

## Bölüm 13

# ABDOMİNAL SARKOMLARDA CERRAHİ ÖNCESİ HAZIRLIK VE AMELİYAT SONRASI BAKIM

Burhan Hakan KANAT<sup>15</sup>, Ferhat ÇAY<sup>16</sup>,  
Nizamettin KUTLUER<sup>17</sup>, Ali AKSU, Barış GÜLTÜRK

### GİRİŞ

Yumuşak doku sarkomları, mezenkimal hücrelerden köken alan heterojen bir malign tümör grubudur. ABD’de yılda sadece 9000, İngiltere’de ise 1500 yeni vakaya tekabül eden tüm kanserlerin sadece% 1’inden azını oluşturur. Yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık% 20’si intraabdominal veya retroperitoneal hücrelerden kaynaklanır ve en yaygın üç histopatolojik tip gastrointestinal stromal tümördür (GIST), leiomyosarkom ve liposarkomdur. Bununla birlikte, herhangi bir mezenkimal hücre, malign transformasyon yeteneğine sahiptir ve 100’den fazla farklı histopatolojik sarkom türü tanımlanmıştır (1,2).

Retroperitoneal sarkomlar herhangi bir yaşta izlenmekle birlikte olguların çoğu orta ve ileri yaşlarda izlenmektedir ve ayrıca sıklık bakımından cinsiyetler arasında da fark yoktur (3). Kesin tanı genellikle MR, CT veya ultrason taramaları gibi görüntüleme yöntemleri ile konur. Preoperatif biyopsilerin, ponksiyon yolu da göz önünde bulundurularak, tümörün ekimine yayılma riski nedeniyle ince bir iğne kullanılarak yapılması önerilmektedir (2-5).

Cerrahi rezeksiyon karın içi ve retroperitoneal yumuşak doku sarkomu için standart tedavi olarak kabul edilir. Hastaların tedavisinde en önemli aşama cerrahi olup en-blok tümör rezeksiyonu ve R0 rezeksiyon şarttır. Öyle ki uzun dönem nüks gelişimindeki en önemli faktör yetersiz cerrahi rezeksiyonlardır (3). Cerrahi tedavi her ne kadar primer tedavide en önemli aşama olsa da nüks sarkomlardaki

<sup>15</sup> Doçent Doktor ; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Elazığ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi , Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği , Elazığ

<sup>16</sup> Doktor Öğretim Görevlisi ; Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı , Balıkesir

<sup>17</sup> Uzman Doktor ; Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği , Elazığ

Kanamalar daha çok perioperatif dönemde görülse de postoperatif dönemde de görülebilir. Ameliyat sonrası kanama; postoperatif erken dönemde hemodinamik resüsitasyon veya reoperasyon gerektiren kanama (> 100ml/h) olarak tanımlanır (39,40). Bunlar bazen intraperitoneal kanamalar olabileceği gibi, intraluminal kanamalar ve hematüri olarak da kendini gösterebilir. İntraperitoneal kanamalar daha ciddi şekilde seyredebilir. Çoğu zaman ameliyat sırasında bırakılan direnlerden ya da idrar sondasından, nazogastrik sondadan anlaşılabilir. Hastanın takibinde hipovolemi semptomları gelişirse ve cerrah kanamadan şüphelenirse gecikmeden görüntüleme yöntemleri yapılmalı ve hastaya destek başlanmalıdır.

