


  
**6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**
  
 24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA


**PROF. DR. SELMAN SÖKMEN, FACS, FASCRS, FASPSM, ESSO/ESPSO Mentor**
  
 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GENEL CERRAHI ADI, KOLOREKTAL & PELVİK CERRAHI BİRİMİ,
   
 KARIN ZARFI KANSERLERİ MERKEZİ, İZMİR

**KOLOREKTAL KANSER-PERİTONEAL METASTAZ**


  
**«CERRAHI HASTADA EN ÖNEMLİ KONULARDAN BİRİ DOĞRU KARARI ALABİLMEK VE TAM UYGULAMAKTIR»**

**DOĞRU KARAR TECRÜBE İSTİYOR**
  
**TECRÜBE İŞE HATALI KARARLARA BAĞLI**





  
**PERİTONEAL METASTAZIN GELENEKSEL TEDAVİSİ**

**CERRAHI: EN AZINDAN GERİDE MİKROSKOPİK HASTALIK KALİYOR**


**SİSTEMİK KT: GENEL OLARAK ETKİSİZ/KISA SÜRELİ**

- DİRENÇ
- DOZ-BAĞIMLI ETKİ, SİSTEMİK TOKSİSİTE
- TÜMÖR NODÜLÜNE/MALİN ASSİTE İLAÇ PENETRASYONU ZAYIF

Sugarbaker et al., Cancer Treat Res 1998


  
**...Peritoneal mets olan hastalar ve tanı koyan & tedavi eden hekimler çok sıkıntı çekerler!**

- MALİGN OBRÜKTİF SEMPTOMLAR
- KİLO KAYBI, İŞTİHSİZLİK, DÜŞKÜNLÜK
- MASİF ASSİT
- OBSTRÜKTİF NEFROPATİ
- KEMOTERAPİ KESİNTİLERİ
- İLAÇ TATİLLERİNDE PROGRESYON
- DEFALARCA HASTANE YATIŞI


  
**“HASTAYI ÖLDÜREN HASTADA KALANDIR”**
  
**PROF. PAUL SUGARBAKER**


**➤ ESAS MESELE “HİPEK YAPILACAK MI, YAPILMAYACAK MI?” SORUSU DEĞİLDİR...**

**➤ “TAM SİTOREDÜKSİYON YAPABİLECEK MİYİZ?” DİR!**

**➤ TÜMÖR YÜKÜ MÜMKÜN OLDUĞUNCA DÜŞÜK OLMALI Kİ, TAM BİR SİTOREDÜKSİYON(CC-0) YAPILABİLSİN!**

**➤ KC VE AC METS GELİŞİMİNİ HEKİMLER OLARAK ÖNLEYEMİYİZ!**

**➤ AMA PM İÇİN YÜKSEK RİSKLİ ÖZELLİKLERİ OLAN PRİMER SOLİD CA'LARI («SABIKALILAR») ÖNGÖRÜP ZAMANINDA TEDAVİ EDEBİLİRİZ**


  
**ÇOKLU İLAÇ DİRENÇ GELİŞİMİ**
  
**MUCHMORE-KREMENTZ KAVRAMI(1991)**


- SOLİD TÜMÖRLERİ SKT İLE KONTROL ALTINDA TUTAMAMAK
- SKT'YE ÖZELİKLE DİRENÇ GELİŞTİREN MALİGNİTELER İYİ KANLANAN DOKULARDA VE **PERİTONEAL YÜZEYLERDE!** GERÇEKLEŞMEKTEDİR
- PERİTÜMÖRAL ÖDEM İÇİNDE YERLEŞEN TÜMÖRAL HÜCRELER CANLI AMA **HİPOKSİKTİRLER!**
- **HİPOKSİK ÇEVRE İPKT İLE DE AŞILAMAMAKTADIR!!** İLAÇ TATİLLERİNDE SÜREGİDEN ANJİYOGENEZLE İLAÇ DİRENÇLİ HÜCRE KLONLARI SEÇİLMEKTEDİR!..

