Erken Dönem Mide Adenokarsinomlu Olguda Çalışan Kalpte Koroner Revaskülarizasyon Uygulamamız

Ufuk Yetkin, Ali Gürbüz

Özet:

Çeşitli sistemlerinde kanser tanılanmış hastaların kardiyak operasyonlarında kardiyopulmoner bypass ve özel bakım gerektiren bir takım problemler doğar. Olgumuz 63 yaşında erkek hasta olup son üç aydır başlayan karın ve göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurduğu Genel Cerrahi Kliniğimizde gerçekleştirilen özofagogastroduodenoskopisinde alınan mide korpus ve antrum bileşkesinin biyopsilerinin histopatolojik incelemesinde taşlı yüzük hücreli erken dönem mide adenokarsinomu tanısı konmuştu. Hastaya planlanan gastrektomi öncesi preop eforlu elektrokardiyografisi pozitif bulgulanmıştı. Çekilen koroner anjiografisinde left anterior descending arterinde 1. diagonal sonrası ciddi stenotik lezyon belirlenerek safen greftle atan kalpte ilgili koroner arterine bypass operasyonu gerçekleştirilmişti. Postoperatif 6. günde şifa ile taburcu edilerek, Genel Cerrahi Kliniği başvurusu ve polikliniğimiz takibi önerildi. Çeşitli sistemlere ait kanser tanılanmış hastalarda başarılı olarak sonuçlanacak koroner bypass operasyonları sayesinde semptomlarda düzelme ile yaşam kalitesi ve süresinde uzama sağlanarak esansiyel kanser patolojisine yönelik cerrahi işlemlerin de büyük bir risk azaltımı ile yapılabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Atan kalpte koroner revaskülarizasyon, mide adenokarsinomu, gastrektomi

Kalp ameliyatlarının yaygın olarak ve başarılı sonuçlarla yapılabilmesi daha yüksek risk grubunu oluşturan birlikte başka sistemlere ait patolojileri olan hastalarda da bu operasyonların yapılmasını gündeme getirmiştir. Erken mide kanseri tarifi histolojik olarak midenin mukoza ve submukozasında sınırlı olan kanserdir. Yeterli bir rezeksiyonu takiben yüksek oranda tedavi edilebilir ayrı bir klinik antite olduğu düşünülmektedir. Kür oranları 5 yılda %90'ın üzerinde ve 10 yılda da %80'in üzerindedir (1). Malign karakterde neoplazisi olan ve ciddi koroner arter hastalığı tanılanan hastalarda neoplazinin tedavisinden önce koroner arter revaskülarizasyonu önerilmekte ve atan kalpte uygulanan koroner bypass işleminin güvenilir ve effektif bir yöntem olduğu da bilinmektedir (2). Bu çalışmada erken mide karsinomu tanısı almış ve bu açıdan operasyona hazırlanırken koroner arter hastalığı bulgulanarak atan kalpte koroner bypass operasyonuna aldığımız hastada tedavi stratejimizin aktarılması amaçlanmıştır.

* Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği VII.Ulusal Kongresinde (23-27.Ekim.2002, Antalya) Tebliğ Edilmiştir.

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İZMİR.