Sarkom cerrahisinde hem preoperatif dönemdeki hazırlık ve hem de postoperatif dönemdeki bakım multidisipliner yaklaşımla olmalı. Cerrah bu ekibin ortasında bulunmalı ve hastayı yakından izlemelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. Jemal A, Tiwari RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E, Feuer EJ, Thun MJ. American Cancer Society. Cancer statistics, 2004. *CA Cancer J Clin.* 2004;54(1):8–29. doi: 10.3322/cancerjclin.54.1.8.
2. Sogaard AS1, Laurberg JM, Sorensen M, Sogaard OS, Wara P, Rasmussen P, Laurberg S. Intra-abdominal and retroperitoneal soft-tissue sarcomas--outcome of surgical treatment in primary and recurrent tumors. *World J Surg Oncol.* 2010 Sep 12;8:81. doi: 10.1186/1477-7819-8-81.
3. Özçelik KÇ, Zihni İ, Karaköse Ö, Pülüt H, Eroğlu HE. Retroperitoneal yumuşak doku sarkomunda klinik deneyimlerimiz. *SDÜ Tıp Fak Derg* 2014;21(4):114-117
4. Clark MA, Thomas JM. Ports site recurrence after laparoscopy for staging of retroperitoneal sarcoma. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2003;13(4):290–291.
5. Ray-Coquard I, Thiesse P, Ranchère-Vince D, Chauvin F, Bobin JY, Sunyach MP, Carret JP, Mongodin B, Marec-Bérard P, Philip T, Blay JY. Conformity to clinical practice guidelines, multidisciplinary management and outcome of treatment for soft tissue sarcomas. *Ann Oncol.* 2004;15(2):307–315.
6. Rydholm A. Centralization of soft tissue sarcoma. The southern Sweden experience. *Acta Orthop Scand Suppl.* 1997;273:4–8.
7. van Dalen T, Hennipman A, Van Coevorden F, Hoekstra HJ, van Geel BN, Slootweg P, Lutter CF, Brennan MF, Singer S. Evaluation of a clinically applicable post-surgical classification system for primary retroperitoneal soft-tissue sarcoma. *Ann Surg Oncol.* 2004;11(5):483–490.
8. Clasby R, Tilling K, Smith MA, Fletcher CD. Variable management of soft tissue sarcoma: regional audit with implications for specialist care. *Br J Surg.* 1997;84(12):1692–1696.
9. Erzen D, Sencar M, Novak J. Retroperitoneal sarcoma: 25 years of experience with aggressive surgical treatment at the Institute of Oncology, Ljubljana. *J Surg Oncol.* 2005;91(1):1–9. doi: 10.1002/jso.20265.
10. Neuhaus SJ, Barry P, Clark MA, Hayes AJ, Fisher C, Thomas JM. Surgical management of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. *Br J Surg.* 2005;92(2):246–252.
11. Gronchi A, Casali PG, Fiore M, Mariani L, Lo Vullo S, Bertulli R, Colecchia M, Lozza L, Olmi P, Santinami M, Rosai J. Retroperitoneal soft tissue sarcomas: patterns of recurrence in 167 patients treated at a single institution. *Cancer.* 2004;100(11):2448–2455.