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

**RADYOLOJİK BULGULAR HASTALIĞIN ŞİDDETİNİ YETERLİ DÜZEYDE SAPTAYAMIYOR...**



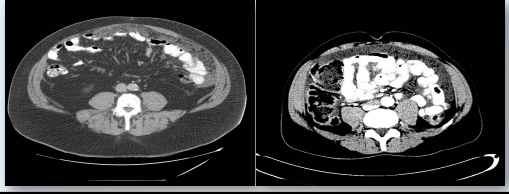
6. ULUSAL CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

**REZEKSİYON OLANAĞI VE BİYOLOJİK DAVRANIŞ RADYOLOJİK ÇALIŞIMLARLA ÖNGÖRÜLEMİYOR...**



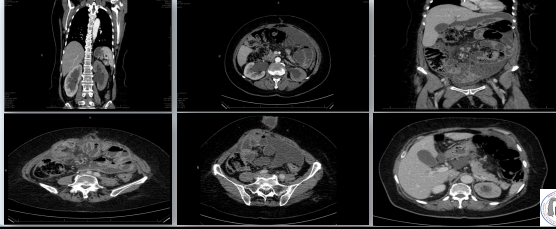
6. ULUSAL CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

**TÜM OLUMSUZ BULGULAR MEVCUT... 'ÜZGÜNÜM, AMA YAPILAMAZ' DEMELİYİZ HASTA SEÇİMİNDE BAŞARISIZLIK**



6. ULUSAL CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

**"PALISE": a method for communicating radiological extent of peritoneal malignancy**  
A. Chandrasekhar<sup>1,2,3,4</sup>, S.A. Joseph<sup>5</sup>, N. Jha<sup>6</sup>, S. Bhat<sup>7</sup>, B. Akhavan<sup>8</sup>

**Review area for unfavourable sites of resection.**

U1 <sup>1</sup> sites	U2 <sup>2</sup> sites
Visible disease in the epigastric region: Esophageal obstruction, lesser sac, around the left lobe of liver, falciform, ligamentum teres, ligamentum teres, encased left gastric artery. Porta hepatis, porto-caval space, gallbladder fossa, near hepatic vein or inferior vena cava.	Biliary obstruction due to tumour Supra-colic, perigastric, epiphrenic and retroperitoneal nodes Root of mesentery, ligament of Treitz.
Stomach encasement Duo-pancreatic and para-duodenal space Diaphragm in the retroperitoneum: Hydrocephrosis and ureteric encasement. Psoas, iliacus and quadratus lumborum muscle.	DJ Flexure, most of the upper small bowel involved, small bowel obstruction, inflexible mesentery.
Portals: Bladder trigone Sigmoid vesicle, prostate Disease encasing the external iliac vessels.	Pelvic side wall disease, nodes Disease involving the sacrum Fusion pelvis from previously treated rectal cancer.

\* U1 sites increases surgical complexity and may need, for example, gastrectomy, Whipple's procedure, nephrectomy, ureteric re-implantation, cystectomy, or prostatectomy.  
\* U2 sites reduce the likelihood of complete cytoreduction.

6. ULUSAL CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

**PERİTONEKTOMİ  
'HASTALANMIŞ PERİTONUN SOYULMASI'**

6. ULUSAL CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

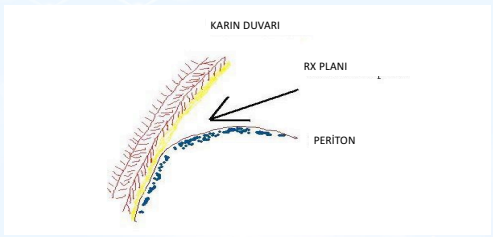
10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

