

# Erken Evre Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri Hastalarında Uniportal Vats Lobektomi Olgusu



Mustafa Vedat DOĞRU<sup>1</sup>  
Celal Buğra SEZEN<sup>2</sup>

## GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü verilerine göre her yıl yaklaşık 1.2 milyon yeni akciğer kanserli hasta teşhis edilmektedir(1). Gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinin görülme insidansı 100.000'de 71, gelişmekte olan ülkelerde ise 100.000'de 14 olarak saptanmaktadır. Akciğer kanseri diğer kanserlerin toplamından daha fazla ölüme neden olmaktadır(2). Bu nedenle de halen kansere bağlı ölümlerde birinci sırada yer almaktadır.

Ancak akciğer kanserli hastaların %15'ine erken evrede tanı konulabilmektedir(3).Evre 1 küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) hastalarının %65'inin tedavi olabilme şansı olabilmektedir(4,5).Bu hastalıkta en iyi tedavi şansı cerrahi rezeksiyondur(6,7). Videoyardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) lobektomiler 90 yıllardan itibaren küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde (KHDAK) uygulanmaya başlanmıştır. Son yıllarda ise VATS rezeksiyon tüm dünyada giderek yaygınlaşmıştır(8). Giderek VATS'ın yaygınlaşmasının ardından 2013 yılında VATS lobektomi yapıma oranı birçok ülkede %60'lar civarındadır(9). 2004 yılında Rocco ve arkadaşları ilk uniportal minimal invaziv girişimleri yayınlamıştır(10). 2010 yılında ise Gonzalez-Rivas ve arkadaşları Coruna Üniversitesi Hastanesinde VATS tek port lobektomi tekniğini tanınamıştır(11).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği , drmvedatdogru@hotmail.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, bugrasezen@hotmail.com

## UNIORTAL VATS LOBEKTOMİ

Uniportal VATS lobektomi konvansiyonel aletler kadar, geliştirilmiş uniportal aletler ile gerçekleştirilebilmektedir. Operasyonda utility insizyonu anterior aksiller hatta 4. veya 5. interkostal aralıktan kullanılmaktadır. 30 derece kamera kullanılması daha uygun açıların operasyonda verilmesine olanak sağlamaktadır. Uniportal teknikte kamera her zaman hastanın posterioruna doğru tutulmalıdır. Bu şekilde operasyon esnasında aletlerin birbirine sıkışması minimuma indirilmektedir. Operasyon esnasında ameliyat masasının posteriora doğru yatırılması hiler diseksiyonu kolaylaştırılmaktadır. Tek porttaki en büyük avantaj cerrahın kamera adaptasyonu multiport ile yapılan operasyonlara göre daha kolay olmasıdır. Özellikle postoperatif dönemde interkostal hasarların daha az olması hastaların erken dönemde iyileşmesine olanak sağlamaktadır.

Wang ve ark, 2017 yılında yaptıkları 73 hastalık uniportal VATS lobektomi serisinde ilk 30 günde cerrahi mortalite izlenmez iken, operasyon süresi lenf nodu eksplorasyonu, drenaj süresi, postoperatif komplikasyonlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı zamanda hastaların VAS değerleri klasik VATS lobektomi yapılan hastalardan anlamlı olarak daha iyi saptanmıştır ( $p<0.05$ )(28).

2016 yılında Harris ve ark yaptıkları meta-analizde uniportal VATS lobektomi yapılan hastaların komplikasyon, hastane kalış süresi, hastane yatış süresi, postoperatif drenaj miktarı multiport ile yapılan rezeksiyonlara göre anlamlı olarak daha az bulunmuştur(29).

Herhangi bir teknik tanımlanırken en önemli unsurlardan biri de onkolojik prensiplere uygun olmasıdır. Bu konuda Rivas ve ark yapıları çalışmada konvansiyonel VATS teknikleri ile benzer sağkalım sonuçlarına sahip olduğu ve hastaların erken dönemde daha az ağrılarının olmasının daha sonraki onkolojik tedavi sürecinde hastaların adaptasyonu kolaylaştırdığını belirtmektedir(30–32).

## SONUÇ

Sonuç olarak uniportal videotorakoskopik cerrahi günümüzde giderek yaygınlaşmakta ve evrilmektedir. Özellikle ilk zamanlarda erken evre akciğer kanserlerine uygulanan bu teknik artık ileri evre akciğer kanserlerinde uygulanabilmekte ve hatta uyanık uniportal VATS cerrahisi deneyimli merkezlerde yapılabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Grubu TDAMÇ. Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. Toraks Derg 2006;7:1–37.
2. A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 2007;57(1):43–66.
3. Groth SS, Maddaus MA. Open Lobectomy for Patients with Stage I Non–Small Cell Lung Cancer. Thorac Surg Clin 2007;17(2):203–15.
4. Kodama K, Doi O, Higashiyama M, Yokouchi H. Intentional limited resection for selected patients with T1 N0 M0 non-small-cell lung cancer: a single-institution study. J Thorac Cardiovasc Surg 1997;114(3):347–53.
5. Koike T, Yamato Y, Yoshiya K, Kina S, Shimoyama T, Suzuki R, et al. Criteria for intentional limited pulmonary resection in cT1N0M0 peripheral lung cancer. Japanese J Thorac Cardiovasc Surg 2003;51(10):515–9.