Yazışma Adresi: Op.Dr.Ufuk YETKİN

1379 Sok. No:9, Burç Apt.D:13 35220

Alsancak/İZMİR

Olgu Sunumu

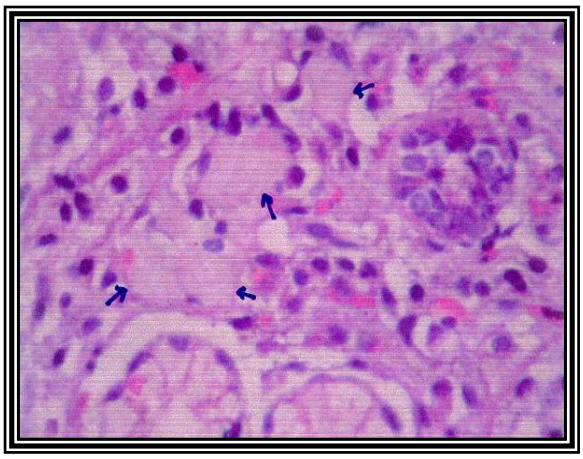
Olgumuz 63 yaşında erkek hasta olup son 3 aydır başlayan karın ve göğüs ağrısı yakınmasıyla hastanemize başvurmuştu. Genel Cerrahi Kliniğimizce yapılan incelemelerinden özefagogastroduodenoskopisinde korpus ile antrum bileşkesinde arka duvar yönünde plilerde ışınsal dizilim (Resim 1) mevcut olup, antrumda da mukozanın hiperemik olması (Resim 2) dikkat çekici olarak bildirilmiş ve ilgili lokalizasyonlardan biyopsiler alınmıştı. Histopatolojik incelemesinde taşlı yüzük hücreli adenokarsinom (Resim 3) tanılanmış ve tümöral hücrelerin minimal düzeyde olması nedeniyle patern özelliği de dikkate alındığında erken mide karsinomu olarak nitelendirilmiş ve Genel Cerrahi Kliniği tarafından gastrektomi planlanmıştı. Hastanın gastrektomi operasyonu öncesi metastatik tarama incelemelerinde (beyin BT, tüm batın USG, tüm vücut kemik sintigrafisi ve toraks BT) metastatik odağa özgü bulgu saptanmamıştı. Hastanın preoperatif tüm biyokimyasal parametreleri normal bulgulanmıştı. Yine preoperatif gerçekleştirilen eforlu EKG sonucu pozitif belirlenince, bunu takiben yapılan koroner anjiografisinde left anterior descending (LAD) arterinde 1. diagonal öncesi %60 ve sonrasında %99'luk ciddi stenotik lezyon saptanmıştı (Resim 4). Ventrikülografisinde de



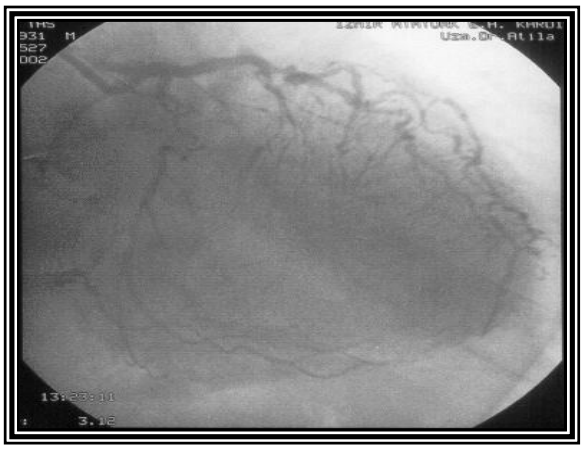
Resim 1. Korpus ile antrum bileşkesinde, arka duvar yönünde plilerdeki ışınsal dizilim dikkat çekiyordu



Resim 2. Antrumda mukozanın hiperemik ve üreaz (+) olması bulgulanmıştı.



Resim 3. Gastrik bezler arasında 4 adet taşlı yüzük biçiminde tümör hücreleri (oklarla belirtilen) görülmektedir



Resim 4. Olgumuzun koroner anjiogramından LAD'deki %99'luk ciddi stenotik lezyonun görüntülendiği kesit izlenmektedir.

tüm segmentler hipokinetik olup sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %35 olarak bulgulanmıştı.

Hastamız bu bulgularla koroner revaskülarizasyon uygulanımı için operasyona alındı. Sağ bacak insizyonu ile hazırlanan safen ven grefti kullanılarak çalışan kalpte Aort → LAD bypass uygulandı. Postop 1. günde yoğun bakım ünitesinden servise transfer edilen hastanın izlemlerinde ek sorun gelişmedi ve 6. günde cerrahi şifa ile taburcu edilerek ameliyatının 4. haftasında planlanan gastrektomi işleminin uygulanabileceği belirtilerek Genel Cerrahi Klinik başvurusu ve polikliniğimiz rutin izlemi önerildi.