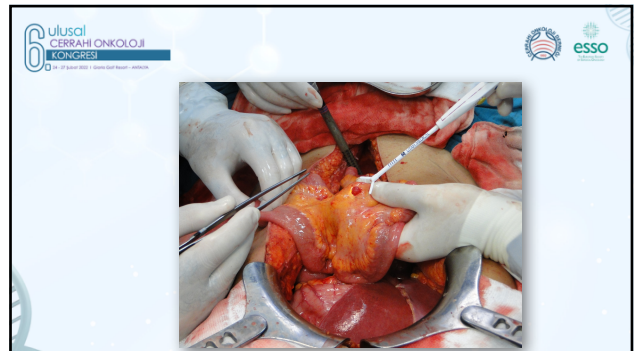
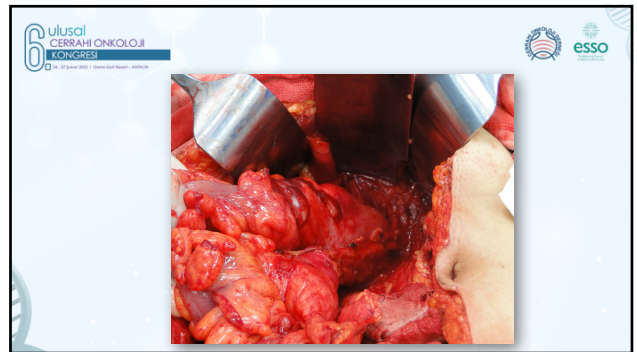
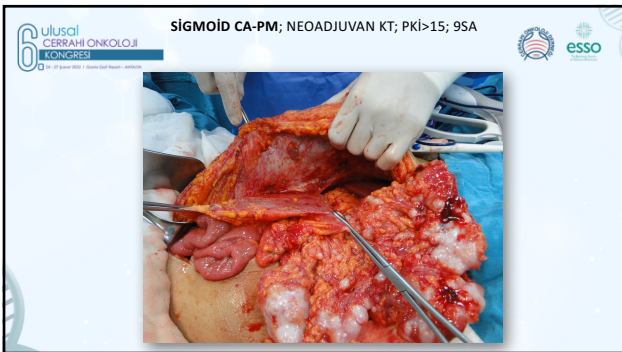
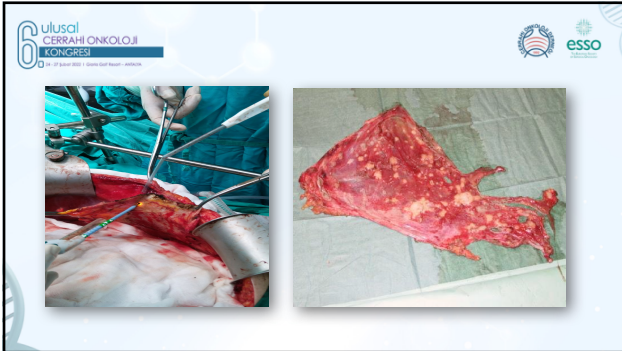
**KARIN DUVARI**

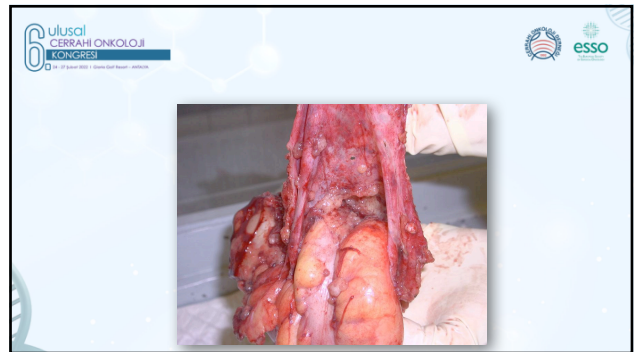
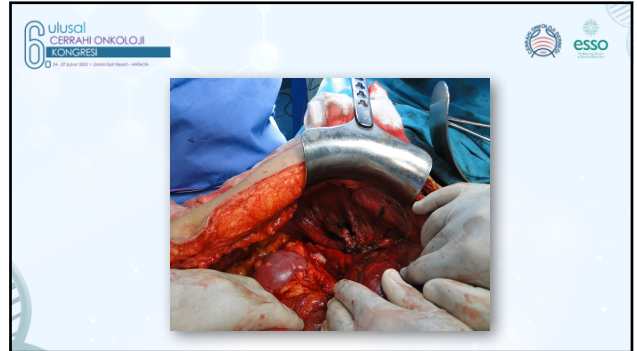
**RX PLANI**

