

Bölüm 7

MİDE KANSERİ CERRAHİSİ TEKNİKLERİ

Ömer Vefik ÖZOZAN¹

GENEL İLKELER

Mide Rezeksiyonunun Kapsamı

Mide kanseri cerrahisinin birincil amacı, primer lezyonu sağlam boylamsal (longitudinal) ve çevresel cerrahi sınırlar ile çıkartmaktır. Gastrektomi tipi, tümör konumuna ve mide duvarındaki infiltrasyonun derinliğine bağlıdır. Ameliyat öncesi bu değişkenlerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi zorunludur.

Rezeksiyon Sınırları

Proksimal rezeksiyon sınırı total veya distal gastrektomi seçiminde ana belirleyicidir. T2 veya daha derin tümörler için ameliyat sırasında, rezeksiyon sınırı tümörün ele gelen kenarından yeterli bir sınır ile belirlenmelidir. Geleneksel olarak 5 cm'lik bir cerrahi sınır önerilmektedir. Bazı kılavuzlarda, diffüz tip tümörler için 8 cm bir cerrahi sınır önerilmektedir, ancak böyle bir sınır birçok hastada total gastrektomi veya özofagogastrektomi gerektirecektir.

Özofagusu ilerleyen mide kanserleri için mutlak 5 cm'lik bir cerrahi sınır gerekli değildir, ancak bir R0 rezeksiyonu sağlamak için rezeksiyon hattının dondurulmuş kesit (frozen section) incelenmesi yapılmalıdır.

GASTREKTOMİ TİPİ

Mide kanseri için yaygın gastrektomi türleri aşağıdaki gibidir.

Total Gastrektomi

Bu, kardiya (özofagogastrik bileşke) ve pilor dahil olmak üzere tüm midenin çıkarılmasını içerir. Proksimal mideden kaynaklanan veya proksimal mideyi tutan tümörler için endikedir.

gerginliği azalır ve anastomoz bölgesine kan akışı korunur.Özofagojejunostomi dairesel bir zımba kullanılarak yapılır. Çođu durumda 25 mm'lik bir stapler kullanılır. Geniř özofagus ve jejunumlu hastalarda daha büyük bir boyut seçilebilir. Jejuno-jejunostomi özofagus anastomozunun 40-50 cm altına yapılır. Daha kısa bir anastomoz reflü oluşturabilir ve daha uzun bir anastomoz beslenme açısından dezavantajlı olabilir. Çift kanal yönteminde jejuno-jejunostomi jejunoduodenostominin 20 cm distalinde yapılır. [6-8]

KAYNAKLAR

1. G. De Manzoni, F. Roviello, W. Siquini, Surgery in the multimodal management of gastric cancer, Springer2012.
2. M. Sasako, M. Saka, T. Fukagawa, H. Katai, T. Sano, Surgical treatment of advanced gastric cancer: Japanese perspective, Digestive surgery, 24 (2007) 101-107.
3. L.E. Harrison, M.S. Karpeh, M.F. Brennan, Total gastrectomy is not necessary for proximal gastric cancer, Surgery, 123 (1998) 127-130.
4. J.G.C. Association, Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4), Gastric cancer, 20 (2017) 1-19.
5. M. Sasako, T. Sano, S. Yamamoto, M. Sairenji, K. Arai, T. Kinoshita, A. Nashimoto, M. Hiratsuka, J.C.O. Group, Left thoracoabdominal approach versus abdominal-transhiatal approach for gastric cancer of the cardia or subcardia: a randomised controlled trial, The lancet oncology, 7 (2006) 644-651.
6. R.M. Zollinger, E.C. Ellison, Zollinger's atlas of surgical operations, McGraw-Hill Medical2011.
7. J.E. Skandalakis, P.N. Skandalakis, L.J. Skandalakis, Surgical anatomy and technique, CHIRURG, 71 (2000) 954-971.
8. C.E. Scott-Conner, Chassin's operative strategy in general surgery: An expositive atlas, Springer Science & Business Media2013.