

Torakoskopik lobektominin gün geçtikçe artan önemi ve deneyimlerin paylaşılması

The increased importance of thoracoscopic lobectomy by the day and sharing the experiences

**Kuthan Kavaklı, Hakan Işık, Okan Karataş,
Alper Gözübüyük**

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sayın Editör,

Derginizin Temmuz 2014 sayısında yayınlanan Coşgun ve ark.na^[1] ait "Video-yardımlı torakoskopik lobektomi öğrenme ve gelişim süreci: Süreyyapaşa deneyimi" başlıklı makaleyi büyük bir ilgi ile okuduk. Bu konuda deneyimlerini bizler ile paylaşan yazarlara çok teşekkür ederiz.

Torakoskopik lobektominin avantajları; ameliyat sonrası daha az ağrı olması, göğüs tüpünün daha az kalması, hastanede kalış süresinin ve günlük aktivitelere dönebilme süresinin daha kısa olması, pulmoner fonksiyonların korunması ve azalmış enflamatuvar sitokin yanıtı olarak sıralanabilir. Torakoskopik lobektominin bu avantajlarının klinik yansımaları ise; adjuvant tedaviye daha kısa sürede başlama veya gecikmelerin daha az olması, daha az komplikasyon gelişmesi ve daha riskli hastaların ameliyat edilebilmesidir.

Tümör (T) ve nodül (N) durumlarının torakoskopik lobektomi üzerine etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada; periferik yerleşimli 3 cm'den küçük lezyonlar ve klinik olarak N₀ olan hastalar ile bir grup oluşturulmuşken (n=329), santral yerleşimli 3 cm'den büyük lezyon ve klinik olarak N₁₋₃ hastalar ile ikinci bir grup oluşturulmuştur (n=504). Bu iki grup komplikasyon gelişmesi açısından karşılaştırıldığında, tümörün 3 cm'den büyük olması veya santral yerleşimli olması veya klinik olarak N durumunun anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Ancak torakotomiye geçme oranları karşılaştırıldığında 3 cm'den büyük veya santral yerleşimli tümörler için anlamlı bir fark yok iken, klinik olarak N₁₋₃ olan hasta grubunda torakotomiye geçme oranı anlamlı olarak fazla bulunmuştur.^[2]

Torakoskopik lobektomiden açık cerrahiye geçilen durumların yer aldığı Şekil 2 incelendiğinde; bulky N₂, 5-6 no'lu lenf nodu pozitifliği ve göğüs duvarı invazyonu (n=3) dışında cerrahi sonrası patolojik evreyi artıracak bir durum görülmemektedir. Bu neden ile patolojik olarak ileri evredeki hastalarda açık ameliyata geçme oranının yüksek bulunması sadece bir tesadüf olabilir mi sorusu akla gelmektedir.

Mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda, fazla lenf nodu alınabildiğinden, daha doğru evreleme yapılmakta ve gizli lenf nodu metastazı saptama oranı artmaktadır. Ancak mediastinal lenf nodu diseksiyonunun sağkalımı artırıp artırmadığı tartışmalı bir konudur. Erken evre akciğer kanserinde mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalar ile sistemik mediastinal lenf nodu örnekleme yapılan hastaların karşılaştırıldığı bir klinik çalışmada, sağkalım ve lokal nüks açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak morbidite ve mortalite arasında da anlamlı bir fark bulunmaması nedeni ile yazarlar rezektabl tüm akciğer kanserlerinde mediastinal lenf nodu diseksiyonunun yapılmasını önermişlerdir.^[3] Torakotomi ile ve torakoskopik olarak yapılan mediastinal lenf nodu örneklemesinin etkinliğinin karşılaştırılmasında örneklenen istasyonların sayısından ziyade örneklenen lenf nodlarının sayısının karşılaştırılmasının daha anlamlı olacağını düşünüyoruz.

