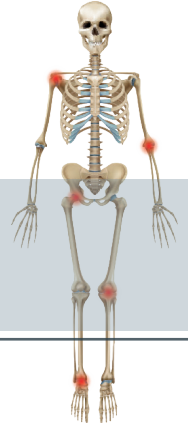


BÖLÜM 52

PELVİK REZEKSİYONLAR (INTERNAL HEMİPELVEKTOMİLER)



Hüseyin Emre KARACA ¹

GENEL BAKIŞ

Bu bölümde Tip I pelvik rezeksiyon (ilium) ve Tip III pelvik rezeksiyon (pubis) cerrahi tekniği açıklanacaktır. Bu rezeksiyonlar kalça eklemi içermemeleri ve pelvik kuşağın stabilitesini çok az etkilemeleri sayesinde çoğunlukla rekonstrüksiyon gerektirmezler. Pelvik kuşağın bu bölgelerdeki ana kan damarlarına, sinirlere ve iç organlara yakınlığı nedeniyle ayrıntılı preoperatif değerlendirme ve titiz cerrahi diseksiyon çok önemlidir. Tip II (periasetabular) rezeksiyonun cerrahi tekniği Bölüm 55'te anlatılacaktır.

GİRİŞ

İnternal hemipelvektomiler, ekstremité korunarak innominat kemiğin bir kısmının veya tamamının rezeksiyonu içerir. Primer kemik sarkomları, benign-agresif lezyonlar ve pelvik kuşağın metastatik tümörlerinin tedavisinde güvenilir bir cerrahi seçenektir. Tüm primer kemik tümörlerinin yaklaşık %15 ile %20'si pelviste bulunur. En yaygın üç histoloji osteosarkom (%35), kondrosarkom (%30) ve Ewing (%16) sarkomudur (1).

Rekonstrüksiyon, rezeksiyonun kapsamı ve kalan yapılar tarafından belirlenir. Cerrahi tek-

nik, tümörün histolojisine ve lezyonun konumuna göre multidisipliner bir ekiple kararlaştırılır. Hastaya ve ailesine, morbiditeyi, mortaliteyi, kapsamlı rehabilitasyon sürecini ve yaşam beklentisini tartışmak için ameliyat öncesi danışmanlık verilmelidir.

Hemipelvektomi, ilgili hemipelvisin ipsilateral ekstremitéyle birlikte tamamen çıkarıldığı bir prosedürdür. Bu prosedür aynı zamanda arka bacak amputasyonu olarak da bilinir. Pelvik rezeksiyonun bir amacı, ipsilateral alt ekstremitenin ekstremité kurtarılmasıdır. Bildirilen ilk hemipelvektomi 1889'da Billroth tarafından gerçekleştirilmiştir;(2) prosedür başarısız olmuştur. 1895'te Billroth'un çağdaşları Jaboulay, Caciopoli ve Girard ilk başarılı hemipelvektomiye gerçekleştirmişlerdir. Pelvik rezeksiyon yoluyla uzuv kurtarma, pelvik neoplazmların yönetiminde önemli bir ilerlemeye işaret etti. Eilber ve arkadaşları(3) hemipelvektomiye alternatif olarak pelvik rezeksiyonları ilk uygulayanlar arasındaydı. Erken pelvik rezeksiyonlar pelvik rekonstrüksiyonu içermiyordu ve sıklıkla hastalarda kötü fonksiyonel sonuçlara neden oldu. Flep ve greft teknikleri ile megaprotezlerdeki gelişmeler, pelvik rekonstrüksiyonu kolaylaştırdı ve uzuv kurtarmayı takiben fonksiyonel sonuçlarda iyileşmeler sağladı.

¹ Op. Dr., Muş Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, hsynkrc06@gmail.com

temelen lokal nükslerle ilgili ana nedendir(12).

Sonuçları en üst düzeye çıkarmak için, potansiyel neoadjuvan tedaviler, rezeksiyon hususları, rekonstrüksiyon seçenekleri ve postoperatif bakım gibi tüm yönlerin proaktif olarak değerlendirilmelidir. İnternal hemipelvektomi sonrası onkolojik ve fonksiyonel sonuç, pelvik sarkomlu hastaların tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Biermann JS, Adkins DR, Benjamin RS, Brigman B, Chow W, Conrad EU, 3rd, et al. Bone cancer. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNC-CN. 2010;8(6):688-712.
2. Lee CM, Jr., Alt LP. Hemipelvectomy and hip disarticulation for malignant tumors of the pelvis and lower extremity. Annals of surgery. 1953;137(5):704-17.
3. Eilber FR, Grant TT, Sakai D, Morton DL. Internal hemipelvectomy--excision of the hemipelvis with limb preservation. An alternative to hemipelvectomy. Cancer. 1979;43(3):806-9.
4. Enneking WF, Dunham WK. Resection and reconstruction for primary neoplasms involving the innominate bone. The Journal of bone and joint surgery American volume. 1978;60(6):731-46.
5. Mayerson JL, Wooldridge AN, Scharschmidt TJ. Pelvic resection: current concepts. The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2014;22(4):214-22.
6. Guder WK, Harges J, Gosheger G, Henrichs MP, Nottrott M, Streitbürger A. Analysis of surgical and oncological outcome in internal and external hemipelvectomy in 34 patients above the age of 65 years at a mean follow-up of 56 months. BMC musculoskeletal disorders. 2015;16:33.
7. Freitas RR, Crivellaro AL, Mello GJ, Neto MA, Filho Gde F, Silva LV. HEMIPELVECTOMY: ERASTO GAERTNER HOSPITAL'S EXPERIENCES WITH 32 CASES IN 10 YEARS. Revista brasileira de ortopedia. 2010;45(4):413-9.
8. Senchenkov A, Moran SL, Petty PM, Knoetgen J, 3rd, Clay RP, Bite U, et al. Predictors of complications and outcomes of external hemipelvectomy wounds: account of 160 consecutive cases. Annals of surgical oncology. 2008;15(1):355-63.
9. O'Connor MI, Sim FH. Salvage of the limb in the treatment of malignant pelvic tumors. The Journal of bone and joint surgery American volume. 1989;71(4):481-94.
10. Apffelstaedt JP, Driscoll DL, Spellman JE, Velez AF, Gibbs JF, Karakousis CP. Complications and outcome of external hemipelvectomy in the management of pelvic tumors. Annals of surgical oncology. 1996;3(3):304-9.
11. Beadel GP, McLaughlin CE, Aljassir F, Turcotte RE, Isler MH, Ferguson P, et al. Iliosacral resection for primary bone tumors: is pelvic reconstruction necessary? Clinical orthopaedics and related research. 2005;438:22-9.
12. Bosma SE, Cleven AHG, Dijkstra PDS. Can Navigation Improve the Ability to Achieve Tumor-free Margins in Pelvic and Sacral Primary Bone Sarcoma Resections? A Historically Controlled Study. Clinical orthopaedics and related research. 2019;477(7):1548-59.
13. Jeys L, Matharu GS, Nandra RS, Grimer RJ. Can computer navigation-assisted surgery reduce the risk of an intralesional margin and reduce the rate of local recurrence in patients with a tumour of the pelvis or sacrum? The bone & joint journal. 2013;95-b(10):1417-24.
14. Laitinen MK, Parry MC, Albergo JI, Grimer RJ, Jeys LM. Is computer navigation when used in the surgery of iliosacral pelvic bone tumours safer for the patient? The bone & joint journal. 2017;99-b(2):261-6.