

Dev adrenal kitlelere laparoskopik yaklaşım

Laparoscopic approach to giant adrenal tumors

Akın Fırat Kocaay, Süleyman Utku Çelik, Ömer Arda Çetinkaya, Elvan Onur Kırımker, Seher Demirer
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Özet

İlk kez 1990'lı yılların başında uygulanmaya başlanan laparoskopik sürrenalektomi, ilerleyen yıllarda adrenal kitlelerin tedavisinde altın standart haline gelmiştir. Bu yöntemde kitle boyutunun üst sınırı henüz tartışmalı bir konu olsa da son yıllarda 10 cm'den büyük kitlelerin başarı ile laparoskopik olarak çıkarılabildiği görülmektedir. Bu çalışmada 46 yaşındaki Multiple Endokrin Neoplazi Tip 2A tanılı kadın hastada 13 cm boyutundaki adrenal kitle için başarıyla uygulamış olduğumuz laparoskopik sürrenalektomi olgusunu sunmayı amaçladık. Her ne kadar laparoskopik sürrenalektomide kitle boyutunun üst sınırı tartışmalı olsa da bu konuda asıl belirleyicinin cerrahın laparoskopik sürrenal cerrahi deneyimi ve kitleye ait özellikler olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Adrenal bez neoplazileri, adrenalektomi, feokromositoma, laparoskopik cerrahi

Abstract

Since the early 1990s, laparoscopic adrenalectomy has replaced open adrenalectomy as gold standard techniques for the surgical treatment of adrenal disorders. Though the upper limit of the mass is controversial with laparoscopic approach; in last years, it is seen that tumor size of greater than 10 cm is excised successfully by this technique. Here, a case of giant adrenal mass in a 46-year-old woman with Multiple Endocrine Neoplasia type 2A that was treated with laparoscopic adrenalectomy is reported. We think that laparoscopic adrenalectomy can be safely performed even for giant adrenal tumors like pheochromocytoma without evidence of local invasion in highly skilled and experienced hands.

Key words: Adrenal gland neoplasms, adrenalectomy, laparoscopic surgery, pheochromocytoma

Giriş

Feokromositoma, adrenal glandın meduller (iç) bölgesine ait nadir bir tümör olup, kromaffin hücrelerden köken alarak katekolamin sekrete eder. Normal popülasyondaki yıllık insidans yaklaşık olarak yüz binde birdir¹. İzole ve sporadik olabilecekleri gibi %10 oranında multipl endokrin neoplazi (MEN) gibi ailesel hastalıklarla da birlikte görülebilirler² ve genellikle benign karakterli olmakla beraber %10 kadarı malign seyretmektedir³. Her yaşta görülmesine rağmen ortalama görülme yaşı 40'tır. Ancak malignansi çocuk ve kadınlarda daha siktir^{2,3}.

Feokromositomanın küratif tek tedavisi tümörün cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Bu cerrahideki intraope-

ratif ana prensip katekolamin deşarjına neden olmamak için tümörün mümkün olduğunca az manipüle edilmesidir⁴. Bu nedenle, ilk kez 1992 yılında Gagner tarafından rapor edilen laparoskopik sürrenalektomi, ilerleyen yıllarda adrenal kitlelerin tedavisinde altın standart haline gelmiştir⁵. Bu yöntemde kitle boyutunun üst sınırının ne olacağı tartışmalı bir konu olsa da son yıllarda 10 cm'den büyük kitlelerde de başarı ile laparoskopik sürrenalektomi uygulanabileceği vaka serileriyle bildirilmiştir^{5,6}. Bu çalışmada MEN 2A tanısı ile büyüğü sol tarafta ve 13 cm çapında olan iki taraflı adrenal kitleye uygulamış olduğumuz bilateral laparoskopik sürrenalektomi olgusunu sunmayı amaçladık.

