

# Konu 1

## Endoskopik Mukozal Rezeksiyon

Dr. Mesut GÜMÜŞSOY, Dr. Abdullah Mübin ÖZERCAN, Dr. Kubilay ÇINAR

### Giriş

Erken evre gastrointestinal kanserler, lezyonun mukoza (T1a) veya submukozaya (T1b) sınırlı olduğu, muskularis propria invazyonu ve lenf nodu tutulumunun olmadığı neoplaziler olarak kabul edilir (1).

Terapotik endoskopi, gastrointestinal neoplazilerin yönetilmesinde önemli rol oynar. Genel olarak bakıldığında lezyonun çıkarılması, oblitere edilmesi, malign darlıklara yapılan işlemler ve kanamalara yapılan müdahaleler terapotik endoskopik işlemlerin komponentlerini oluşturur (2).

İleri düzey endoskopik tanı tekniklerin, işlemleri kolaylaştıran aparatların ve işlem tekniklerinin gelişmesi ile hastalara daha sık minimal invaziv cerrahi işlemler uygulanabilir hale gelmiştir. Son dekatlarda endoskopik tekniklerin gelişmesi ile premalign lezyon ve erken evre kanserlerin tedavisinde endoskopik rezeksiyon işlemleri önemli rol oynamaya başlamıştır.

Endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) ve endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) işlemleri premalign lezyon ve erken evre neoplazilerde küratif tedavi yöntemleri olarak kabul edilmektedir. EMR işlemi ilk kez 1974 yılında tanımlanmış olup, lezyonun tabanının submukozal enjeksiyon ile şişirildikten sonra lezyonun çıkarılmasını tanımlar. Geliştirilen tekniklerle 1990'lerden sonra

cerrahiye alternatif hale gelmiştir (3). Benzer özellikte lezyonların çıkarılmasında kullanılacak cerrahi girişimlerde; yara yeri infeksiyonu, anestezi ilişkili komplikasyonlar ve cerrahi ilişkili mortaliteler EMR'ye oranla daha fazla görülebilmektedir. Özellikle hastanın ek komorbiditeleri ve yaşının ileri olması durumunda komplikasyon görülme sıklıkları artmaktadır. Daha az invaziv olması, daha ucuz olması, hastane yatışının kısa sürmesi mukozal rezeksiyon işlemlerini cerrahiye kıyasla daha cazip hale getirmektedir.

### EMR

Mukoza veya submukozaya sınırlı yüzeysel sesil veya flat premalign, malign lezyonların submukoza tabakasının ortasından veya muskularis propria'ya yakın derin kısmından kesip çıkarılmasına dayanan bir tekniktir.

Submukozal tabakaya uygun iğnelerle enjeksiyon sıvısı verilip, bu alan doldurularak mukozayı, muskuler propria tabakasından ayırmak hedeflenmektedir. Oluşan submukozal yastıkçık sonrası yapılan işlemler; kanama, perforasyon, termal hasar riskini azalmakta ve en bloc rezeksiyon şansı sağlayarak teknik başarıyı artırmaktadır. Submukozal yastıkçık, özellikle kolon segmentlerinde olmak üzere, neoplazik lezyon sınırlarının daha iyi görülmesini sağlamaktadır.

## Kaynaklar

1. Azari FS, Roses RE. Management of Early Stage Gastric and Gastroesophageal Junction Malignancies. *Surg Clin North Am.* 2019 Jun; 99(3):439-456.
2. Giovannini Marc, Cesar Vivian Lopes. Endoscopic resection of superficial gastrointestinal tumors. *World J Gastroenterol* 2008 August 7; 14(29): 4600-4606.
3. Weon Jin Ko, Ga Won Song, Won Hee Kim et al. Endoscopic resection of early gastric cancer: current status and new approaches. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2016; 1: 24.
4. Jesús Espinel, Eugenia Pinedo, Vanesa Ojeda et al. Multiband mucosectomy for advanced dysplastic lesions in the upper digestive tract. *World J Gastrointest Endosc* 2015 April 16; 7(4): 370-380.
5. Rui Castro, Diogo Libânio, Inês Pita et al. Solutions for submucosal injection: What to choose and how to do it. *World J Gastroenterol* 2019 February 21; 25(7): 777-788.
6. Akiyama M, Ota M, Nakajima H et al. Endoscopic mucosal resection of gastric neoplasms using a ligating device. *Gastrointest Endosc* 1997;45:182-6.
7. Naohisa Yoshida MD PhD, Ken Inoue MD PhD, Osamu Dohi MD PhD et al. Precutting EMR with full or partial circumferential incision with a snare tip for the en bloc resection of difficult colorectal lesions. *VIDEOGIE* Volume 3, No. 12 : 2018.
8. Hye-Jeong Lee, You-Jin Jang, Jong-Han Kim et al. Clinical Outcomes of Gastrectomy after Incomplete EMR/ESD. *J Gastric Cancer* 2011;11(3):162-166.
9. Jun-Won Chung, Hwoon-Yong Jung, Kee Don Choi et al. Extended indication of endoscopic resection for mucosal early gastric cancer: Analysis of a single center experience.
10. CV Lopes, M Hela, C Pesenti et al. Circumferential endoscopic resection of Barrett's esophagus with high-grade dysplasia or early adenocarcinoma. *Surgical Endoscopy* (2007) volume 21, pages 820–824.
11. Park JC, Lee SK, Seo JH et al. Predictive factors for local recurrence after endoscopic resection for early gastric cancer: long-term clinical outcome in a single-center experience. *Surg Endosc* 2010; 24: 2842-2849.
12. Kim HW. What Is Different between Postpolypectomy Fever and Postpolypectomy Coagulation Syndrome? *Clin Endosc.* 2014;47(3):205.
13. Choi KS, Jung HY, Choi KD et al. EMR versus gastrectomy for intramucosal gastric cancer: comparison of long-term outcomes. *Gastrointest Endosc* 2011;73: 942-8.
14. Chang JH, Lee IS, You CR et al. Re-endoscopic mucosal resection for a residual or locally recurrent gastric lesion after endoscopic mucosal resection. *Korean J Gastrointest Endosc* 2007;35: 6-13.
15. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer.* 2017; 20(1):1.
16. Gotoda T, Yanagisawa A, Sasako M et al. Incidence of lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with a large number of cases at two large centers. *Gastric Cancer.* 2000;3(4):219.