Torakoskopik lobektomi, daha az ameliyat sonrası komplikasyon görülmesi ve daha az ağrı gibi avantajları nedeni ile özellikle erken evre tümörlerde standart yaklaşım olma seviyesine gelmiştir. Çalışmanızda torakoskopik lobektomi yapılan grup ile açık lobektomi yapılan grup arasında ameliyat sonrası komplikasyonlar açısından anlamlı bir fark bulunmamasının, ameliyat anında açık cerrahiye geçmek konusunda yerinde karar verme ile çok yakından ilgisi olmadığını düşünüyoruz. Açık cerrahiye geçme konusunda yerinde karar verme ameliyat sonrası komplikasyonları önlemede etkili olabilir.

Sonuç olarak, düşük doz tomografi ile akciğer kanseri taramasının kılavuzlarda yer alması nedeni ile erken evre akciğer kanseri saptanma oranında bir artış olması beklenmekte olup ileride torakoskopik lobektominin önemi daha da artacaktır. Torakoskopik lobektomi uygulayan kliniklerin sayısı ülkemizde her geçen gün artmaktadır, böyle güncel bir konuda deneyimlerini bizler ile paylaşan yazarlara tekrar çok teşekkür ederiz.



Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2015.10735
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 02 Ağustos 2014 Kabul tarihi: 02 Ekim 2014

Yazışma adresi: Dr. Kuthan Kavaklı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 06010 Etlik, Ankara, Türkiye.

Tel: 0312 - 304 51 71 e-posta: kavaklikuthan@gmail.com

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Coşgun T, Baysungur V, Tezel Ç, Okur E, Alpay L, Kutlu CA ve ark. Video-yardımlı torakoskopik lobektomi öğrenme ve gelişim süreci: Süreyyapaşa deneyimi. Turk Gogus Kalp Dama 2014;23:589-95.
2. Villamizar NR, Darrabie M, Hanna J, Onaitis MW, Tong BC, D'Amico TA, et al. Impact of T status and N status on perioperative outcomes after thoracoscopic lobectomy for lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2013;145:514-20.
3. Darling GE, Allen MS, Decker PA, Ballman K, Malthaner RA, Inculet RI, et al. Randomized trial of mediastinal lymph node sampling versus complete lymphadenectomy during pulmonary resection in the patient with N0 or N1 (less than hilar) non-small cell carcinoma: results of the American College of Surgery Oncology Group Z0030 Trial. J Thorac Cardiovasc Surg 2011;141:662-70.

Yazarın yanıtı

Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi'nin Temmuz 2014 sayısında yayınlanmış olan yazımıza^[1] editöre mektup olarak yazdıkları yorumlarından dolayı meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Yazarların ilk değindiği konu açık cerrahiye geçilen durumlarda evreyi artıracak nedenler az iken normalde ileri evrede olan hastaların açık cerrahiye dönme oranının yüksek olması gerektiği şeklindedir. Açık cerrahiye geçme nedenlerinden Bulky N₂ saptanma oranı, santral kitle, göğüs duvarı invazyonu gibi nedenler bizim çalışmamızda da görülmekle birlikte adezyonlar ve inkomplet fissür oranının yüksekliğinde ülkemizin sosyoekonomik yapısının etkisi vardır. Klinik ve patolojik evreleme arasında farklılıklar olabilir. İleri görüntüleme yöntemleri ile tümör boyutu ve nodal tutulumu önceden saptamak plevral adezyonları saptamadan daha çok başarılabilir.^[2] Kliniğimizde ameliyat öncesi dönemde nodal statüsü yüksek olabilecek hastalarda ameliyata mediastinoskopi ile başladığı için bizim hasta grubumuzda preklirik evreleme ile açık cerrahiye geçme arasındaki ilişkiyi değerlendirmek çok sağlıklı olmayabilir. Bunun yanında yine de bu argümanı desteklemesi daha çok beklenen tablomuz Şekil 3'tür.