Tartışma

Kabul edilebilir riskler altında çeşitli sistemlerine ait kanser tanılanmış hastalarda koroner bypass operasyonları (CABG) gerçekleştirilebilmektedir. Bu operasyonların ekstrakorporeal dolaşımla yapılan normal konvansiyonel CABG işlemi sırasında multipl metastatik yayılım yan etkisi olabileceği ve bu nedenle kalp operasyonu haricinde operasyon ihtiyacının eşlik ettiği çeşitli sistemlerine ait kanser tanılanmış hastalarda çalışan kalpte (off-pump) CABG uygulamasının daha etkin olduğu vurgulanmıştır (3,4).

Son 60 yılda batı ülkelerinde mide kanserinin mortalitesi dramatik bir şekilde azalmış olmasına rağmen, halen tüm dünyada deri kanserinin dışında en sık rastlanan malign hastalık olarak majör bir ölüm nedenidir (5). Cerrahi en etkin tedavi modalitesidir. Bu nedenle mide kanseri majör bir sağlık sorunu ve cerrahiyi zorlayan bir konu oluşturmaktadır. Gastrik malign neoplazilerin %95'inden çoğunu adenokarsinomlar teşkil etmektedir (1). Bizim

olgumuz da adenokarsinom grubundaydı. Japon Mide Kanseri Araştırma Derneği'nin sınıflamasına göre histopatolojik incelemesinde erken mide kanseri saptanmış olan olgumuz Tip II-Yüzeyel tip: (a) Yüksek tip (taşlı yüzük hücreli) sınıfında yer almaktaydı (6). TNM evrelemesi ise Batılı uluslarca yaygın olarak kabul edilen sınıflama olup, mide duvarının penetrasyonu, T (tümör) evresini tayin etmektedir. T_1 sınıfı, tümörün lamina propriayı invaze temiş olduğunu, ancak mukoza ya da submukozada sınırlı kaldığını gösterir (1).

Bizim olgumuzda da, T_1 sınıfında olup histopatolojik incelemesinde derin lamina propria yerleşimli bir iki alanda 3-8 arasında hücre topluluğu biçiminde ve taşlı yüzük hücreleri niteliğinde tümöral hücreler dikkati çekmiş ve diğer alanlarda mukozal bezlerde rejeneratif değişiklikler ile lamina propriada monükleer hücre infiltrasyonu yorumu yapılmıştı. Ayrıca günümüzde proksimal tümörlerin sayısında dramatik artış olmakla birlikte mide kanserlerinin çoğu antral bölgede yerleşim göstermektedir (5). Bizim olgumuzun da erken mide kanseri (EMK) patolojisi antrum lokalizasyonundaydı. EMK'nın, midenin mukozası ve submukozasına sınırlı kaldığı ve yeterli rezeksiyon sonrası kür oranının dahi %80'in üzerinde olduğu bildirilmiştir (1,5).

Çeşitli sistemlerinde kanser tanılanmış olgularda koroner revaskülarizasyon için çalışan kalpte, koroner bypass uygulamasının tercih edilmesi gereken yöntem olduğu ve esansiyel kanser patolojisine yönelik operasyondan önce ya da eş zamanlı uygulanması gerektiği, ancak bu prosedüre uygun olmayan hastalarda CPB ile operasyonun gerçekleştirilmesinin gerekliliği bildirilmiştir (2,3,7-9). Bu prosedürün uygulanması planlanan olgular sirkumfleks (Cx) koroner arter sisteminde lezyonu olup sintigrafik olarak bu bölgede skar dokusuna sahip iskemi veya canlı alanların izlenmediği ya da Cx arteryal damar yatağının non-graftable olduğu hastalardır. Hastaların damar yatağının graftable olup olmadığına dair son karar anjiografik değerlendirmeyi takiben ameliyat sırasındaki direkt eksplorasyon sonucunda verilmelidir (8,10). Biz olgumuzda graftable nitelikte olan LAD arterine revaskülarizasyon uyguladık.