Yazışma Adresi | Correspondence: Dr. Akın Fırat Kocaay
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İbn-i Sina Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 06100, Sıhhiye/Ankara/Türkiye
e-posta: firatkocaay@gmail.com

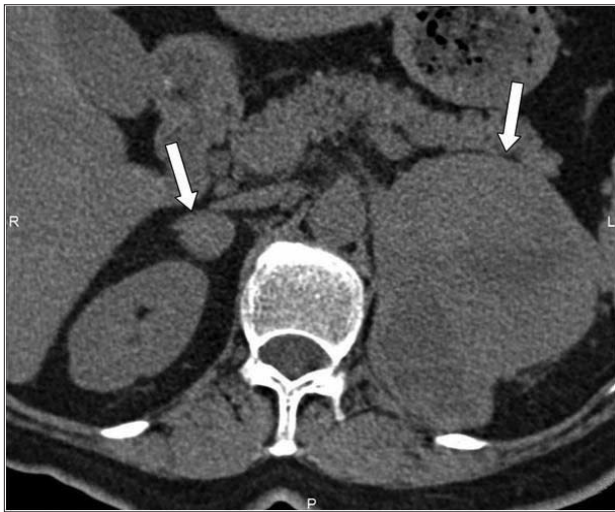
Başvuru tarihi | Submitted on: 20.05.2015

Kabul tarihi | Accepted on: 10.09.2015

Olgu Sunumu

Kırk altı yaşında kadın hasta yaklaşık 7 yıldır olan terleme, çarpıntı ve hipertansiyon atakları sonrasında yapılan incelemelerle MEN 2A tanısı almıştı. Bu süreçte cerrahi kabul etmeyen hasta medikal olarak sadece alfa blokör tedavisi almış ve semptomları azaldığından kontrollere gitmemişti. Benzer bir aile öyküsü olmayan hasta, şikayetlerinin artması üzerine endokrinoloji servisine kabul edildi ve yapılan incelemeler ile feokromositomanın laboratuvar olarak fonksiyonel olduğu görüldü. Hastanın biyokimyasal açıdan hiperkalsemi (12 mg/dL) dışında anlamlı patolojik bulgusu yoktu. Tiroid ultrasonografisinde sol alt posterior yerleşimli 9x7x12 mm boyutlarında paratiroid adenomu ile uyumlu kitle ve büyüğü sağda olan 12x10x13 mm boyutlarında bilateral ve malignite açısından şüpheli multiple nodüler kitleler saptandı. Şüpheli alanlardan yapılan tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi medüller tiroid kansinomu ile uyumlu tespit edildi. Feokromositomanın yerleşimi, boyutu ve olası metastazlar açısından yapılan torako-abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografide solda 126x80 mm ve sağda 35x22 mm adrenal kiteller saptandı (**Resim 1**). Herhangi başka patolojik bir odak veya metastaz görülmedi.

Hastaya endokrinolojik hazırlıkları takiben, toplam 6 trokarla, sağa korteks koruyucu ve sola total olmak üzere bilateral laparoskopik lateral transperitoneal sürrenalektomi yapıldı. Kitleler sol lateraldeki trokar kesisi büyütülerek çıkarıldı (**Resim 2a**). Çıkan materyaller sağda uzun çapı 13 cm ve solda 3,5 cm olarak ölçüldü. (**Resim 2b**). Cerrahi işlem yaklaşık 135 dakika sürdü, işlem sırasında komplikasyon gelişmedi ve hastanın intraoperatif ve postoperatif kan replasmanı ihtiyacı ol-



Resim 1. Bilgisayarlı tomografi'den bir kesit; bilateral feokromositoma (beyaz oklar)