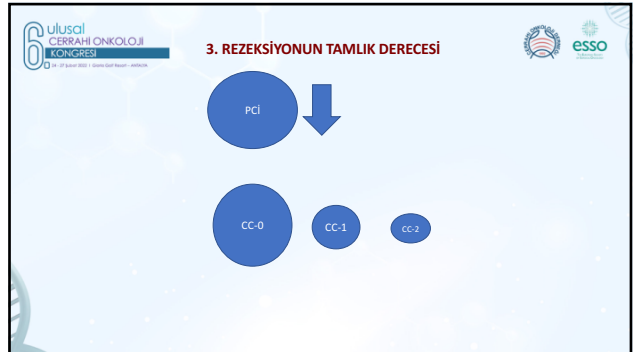
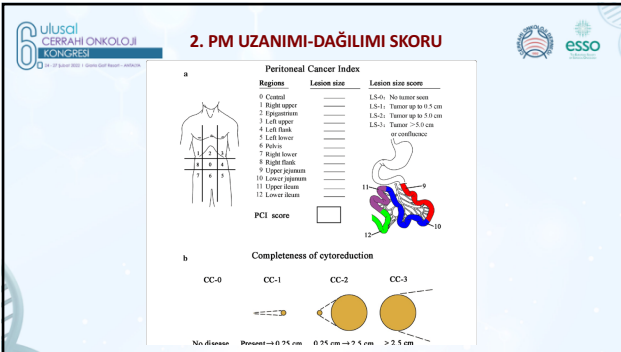
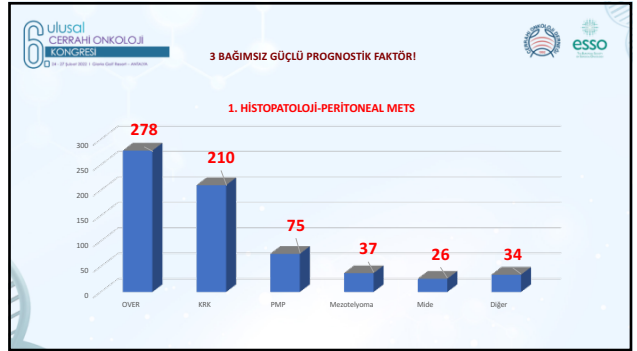
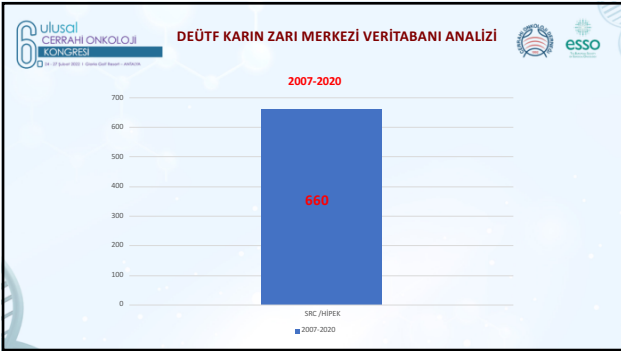
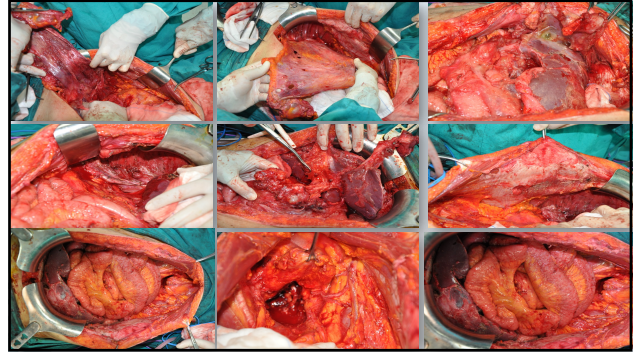
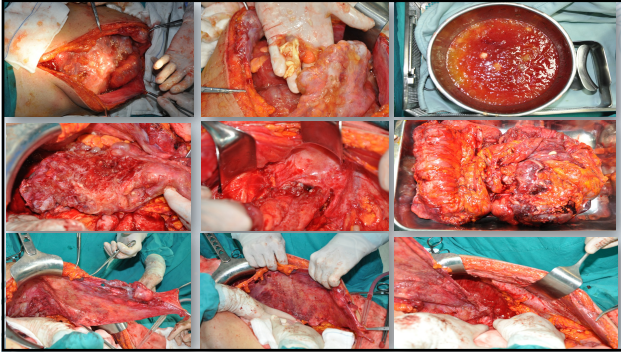
**PERİTON**