Davydov ve ark. toplam 27 hasta üzerinde kanser hastalığına eşlik eden ciddi koroner arter hastalığının radikal cerrahi tedavi edilebilirliğini iki ayrı patoloji için eş zamanlı operasyonlar gerçekleştirerek klinik pratiğe uygulanabilirliğini araştırmışlardır (11). Bu olgulardan altısı gastrik adenokanser tanılı idi. Eş zamanlı operasyonlar sonrası ortalama sürviyi 26 ay olarak saptamışlardı. Eş zamanlı operasyonların rezektabiliteyi, radikal tedavi potansiyelini, operasyonun fonksiyonel sonuçlanımını ve operabilite sınırlarının genişletilebilmesini sağladığını bildirmişlerdir. Biz de olgumuzda öncelikle koroner revaskülarizasyon gerçekleştirimi olmak üzere kısa süre aralıklı ardışık operasyonları planlamıştık.

Hazama ve ark. ise koroner revaskülarizasyon ihtiyacı bulunan akciğer kanseri tanılı hastalarda miyokardiyal enfarktüs komplikasyonu gelişmeden küratif bir kombine radikal operasyon gerçekleştirmek amacıyla, minimal invazif teknikle tekli koroner bypass ile eş zamanlı video torakoskopik yöntemle kanser saptanmış akciğer lobuna lobektomi uygulanımını bu olgularda kombine bir yaklaşım tekniği olarak bildirmişlerdir (12).

Mide kanserli veya beyin kanserli olgularda komplikasyonların önlenmesi amacıyla, eş zamanlı olsun ya da ardışık olsun koroner revaskülarizasyon uygulamasının mümkünse atan kalpte yapılmasının ve önceliğinin efektif yöntem olduğu bildirilmiştir (7,13). Yine Hirose ve ark.'nın 1992 yılını takip eden 6 yıllık sürede koroner revaskülarizasyonlarını (CABG) atan kalp veya kardiyopulmoner bypass ile gerçekleştirdikleri 19 hastalık serilerinde kalp dışı majör operasyon öncesi CABG'nin koroner iskemiye bağlı olarak kısa ve uzun dönem mortaliteyi efektif bir şekilde azalttığını bildirmişlerdir (2).

Yine bu çalışma ile, atan kalpte CABG uygulanan hastalarda kardiyopulmoner bypass işleminin risklerinin giderilerek iyileşme periyodunun kısaldığını ve konvansiyonel CABG uygulamasına oranla hastanede kalış süresi ve maliyetin belirgin olarak azaldığı da kanıtlanmıştır.

Sonuç olarak, çeşitli sistemlerinde kanser tanılanmış hastalarda koroner arter hastalığı bulgulanması ve cerrahi revaskülarizasyon planlaması halinde tercihen endikasyon dahilindeyse uygulanacak atan kalpte CABG'nin, ardışık ya da eş zamanlı olsa da kardiyak sorunun giderilmesi sağlanmış olacak ve yapılacak majör rezeksiyon cerrahisi ile sonrasındaki muhtemel sorunların da çözümünü kolaylaştıracaktır. Bu beklenti de, cerrahi ile düzeltimi sağlanacak kardiyovasküler bir patoloji ile yaşamı tehdit altında bulunan erken dönem kanser patolojili hastalar için zaman kaybetmeden kardiyak cerrahi tedavinin uygulama zorunluluğunu göstermektedir. Böylelikle, özellikle erken dönem kanser tanılı olgularda açık kalp operasyonlarının kabul edilebilir morbidite ve düşük mortalite ile güvenle uygulanarak kardiyak semptomlarda düzelme, yaşam kalitesinde artma temin

edilirken, majör patolojiye yönelik radikal rezeksiyon şansı büyük bir risk azaltımı ile elde edilebilmekte ve böylece yaşam süresi de önemli ölçüde artabilmektedir.

