik davranışları ve maalesef tedavisindeki zorluklardan dolayı cerrahlar için zordur. Şikâyetlerin değerlendirilmesi, klinik bulgular, görüntüleme yöntemleri ve biyops ile tanı konulabilir.

Malign grupta en sık görülen tümörler liposarkomlardır. Bu tümörler genellikle düşük ve orta dereceli olma eğilimindedir (2). Liposarkomlar (LPS), yağ bulunan her yerde ortaya çıkabilen, mezenkimal kökenli malign bir tümördür. LPS'lerin %40-50 kadarı retroperitonda, özellikle perirenal yağda ortaya çıkar. Nadir de olsa, LPS mezenterde veya peritonda da ortaya çıkabilir (3).

¹⁰ Uzman Doktor, Elazığ Özel Doğu Anadolu Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, aksuali_46@hotmail.com

bilir. Bu tümörlerin nadirliği ve tedavilerinin karmaşıklığı, onkolojik ve klinik sonuçları iyileştirmek için uzmanlaşmış merkezlerde multidisipliner bir yönetim gerektirir. Dahası, retroperitondaki sarkomlar ekstremitelerdeki sarkomlardan daha kötü bir prognoza sahiptir. Hastaların tedavisinde en önemli aşama cerrahi olup en-blok tümör rezeksiyonu ve R0 rezeksiyon şarttır. Cerrah gereğinden fazla diseksiyon yapıp komplikasyon riskini artırmamalı ve aynı zamanda da yetersiz diseksiyon yapmamalıdır. Komplikasyonlarla mücadele için en önemli aşama öngörebilme aşaması olmalıdır. Retroperitoneal sarkomalı bir hastada hastalığın ortaya çıkışı ve yaygınlığı, herhangi bir başka klinik hastalığı olan hastalardan daha farklı olabilir. Bu tümörlerin nadirliği ve tedavilerinin karmaşıklığı, onkolojik ve klinik sonuçları iyileştirmek için uzmanlaşmış merkezlerde multidisipliner bir yönetim gerektirir. Dahası, retroperitondaki sarkomlar ekstremitelerdeki sarkomlardan daha kötü bir prognoza sahiptir.

Özellikle malnütrisyonlu hastalarda, hipoalbuminemi olanlarda, ameliyat sırasında aşırı kontamine olanlarda , kilo kaybı olanlarda ve fazla kan transfüzyonu yapılanlarda dikkatli olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Liles JS, Tzeng CW, Short JJ, et al. Retroperitoneal and intra-abdominal sarcoma. *Curr Probl Surg.* 2009;46(6):445-503.
2. Gemici et al. *World Journal of Surgical Oncology* (2015) 13:143 DOI 10.1186/s12957-015-0548-z
3. Rhu J, Cho CW, Lee KW, Park H, Park JB, Choi YL, Kim SJ. Single-center experience with intra-abdominal liposarcoma: Optimal minimum duration for postoperative remnant tumor screening. *Medicine (Baltimore).* 2017 Aug;96(33):e7537. doi: 10.1097/MD.0000000000007537.
4. Gül Ü. Retroperitoneal Kitlelerde Tanı ve Tedavi. *Üroonkoloji Bülteni* 2015;14:196-202
5. Gatta G, Capocaccia R, Botta L, et al. Burden and centralised treatment in Europe of rare tumours: results of RARECAREnet—a population-based study. *Lancet Oncol.* 2017;18:1022-39.
6. Trojani M, Contesso G, Coindre JM, Rouesse J, Bui NB, de Mascarel A, et al. Soft-tissue sarcomas of adults; study of pathological prognostic variables and definition of a histopathological grading system. *IntJ Cancer* (1984) 33(1):37–42.doi:10.1002/ijc.2910330108
7. Dumitra S, Gronchi A. The Diagnosis and Management of Retroperitoneal Sarcoma. *Oncology (Williston Park).* 2018 Sep 15;32(9):464-9.
8. Mullinax JE, Zager JS, Gonzalez RJ. Current diagnosis and management of retroperitoneal sarcoma. *Cancer Control.* 2011 Jul;18(3):177-87.
9. Clark MA, Thomas JM: Portsite recurrence after laparoscopy for staging of retroperitoneal sarcoma. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003, 13(4):290-291
10. Pawlik TM, Ahuja N, Herman JM. The role of radiation in retroperitoneal sarcomas: a surgical perspective. *Curr Opin Oncol* 2007;19:359–66.
11. Pawlik TM, Pisters PW, Mikula L, et al. Long-term results of two prospective trials of preoperative external beam radiotherapy for localized intermediate- or high-grade retroperitoneal soft tissue sarcoma. *Ann Surg Oncol* 2006;13:508–17.