12. Malerba M, Doglietto GB, Pacelli F, Carriero C, Caprino P, Piccioni E, Crucitti P, Crucitti F. Primary retroperitoneal soft tissue sarcomas: results of aggressive surgical treatment. *World J Surg.* 1999;23(7):670-675.
13. Hassan I, Park SZ, Donohue JH, Nagorney DM, Kay PA, Nasciemento AG, Schleck CD, Ilstrup DM. Operative management of primary retroperitoneal sarcomas: a reappraisal of an institutional experience. *Ann Surg.* 2004;239(2):244-250.
14. Ng EH, Pollock RE, Munsell MF, Atkinson EN, Romsdahl MM. Prognostic factors influencing survival in gastrointestinal leiomyosarcomas. Implications for surgical management and staging. *Ann Surg.* 1992;215(1):68-77
15. Ayşan E, Kaygusuz A, Kaleli E. Preoperatif Hazırlık-2 Preoperatif Konsültasyonlar. *Istanbul Tıp Vergisi* 1998; 2: 34-36.
16. Dally J M et al: Hastanın Hazırlanması. Lloyd M editor. Cerrahide modern teknikler. Nobel tıp kitabevi. 1984; 1-21.
17. Mullinax JE, Zager JS, Gonzalez RJ. Current diagnosis and management of retroperitoneal sarcoma. *Cancer Control.* 2011 Jul;18(3):177-87.
18. Yürekli A. Peroperatif Hasta Bakımı ve Hazırlığı. <https://dergipark.org.tr/download/issue-file/8642>
19. Ripollés-Melchor J, Carli F, Coca-Martínez M, Barbero-Mielgo M, Ramírez-Rodríguez JM, García-Erce JA. Committed to be fit. The value of preoperative care in the perioperative medicine. *Minerva Anestesiol.* 2018 May;84(5):615-625. doi: 10.23736/S0375-9393.18.12286-3. Epub 2018 Feb 14.
20. Dağıstanlı S, Kalaycı MU, Kara Y. Genel Cerrahide ERAS Protokolünün Değerlendirilmesi. *İKSST Derg* 2018;10(Ek sayı):9-20
21. Ersoy E, Gündoğdu H. Cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması. *Turk J Surg.* 2007;23(1):035-040.
22. Heper Y. Hasta Kanı Yönetimi *İKSST Derg* 2018;10(3):87-94
23. Işıl RG, Yazıcı P, Bozkurt E, Işıl CT, Kaya C, Mihmanlı M. Cerrahi Planlanan Sağ ve Sol Kolon Tümörlerinde Kan Transfüzyon İhtiyacının Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2016;50(3):210-4
24. Teke Z, Keskin A. Hematolojik Hastalıklarda Acil Cerrahi. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2008;1:73-81.
25. Koç B, Karatepe O, Geldigitti T, Tural F, Karahan SR. Cerrahi Kliniklerinde Venöz Tromboemboli Profilaksisi Uygulamaları. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013;9:8-11
26. Turan H. Cerrahi Antimikrobiyal Profilakside Güncel Öneriler. *Klimik Dergisi* 2015; 28(1): 2-10
27. Uslu Y, Yavuz M. Ameliyat Öncesi Tüy Temizliği: Sistematik İnceleme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 31 (2): 67-77,2015
28. Mayir B, Erdoğan O. Elektif Kolorektal Cerrahi Öncesi Mekanik Barsak Temizliği Uygulanmalı mı? *Kolon Rektum Hast Derg* 2009;19:102-105
29. Emir S, Kavlaçoğlu B, Sözen S, Yazar MF, Özkan Z. Elektif kolorektal cerrahi öncesinde mekanik bağırsak temizliği gerekli midir? Prospektif, randomize ve kontrollü bir çalışma. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2012; 28(2): 84-87
30. Dolgun E, Taşdemir N, Ter N, Yavuz M. Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Aç Kalma Sürelerinin İncelenmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.* 2011; 25 (1): 11 – 15
31. Şahinkaya HH, Akpınar V, Parlak M, Damar N, Duran FY, Yıldırım H. Hastanemize başvuran hastalarda anestezi farkındalığının ve ameliyat öncesi görüşmenin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2018;28(2):75-82
32. Altinel M, Akıncı S. Ürolojik Laparoskopik Cerrahide Postoperatif Bakım. *Turk Urol Sem* 2010; 1: 147-52
33. Hendren S. Urinary Catheter Management *Clin Colon Rectal Surg* 2013;26:178-181

34. Güllüoğlu BM, Akın ML, Barlas A, Erenoğlu C, Aktan AÖ, Batkın A. Kolorektal Cerrahi Sonrası Rutin Nazogastrik Dekompresyonu Gerekli Mi? Prospektif Randomize Çalışma. Turk J Surg. 2000;16(4):245-253
35. Yamagata Y, Yoshikawa T, Yura M, Otsuki S, Morita S, Katai H, Nishida T. Current status of the “enhanced recovery after surgery” program in gastric cancer surgery. Ann Gastroenterol Surg. 2019 Jan 21;3(3):231-238.
36. Çilingir D, Şahin UC. Cerrahi Hastasında Hasta Kontrollü Analjezi Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 56-69
37. Şenyüz KY, Koçaşlı S. Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. Sağ Aka Derg 2017;4 (2): 90-95
38. Dumlu EG, Bozkurt B, Tokaç M, Kıyak G, Özkardeş AB, Yalçın S, Kılıç M. Cerrahi Hastalarda Malnütrisyon ve Beslenme Desteği Ankara Medical Journal 2013; 13(1):33-39
39. 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
40. 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