Coronary Revascularization Approach With Beating Heart In An Early Period Stomach Adenocarcinoma Case

Abstract:

In cardiac operations of patients with other system carcinomas, many problems appear due to cardiopulmonary bypass and special care. Our patient was a 63 years old man and had abdominal and chest pain during last 3 months. His tests were done in General Surgery Clinic and esophagogastroduodenoscopy and biopsies were taken. In hystopathologic study, biopsy showed thimble cell adeno Ca and because tumoral cell number was minimal, it was accepted as early stomach Ca and gastrectomy was planned by General Surgeons. His preoperative ECG with effort was positive, so coronary angiography was recommended and we found 99% after 1. diagonal stenotic lesion at left anterior descending artery. We performed coronary bypass with beating hearth and an aort→LAD bypass with saphenous vein graft. He was taken to the service from intensive care unit at postoperative first day and no problem was developed and he was discharged with surgical cure at 6th day. With acceptable risks, coronary bypass operations can be performed in Ca patients. Successful CABG results improve the symptoms, and quality of life and survival and surgical procedures for essential cancer pathology can be done with a very low risk rate.

Key words: With beating heavt coronary revascularization, stomach adenocarcinoma, gastrectomy

Kaynaklar

1. Schlemper RJ, Itabashi M, Klaus YK, et al. Differences in diagnostic criteria for gastric carcinoma between Japanese and Western pathologists. Lancet 349:1725-9,1997.
2. Hirose H, Amano A, Yoshida S, et al. Coronary artery bypass grafting in patient with malignant neoplasm. Efficacy of coronary artery bypass grafting on beating heart. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 48(2):96-100, 2000.
3. Tanaka H, Narisawa T, Hirano J, Suzuki T, Takaba T. Efficacy of off-pump coronary artery bypass grafting in patients requiring noncardiac operations. Kyobu Geka 54(13):1107-11, 2001.
4. Petrova V V, Osipova NA, Donakova IS, Edeleva NV, Kudriavtsev SB. Choice of treatment strategy for a patient with rectal cancer and severe concomitant disease (İHD). Anesteziol Reanimatol 5:73-6, 2001.
5. Patiño JF. The current management of gastric cancer. Adv Surg 27:1-6, 1994.
6. Inokuchi K. Prologed survival of stomach cancer patients after extensive surgery and adjuvant treatment: An overview of the Japanese experience. Semin Surg Onco 7:333-9, 1991.
7. Suzuki K, Miyamoto M, Ikeda N, Shigeta K, Kouchi Y, Miyashita H. Simultaneous surgery for unstable angina and gastric cancer: a case report. Kyobu Geka 54(4):305-9, 2001.
8. Ochi M, Yamada K, Fujii M, Ohkubo N, Ogasawara H, Tanaka S. Role of off-pump coronary artery bypass grafting in patients with malignant neoplastic disease. Jpn Circ J 64(1):13-17, 2000.
9. İsomura T, Hisatomi K, Koga M, et al. Coronary artery bypass grafting combined with operation for non-cardiac disease. Nippon Geka Gakkai Zasshi 92(7):847-51,1991.
10. Quigley RL, Weiss SJ, Highbloom RY, Pym J. Creative arterial bypass grafting can be performed on the beating heart. Ann Thorac Surg 72(3):793-7, 2001.
11. Davydov MI, Akchurin RS, Gerasimov SS, et al. Simultaneous operations in thoraco-abdominal clinical oncology. Eur J Cardiothorac Surg 20(5):1020-4, 2001.
12. Hazama K, Akashi A, Hirata N, et al. Minimally invasive surgery for lung cancer with coronary artery disease. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 49(4):261-3, 2001.
13. Tashiro T, Zaitu R, Nakamura K, et al. Off-pump CABG for a patient with a brain tumor. Ann Thorac Cardiovasc Surg 6(3):193-5, 2000.