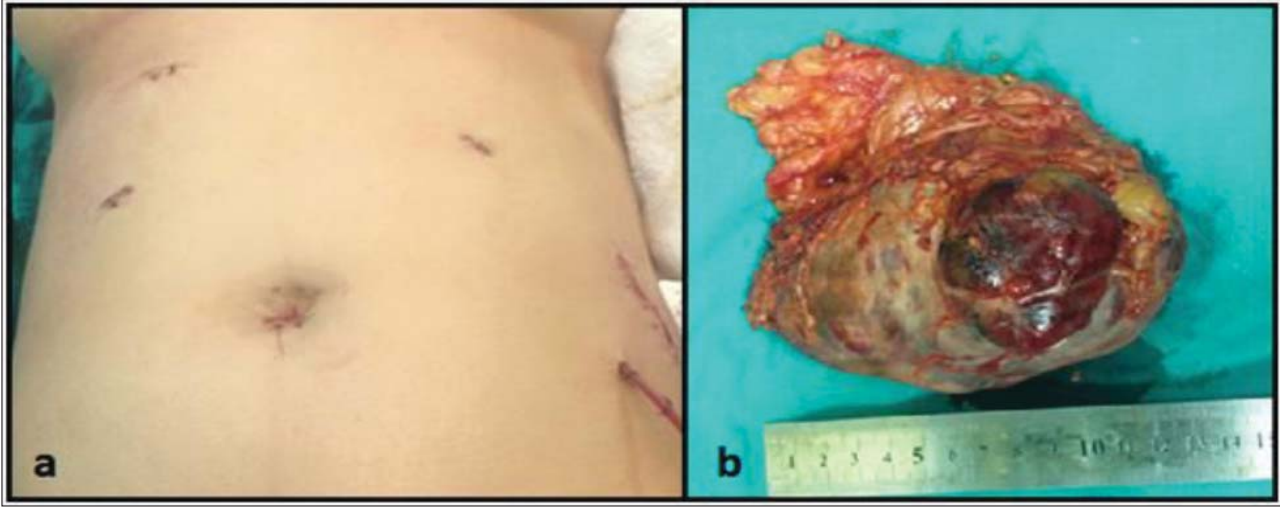
madı. Hasta cerrahi işlemi takiben 2. günde dreni çekilerek endokrinoloji kliniğine devredildi. Patoloji sonucu bilateral feokromositoma ile uyumlu olarak raporlanan hastaya, başka bir merkezde medüller tiroid kansinomu ve paratiroid adenomu açısından total tiroidektomi, bilateral santral boyun diseksiyonu ve sol alt paratiroid adenom eksizyonu yapılmıştır. Hasta uzun dönem sonuçların değerlendirilmesi açısından takibimiz altındadır ve 11 aydır herhangi bir nüks veya uzak organ metastazı saptanmamıştır.

Tartışma

Laparoskopik sürrenalektomi, düşük komplikasyon oranı, postoperatif dönemde daha az ağrı, kısa hastane kalış süresi gibi avantajlarının yanı sıra; deneyimli olmayan merkezlerde uzun operasyon süresi, yüksek maliyet ve sınırlı sayıda merkezde yapılabilmesi gibi dezavantajları ile birlikte yaklaşık 20 yıldır başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir^{3,5}. Özellikle benign ve invazyon bulgusu olmayan hastalarda kitle boyutuna bakılmaksızın ilk tercih edilen yöntem olan laparoskopik sürrenalektomi, uygun hasta seçimi, uygun perioperatif hazırlık ve laparoskopi konusunda deneyimli cerrahların varlığında adrenal cerrahisinde büyük bir avantaj olarak görünmektedir^{6,7}.