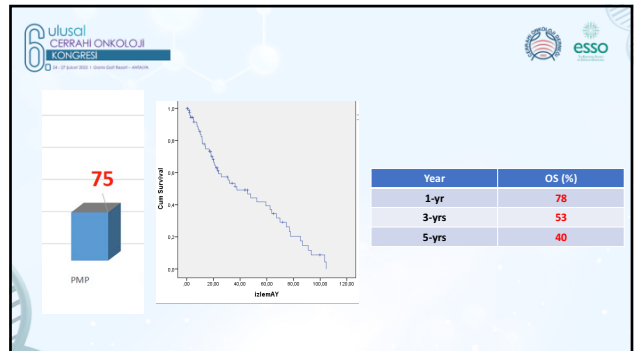
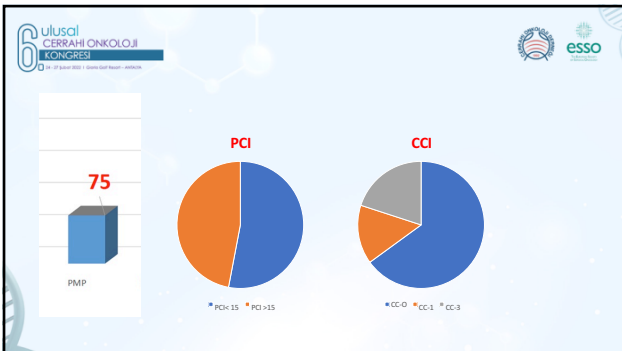
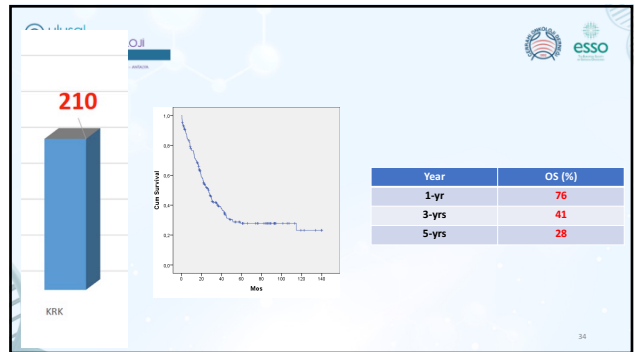
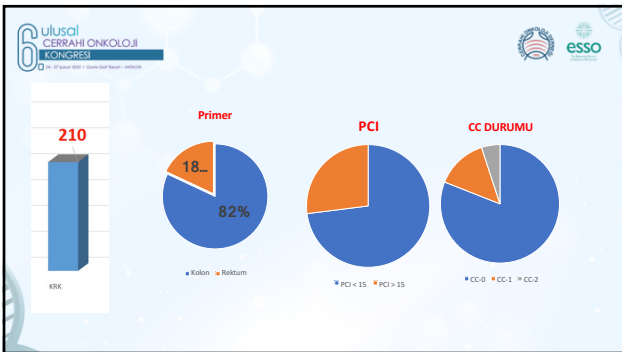
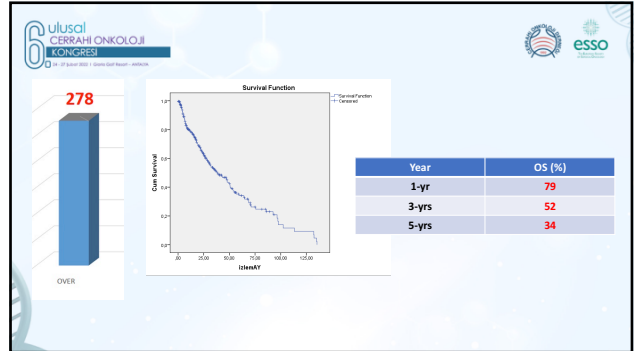
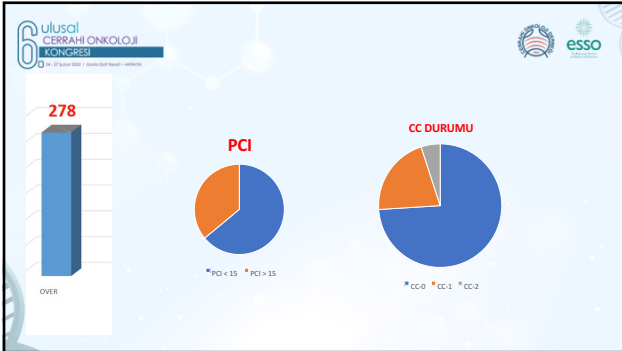