Yazarların değindiği ikinci konu örneklenen lenf nodu sayıları hakkında haklı bir yorumdur. Cheng,

öğrenme sürecini ilk dönem ve son dönem şeklinde iki gruba ayırdığında ikinci dönemde video yardımlı torakoskopik cerrahi lobektomide örneklenebilen lenf nodu sayısının anlamlı olarak artabileceği göstermiştir.^[3] Yazarların da belirttiği gibi örneklenen lenf nodu sayısı, en az lenf nodu istasyon sayısı kadar önemli bir parametredir. Ayrıca birçok yayında invaze lenf nodu sayısı kadar, oranının (Lymph Node Ratio) da prognoz belirlemede önemi anlatılmıştır.^[4] Ancak kliniğimizdeki cerrahların yaklaşımlarında, lenf nodu diseksiyonu pratiklerinden kaynaklanabilecek farklılık ve çalışmamızın hastaların prognozlarından ziyade video yardımlı torakoskopik cerrahi lobektomi uygulanabilirliği hakkında olması sebebiyle lenf nodu istasyon sayısı değerlendirilmiştir.

Yazarların son yorumu komplikasyonlar hakkında olmuştur. Yazarların da belirttikleri gibi torakoskopi esnasında sorun yaşanarak torakotomiye geçme aşamasını değerlendirmede kanama miktarı ve ameliyat süresi daha anlamlı parametrelerdir. Ve bu parametrelerin karşılaştırılması sonucu bizim çalışmamızda anlamlı çıkmamıştır. Burada açık cerrahiye geçme kararının geciktirilmemesi önem kazanmaktadır. Farklı ameliyat sonrası komplikasyonların hepsinin uzun ameliyat süresi ve fazla kanama miktarı ile ilişkilendirilemeyeceği doğrudur. Ancak hipotansiyon, aritmi, miyokard enfarktüsü^[5] veya solunum yetmezliği, akut solunum sıkıntısı sendromu, akciğer ödemi^[6] gibi ameliyat sonrası komplikasyonlara dolaylı yoldan neden olabilir. Çalışmamızda bu ameliyat sonrası komplikasyonların da sıklığında artış olmadığı görülmüştür.

Yazarlara bu yapıcı ve nazik yorumlarından dolayı teşekkür ederiz. Video yardımlı lobektomi tüm dünyada ve ülkemizde hem nicelik hem de nitelik (sleeve rezeksiyonlar, santral kitleler veya superior sulkus tümörleri gibi) bakımından daha çok yaygınlaşacaktır.

KAYNAKLAR

1. Coşgun T, Baysungur V, Tezel Ç, Okur E, Alpay L, Kutlu CA ve ark. Video-yardımlı torakoskopik lobektomi öğrenme ve gelişim süreci: Süreyyapaşa deneyimi. Turk Gogus Kalp Dama 2014;23:589-95.
2. Higuchi M, Yaginuma H, Yonechi A, Kanno R, Ohishi A, Suzuki H, et al. Long-term outcomes after video-assisted thoracic surgery (VATS) lobectomy versus lobectomy via open thoracotomy for clinical stage IA non-small cell lung cancer. J Cardiothorac Surg 2014;9:88.
3. Cheng YJ. The learning curve of the three-port two-instrument complete thoracoscopic lobectomy for lung cancer-A feasible technique worthy of popularization. Asian J Surg Asian J Surg 2015 Jan 5. pii: S1015-9584.
4. Renaud S, Falcoz PE, Olland A, Schaeffer M, Reeb J, Santelmo N, et al. The intrathoracic lymph node ratio seems

- to be a better prognostic factor than the level of lymph node involvement in lung metastasectomy of colorectal carcinoma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2015;20:215-21.
5. Zerrin Ülke S, Koltka K, Çamcı E, Şentürk M. Akciğer rezeksiyonunda perioperatif miyokard infarktüsü: farkındalık, tanı, izlem ve tedavi. *GKDA Derg* 2012;18:52-6.
 6. Şentürk E, Ülke ZS. Göğüs cerrahisi ameliyatları sonrası solunum yetmezliği ve yapay solunum desteği. *Anestezi Dergisi* 2012;20:13-21.

İletişim adresi: Dr. Tuğba Coşgun. Ağrı Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, 04100 Ağrı, Türkiye.

Tel: 0472 - 215 52 52 / 1430 e-posta: tugba _ cosgun@hotmail.com