Günümüzde laparoskopik sürrenalektomi için kontrendikasyonlar merkezin veya cerrahın deneyimsizliği, lokal invazyon ve damar invazyonu olarak kabul edilmektedir. Daha önceleri kitle boyutunun kontraendikasyon oluşturduğuna dair görüşler yerini zamanla 10-12 cm, hatta 15 cm'ye kadar kitlelerin başarılı bir şekilde laparoskopik olarak çıkarılabileceğine bırakmıştır^{7,8}. Shen ve ark. yaptıkları bir çalışmada feokromositomaya cerrahi yaklaşım stratejisi olarak kitle boyutundan bağımsız her vakaya laparoskopik olarak başlamayı benimsediklerini ve ancak diseksiyon zorluğu, tümörün etraf dokuya yapışıklığı veya invazyonu olduğu durumlarda açık cerrahiye geçtiklerini belirtmişlerdir⁶. Castillo ve ark. 227 hasta ile yaptıkları prospektif bir çalışmada ise 6 cm'den küçük ve 8 cm'den büyük kitleler kıyaslanmış; büyük kitlelerde operasyon süresi, kan kaybı ve hastane yatış süresi anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuş; ancak komplikasyon açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Buna rağmen yazarlar deneyimli cerrahlar ile kitle boyutunun perioperatif morbidite ve komplikasyonları etkilemeyebileceğini savunmuşlardır⁷.

Her ne kadar laparoskopik sürrenalektomide kitle boyutunun üst sınırı tartışmalı olsa da biz, bu konuda belirleyicinin cerrahın laparoskopik adrenal cerrahi deneyimi ve kitlenin operabilitesi olduğunu düşünmekteyiz. Başlangıçta benign kitleler ile başlayan deneyim ardından boyut fark etmeksizin malign ancak invazyon



Resim 2. a. Trokar yerleri, insizyon ve dren yeri. **b.** Sol sūrenalektomi piyesi

bulgusu olmayan kitlelerde uygun anatomik plan ve kapsül bütünlüğünü bozmayacak şekilde yapılan laparoskopik sūrenalektomi ile sürdürülebilir. Ancak kesinlikle unutulmaması gereken, cerrahi şekli ne olursa olsun, feokromositomanın perioperatif yaklaşım gerektiren bir süreç ile tedavi edilmesi gereken malign bir hastalık olduğu ve cerrahi süresince daha az manipülasyonun hemodinamik stabilizasyonunu daha kolaylaştıracağı gerçeğidir.

Kaynaklar

1. Beard CM, Sheps SG, Kurland LT, Carney JA, Lie JT. Occurrence of pheochromocytoma in Rochester, Minnesota, 1950 through 1979. *Mayo Clin Proc* 1983;58(12):802-804.
2. Rodriguez JM, Balsalobre M, Ponce JL, Ríos A, Torregrosa NM, Tebar J, Parrilla P. Pheochromocytoma in MEN 2A syndrome. Study of 54 patients. *World J Surg* 2008;32(11):2520-2526.
3. Pappachan JM, Raskauskiene D, Sriraman R, Edavalath M, Hanna FW. Diagnosis and management of pheochromocytoma: a practical guide to clinicians. *Curr Hypertens Rep* 2014;16(7):442.
4. Shen WT, Grogan R, Vriens M, Clark OH, Duh QY. One hundred two patients with pheochromocytoma treated at a single institution since the introduction of laparoscopic adrenalectomy. *Arch Surg* 2010;145(9):893-897.
5. Maestroni U, Ziglioli F, Dinale F, Ferretti S, Frattini A, Cortellini P. Is laparoscopy contraindicated in giant adrenal masses? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010;20(4):288-290.
6. Shen WT, Sturgeon C, Clark OH, Duh QY, Kebebew E. Should pheochromocytoma size influence surgical approach? A comparison of 90 malignant and 60 benign pheochromocytomas. *Surgery* 2004;136(6):1129-1137.
7. Castillo OA, Vitagliano G, Secin FP, Kerkebe M, Arellano L. Laparoscopic adrenalectomy for adrenal masses: does size matter? *Urology* 2008;71(6):1138-1141.
8. Mazzaglia PJ, Vezeridis MP. Laparoscopic adrenalectomy: balancing the operative indications with the technical advances. *J Surg Oncol* 2010;101(8):739-744.