6. ULUSAL CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ









6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Prospektif veritabanı; #660 hasta; 210 KRK; 2007 kohort

	Colon n= 172 (%)	Rectum n= 38 (%)	Total n= 210	P*
Gender				
Male	77 (44.8)	28 (73.7)	105 (50)	.001
Female	95 (55.2)	10 (26.3)	105 (50)	
Age (year, mean $\pm$ SD)	55.4 $\pm$ 13.98	49.4 $\pm$ 15.75	54.4 $\pm$ 14.4	.018
BSA (m <sup>2</sup> , mean $\pm$ SD)	1.80 $\pm$ 0.17	1.83 $\pm$ 0.20	1.80 $\pm$ 0.18	.495
Smoking (+)	50 (29.1)	10 (26.3)	60 (28.6)	.734
Presence of co-morbidities	86 (50)	21 (55.3)	107 (51)	.557
Synchronous/metachronous				
Synchronous	75 (43.6)	12 (31.6)	87 (41.1)	.215
Metachronous	89 (51.4)	23 (60)	112 (52.9)	
Neoadjuvant Chem (+)	98 (57.5)	29 (76.3)	127 (60.5)	.027

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Prospektif veritabanı; #660 hasta; 210 KRK; 2007 kohort

	Colon n= 172 (%)	Rectum n= 38 (%)	Total n= 210	P
Operative time (min, $\pm$ SD)	318.20 $\pm$ 123.5	344.87 $\pm$ 125.1	323.02 $\pm$ 119.8	.112
Complete Cytoproduction	142(82.6)	30 (78.9)	172 (81.3)	.601
CC-0	30 (17.4)	8 (21)	38 (18.3)	
CC-1-2				
Ostomy (+)	52 (30.2)	26 (68.4)	78 (37.1)	<.001
Intraoperative RBG	79 (45.9)	10 (26.3)	89 (42.1)	.049
Intraoperative albumin	23 (13.4)	7 (18.4)	30 (14.3)	.421
Intraoperative FFP	56 (32.5)	8 (21)	64 (30.5)	.163
Post-operative RBG	35 (20.3)	5 (13.2)	40 (19)	.307
ICU (+)	54 (31.4)	13 (34.2)	67 (31.9)	.736
Morbidity				
Grade I-II	24(13.9)	11 (28.9)	35 (16.6)	.040
Grade III-IV	28 (16.3)	3 (7.9)	31 (14.8)	
HPPEC toxicity	10 (5.8)	5 (13.2)	15 (7.1)	.112
Infection	58 (33.7)	12 (31.6)	70 (33.3)	.800
LOH (day, $\pm$ SD)	18.7 $\pm$ 14.5	21.05 $\pm$ 17.6	19.1 $\pm$ 15.1	.390

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Tek değişkenli analiz

N= 210	P (k <sup>2</sup> veya t-test*)
PCI (<15 vs $\geq$ 15)	<.001
CC-0 vs CC-1&2	<.001
Ostomy	<.001
Urologic comp.	.003
N of resected organs (<5 vs $\geq$ 5)	<.001
Ileum Rx	.002
Infection	<.001
Anastomotic leak	.012
Intraoperative albumin	.041
Intraoperative ES	<.001
Intraoperative FFP	.008
Postoperative ES	.039
Recurrence of di	<.001
D-Capelen I-II vs III-IV	.007
Operative time ( $\geq$ 340 min)	<.001*
LOH ( $\geq$ 17 day)	<.001*
BSA ( $\geq$ 1.8 m <sup>2</sup> )	.045*

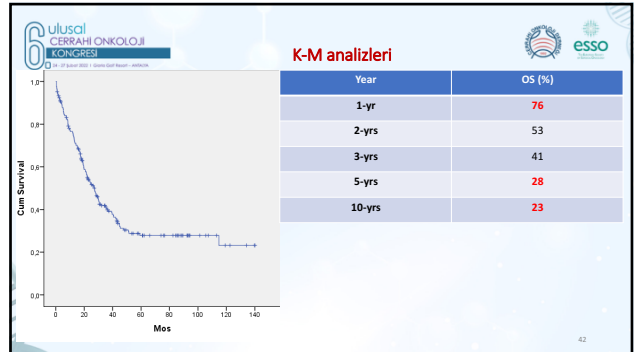
6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Çok değişkenli analiz