12. Yu JI, Lim doH, Park HC, et al. Clinical outcomes of tissue expanders on adjuvant radiotherapy of resected retroperitoneal sarcoma. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e4123.
13. Wang J, Grignol VP, Gronchi A, Luo CH, Pollock RE, Tseng WW. Surgical management of retroperitoneal sarcoma and opportunities for global collaboration. *Chin Clin Oncol.* 2018 Aug;7(4):39. doi: 10.21037/cco.2018.07.05.
14. Arat AR., Erdem E, Kocaoğlu H. Yumuşak Doku Sarkomları (45 Olgu Nedeni İle). *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 1993;13(4):336-41
15. Yeh JJ, Singer S, Brennan MF. Effectiveness of palliative procedures for intra-abdominal sarcomas. *Ann Surg Oncol* 2005;12:1084-9.
16. Gronchi A, Strauss DC, Miceli R, et al. Variability in patterns of recurrence after resection of primary retroperitoneal sarcoma (RPS): A report on 1007 patients from the Multi-institutional Collaborative RPS Working Group. *Ann Surg* 2016;263:1002-9.
17. Nussbaum DP, Rushing CN, Lane WO, et al. Preoperative or postoperative radiotherapy versus surgery alone for retroperitoneal sarcoma: a case-control, propensity score-matched analysis of a nationwide clinical oncology database. *Lancet Oncol.* 2016;17:966- 75
18. MacNeill AJ, Gronchi A, Miceli R, et al. Postoperative morbidity after radical resection of primary retroperitoneal sarcoma: a report from the Transatlantic RPS Working Group. *Ann Surg.* 2018;267:959-64.
19. Murray JJ, Schoetz DJ: Stapling techniques in rectal surgery, In: Fazio VW (Ed) *Current therapy in colon and rectal surgery.* Decker, Philadelphia, 1990: 384-90
20. Taş Ş, Özkul F, Adam G, Arık MK, Çıkman Ö. Stapler ile yapılan kolorektal anastomoz hattındaki kanamanın koil embolizasyonu ile tedavisi: Olgu sunumu *Abant Med J* 2015;4(2):167-170
21. Öztürk A, Atalay T, Karaköse Y, et al. Laparoskopik kolesistektomi sonrası kanama: Nadir ama önemli bir komplikasyon. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2015;49(4):274-8
22. Schäfer M, Lauper M, Krähenbühl L. A nation's experience of bleeding complications during laparoscopy. *Am J Surg* 2000; 180: 73-7
23. Tirnaksız BM, Yorgancı K. Gastrointestinal Kanamanın Cerrahi Yönetimi *Yoğun Bakım Dergisi* 2005;5(3):174-181
24. Lustosa SA, Matos D, Atallah AN, et al. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *Sao Paulo Med J* 2002; 120: 132-36.
25. Çullu N, Deveer M, Çetinkaya M, Deliktaş H. İatrojenik Üreteral Bağlanma *Ankara Med J,* 2014, 14(Ek 1): 24 – 26
26. Seçkin B, Aydur E, Başal Ş, et al.. Jinekolojik cerrahi sırasında iyatrojenik olarak sütürlerle iki taraflı bağlanan üreterlerin endoskopik yolla serbestleştirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007;49:178-180.
27. Uzunköy A. Cerrahi alan enfeksiyonları: risk faktörleri ve önleme yöntemleri. *Ulus Travma Derg* 2005;2:269-281