6. Dogru MV, Sezen CB, Aker C, Girgin O, Kilimci U, Erduhan S, et al. Evaluation of Factors Affecting Morbidity and Mortality in Pneumonectomy Patients. *Acta Chir Belg* 2020;(just-accepted):1–16.
7. Sezen CB, Gokce A, Kalafat CE, Aker C, Tastepe AI. Risk factors for postoperative complications and long-term survival in elderly lung cancer patients: a single institutional experience in Turkey. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2019;67(5):442–9.
8. Whitson BA, Andrade RS, Boettcher A, Bardales R, Kratzke RA, Dahlberg PS, et al. Video-assisted thoracoscopic surgery is more favorable than thoracotomy for resection of clinical stage I non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2007;83(6):1965–70.
9. Masuda M, Kuwano H, Okumura M, Amano J, Arai H, Endo S, et al. Thoracic and cardiovascular surgery in Japan during 2012. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2014;62(12):734–64.
10. Rocco G, Martin-Ucar A, Passera E. Uniportal VATS wedge pulmonary resections. *Ann Thorac Surg* 2004;77(2):726–8.
11. Gonzalez D, Paradelo M, Garcia J, dela Torre M. Single-port video-assisted thoracoscopic lobectomy. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2011;12(3):514–5.
12. Graham EA, Singer JJ. Successful removal of an entire lung for carcinoma of the bronchus. *J Am Med Assoc* 1933;101(18):1371–4.
13. Cahan WG, Castro E. Significance of a solitary lung shadow in patients with breast cancer. *Ann Surg* 1975;181(2):137.
14. Cahan WG. Radical lobectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1960;39:555–72.
15. Jensik RJ. Segmental resection for lung cancer—a fifteen-year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1973;66:563–72.
16. Aoki T, Tsuchida M, Watanabe T, Hashimoto T, Koike T, Hirono T, et al. Surgical strategy for clinical stage I non-small cell lung cancer in octogenarians. *Eur J cardio-thoracic Surg* 2003;23(4):446–50.
17. Gonzalez-Aragnones F, Moreno-Mata N, Simon-Adiego C, Peñalver-Pascual R, Gonzalez-Casaurran G, Perea LA. Lung cancer surgery in the elderly. *Crit Rev Oncol Hematol* 2009;71(3):266–71.
18. Aokage K, Yoshida J, Hishida T, Tsuboi M, Saji H, Okada M, et al. Limited resection for early-stage non-small cell lung cancer as function-preserving radical surgery: A review. *Jpn J Clin Oncol* 2017;47(1):7–11.
19. Sihoe ADL, Yim APC. Video-assisted pulmonary resections. *Thorac Surg* (3rd Ed Patterson GA, Cooper JD, Deslauriers J, Lerut AEMR, Luketich JD, Rice TW, Pearson FG (Eds) Elsevier, Philadelphia, USA 2008;970–88.
20. McKenna Jr RJ, Fischel RJ, Wolf R, Wurnig P. Video-assisted thoracic surgery (VATS) lobectomy for bronchogenic carcinoma. In: *Seminars in thoracic and cardiovascular surgery*. Elsevier; 1998. page 321–5.
21. Yim APC, Liu H-P. Complications and failures of video-assisted thoracic surgery: experience from two centers in Asia. *Ann Thorac Surg* 1996;61(2):538–41.
22. Walker WS, Leaver HA, Craig SR, Yap PL. The immune response to surgery: conventional and VATS lobectomy. *Minimal access Cardiothoracic surgery Philadelphia WB Saunders* 2000;127.
23. Yim APC, Landreneau RJ, Izzat MB, Fung ALK, Wan S. Is video-assisted thoracoscopic lobectomy a unified approach? *Ann Thorac Surg* 1998;66(4):1155–8.
24. Chen FF, Zhang D, Wang YL, Xiong B. Video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy versus open lobectomy in patients with clinical stage I non-small cell lung cancer: A meta-analysis. 2013;39.
25. Sezen CB, Bilen S, Kalafat CE, Cansever L, Sonmezoglu Y, Kilimci U, et al. Unexpected conversion to thoracotomy during thoracoscopic lobectomy: a single-center analysis. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2019;1–7.
26. Bendixen M, Jørgensen OD, Kronborg C, Andersen C, Licht PB. Postoperative pain and quality of life after lobectomy via video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2016;17(6):836–44.
27. Lohrisch C, Paltiel C, Gelmon K, Speers C, Taylor S, Barnett J, et al. Impact on survival of time from definitive surgery to initiation of adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2006;24(30):4888–94.
28. Wang L, Liu D, Lu J, Zhang S, Yang X. The feasibility and advantage of uniportal video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) in pulmonary lobectomy. *BMC Cancer* 2017;17(1):75.
29. Harris CG, James RS, Tian DH, Yan TD, Doyle MP, Gonzalez-Rivas D, et al. Systematic review and meta-analysis of uniportal versus multiportal video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer. *Ann Cardiothorac Surg* 2016;5(2):76.
30. Gonzalez-Rivas D, Bonome C, Fieira E, Aymerich H, Fernandez R, Delgado M, et al. Non-intubated video-assisted thoracoscopic lung resections: the future of thoracic surgery? *Eur J Cardio-Thoracic Surg* 2016;49(3):721–31.
31. Gonzalez-Rivas D, Paradelo M, Fernandez R, Delgado M, Fieira E, Mendez L, et al. Uniportal video-assisted thoracoscopic lobectomy: two years of experience. *Ann Thorac Surg* 2013;95(2):426–32.
32. Gonzalez-Rivas D, Yang Y, Stupnik T, Sekhniaidze D, Fernandez R, Velasco C, et al. Uniportal video-assisted thoracoscopic bronchovascular, tracheal and carinal sleeve resections. *Eur J Cardio-Thoracic Surg* 2016;49(suppl\_1):i6–16.