Önemli risk faktörleri

N= 210	p	OR	CI (95%)
PCI	.072	2.48	0.92-6.70
CC-0 vs CC-1&2	.071	2.84	0.92-8.83
Ostomi	.045	2.16	1.02-4.62
Enfeksiyon	.008	2.99	1.34-6.68
İntraop. ES	.090	1.89	0.91-3.97
Op. süresi	.051	1.00	1.00-1.01

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
- K-M analizleri
- Median F/U= 22ay(1-140ay)
  - Mean F/U= 31ay
  - Median OS= 27.40 $\pm$ -2.74ay
  - Mean OS= 52.3 $\pm$ -4.22ay



6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Cox hazard regresyon analizi

Bağımsız prognostik faktörler

	p	HR	CI (95%)
PCI	.001	2.51	1.64-3.83
Ürolojik komplikasyonlar	.002	2.33	1.36-4.01
Rezeke organ sayısı	.004	1.85	1.22-2.83
Rekürrens	.001	5.30	2.61-10.76

43

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

TÜM KOHORT

- Morbidite: %32(n=209)
- Mortalite: %4(n=27)

KOLOREKTAL KOHORT

- Morbidite: %30(n=62)
- Mortalite: %7(n=15)

Morbidite ve mortalite oranlarımız literatür ile benzerdir.

Short-term Outcome of Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy used as Treatment of Colo-rectal Carcinomatosis: A Multicentric Study

Antonio Maggi<sup>1</sup>, Vincenzo Arnesen<sup>2</sup>, Vitoria Beldres<sup>3</sup>, Marina Calandri<sup>4</sup>, Ludovico Carbonari<sup>5</sup>, Tommaso Ciampic<sup>6</sup>, Franco De Fanti<sup>7</sup>, Giovanni De Manzoni<sup>8</sup>, Michele De Simone<sup>9</sup>, Claudia Fiorandini<sup>1</sup>, Francesco Maffioli<sup>8</sup>, Elena Olesengo<sup>8</sup>, Marcella Ruffillo<sup>7</sup>, Franco Rivoldini<sup>9</sup>, Eduardo Salazar<sup>9</sup>, Paolo Sammartino<sup>6</sup>, Marco Verra<sup>7</sup>

Received: 20 May 2019 / Accepted: 31 October 2019 © Italian Society of Surgery (SIC) 2019

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Morbidite

TÜM KOHORT

- 119 HASTA D-C I/II(%18)
- 90 HASTA D-C III/IV(%13)
- 27 HASTA D-C V(%4)

KOLOREKTAL KOHORT

- 32 HASTA D-C I/II(%15)
- 30 HASTA D-C III/IV(%14)
- 15 HASTA D-C V(%7)

("High grade complication")

(Perioperatif mortalite-90gün)

Tablo 1. Cerrahi komplikasyonları sınıflaması için kullanılan Clavien-Dindo sistemi.

Derece TANIM

- 1 Medikal tedavi, cerrahi, endoskopik ve radyasyon gerek duymayan minimal perioperatif sorunlar meydana gelme ihtimali düşük. Akut edem tedavi gerektiren diseksiyon, anastomoz, anastomoz, anastomoz ve elektrototerji gibi komplikasyonlar. Hasta bu süreç için hospitalize edilmiş olabilir veya yeni ambulyansta izlenmiştir.
- 2 Derece 1 komplikasyonlarla kullanılması için yeterli bakım gerektiren diğer hastalar. Hastaların hastanaya yatırılması gerektirir. Hasta genellikle hastanaya (ICU) ya da kar transferinden bu gruba girer.
- 3 Cerrahi, endoskopik ve radyasyon gerektiren cerrahi.
- 3a Genel anestezinin gerektirilmesi gerektirir.
- 3b Genel anestezinin gerektirilmesi gerektirir.
- 4 Ara yolları bakan yolda yolları bakan üreterlerde tedavi gerektiren hafif ilmi edem komplikasyonları / cerrahi olan sitede komplikasyonlardan transfer edilebilir akut edemle ilgili hastalar. Hastalar önce ve sonrasında hastanaya yatırılır.
- 4a Tek organ diseksiyonu (Düzeltilir)
- 4b Çoklu organ diseksiyonu
- 5 Hastanın ölümü

not: 4a & 4b: Eğer hastanın hastanede veya acilde bir komplikasyonu oluyorsa, bu komplikasyonu uygun şekilde tedavi "4" olarak kabul edilir. Bu sınıf, komplikasyonları tanımlamak için tablo değil, değerlendirilmesidir.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Acil Relaparotomi(RLP)

TÜM KOHORT

28 HASTAYA (%4.2)

13 Anastomoz kaçağı(%46.4)

%28.6(n=8): ilk 7 gün içerisinde,  
%71.4(n=20): 7-90 gün RLP

RLP Mortalite: n=6, %21

KOLOREKTAL KOHORT

12 HASTAYA(%6)

4 hasta karın duvarı ayrılması(%33)

3 Anastomoz kaçağı(%25)

%33(n=4): ilk 7 gün  
%67(n=8): 7-90 gün RLP

RLP Mortalite: n=1, %8

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Tecrübeler-I

- Sabırlı ve dayanıklı ol!
- Kanlanması sorunlu yağ dokusu bırakma!
- >3mm.'lik topuz uçlu elektrototer ile yüksek voltaj diseksiyon
- > İnce bağırsak tutuluşu: 2/3'ünü koruyabiliyorsan yap
- >Radikal Kocher yap ki hepatoduodenal arkasını ve v.kava'nın üst kısmını görebilesin
- >NAKT sonrası peritümöral inflamasyon ve skara dikkat et>işi zorlaştırır, yaralanma&kanama artar
- >SRC >10saati geçiyorsa sorun var demektir!
- >>6lt. ılık SF/Ringer solüsyonu ile yıka
- >Çevreni mentör ağı ile donat: ama o kalpten verenleri ucuz yolu kullanmaya kalkma

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Tecrübeler-II

- >İnsizyonda/lap. port orta hatta kal: kas inflammatuar yanıt veriyor>tümör bunu kullanıyor>lap. yerlerini eksizye et.
- >Cerrahi başarıyı konsolide etmek için etkin kemo'ya gereksinim var
- >Üreteri düşman pelvisde aramaya kalkma> böbreğin aşağısında ara
- >Dalağı mümkün olduğunca koru: 50x OPSI riski
- >Geniş ileum rx hastanın postop daha komplike seyrediyor!
- >Çift tabaka anastomoz yap
- >Anastomoz pelvisde gözüküyorsa mutlaka sapırtıcı stoma yap
- >Anestezi ekibi de hayati>epidural, TDP, Mannitol, renal koruma, perfüzyonu izle
- >Kullandığın Hipek cihazını ve kemoterapötikler bil
- >Büyük ve küçük omentumu rx ettiysen pylor dolaşımına dikkat
- >Hatalar yapacaksın: kabul et ve aşmaya çalış...



ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**Tecrübeler-III**

- > **Kompleks kanser cerrahisidir, standart bir iş yükü bekleme...**
- > Ana mesele **tam bir sitoredüksiyon** yapılabilmesidir
- > Tüm adezyonları serbestleştir, saklanıyorlar...
- > Retroperitona olan anatomik hakimiyetini geliştir
- > Mezokolik, mezorektal ve mezometrial eksizyon: **onkolojik embryolojik planları kullan**
- > Kompartmanıçı rx yapıldıysa fena nüks eder
- > Kompartman sınırları tümör supressördürler
- > Mezenterektomi tekniklerini geliştir
- > Günümüzde hipek siz kol deneysel koldur..!
- > GİS kökenli assit KT'ye yanıt vermediyse ümit az...

ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

**WHAT DO WE NEED?**

- > TEMEL TÜMÖR PATOFİZYOLOJİSİ DAHA İYİ ANLAŞILMALI
- > KADAVRA EĞİTİMİ ARTTIRILMALI, ÖZELLİKLE RETROPERITONEAL CERRAHİ EĞİTİMİ VERİLMELİ
- > **DAHA YETKİN CERRAHİ:** İP/RP ABDOMİNOPELVİK İLERİ ONKOLOJİK CERRAHİ
- > **DAHA ETKİLİ İP KT VE HİPEK**
- > SRC VE HİPEK MERKEZİ KURULMASI VE UZMAN KADRO YETİŞTİRİLMESİ

