



# Anal kanal ve anüs çevresinin skuamöz hücreli habis tümörleri

Tülin Bek, Orhan Kızılkaya, Ahmet Uyanoğlu, Handan Erkal, Ayşe Doğan, Mehmet Aslan

## ÖZET:

Anal kanal ve anüs çevresinin skuamöz hücreli habis tümörleri

Anal bölge kanserlerinin tedavisinde belirgin değişiklikler olmuştur. Otuz yıl önce abdominoperineal rezeksiyon gibi radikal cerrahiler tam kür için tek seçenektir. Ancak kombine kemoradyoterapi modalitelerinin gündeme gelmesi ve uygulanması ile hem sağkalımda hem de sfinkter koruyucu cerrahilerde belirgin artış olmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Anal, perianal, kanser, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi

## ABSTRACT:

Squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin

The treatment of squamous cancer of the anal region has undergone a major change. Thirty years ago, radical surgery in the form of abdominoperineal resection was the only possibility for cure. Combined modality treatment with radiation therapy and chemotherapy has resulted in increased survival and in sphincter preservation for most patients.

**Key words:** Anal, perianal, cancer, chemotherapy, radiotherapy, surgery

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2010;44(4):174-7

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
R.Onkoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Tülin Bek, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi R.Onkoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-397-9887

E-posta / E-mail: tlinmamati@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
13 Aralık 2010 / December 13, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
17 Aralık 2010 / December 17, 2010

## GİRİŞ

Anal kanal ve anüs çevresinde malign tümörlere seyrek rastlanır. Kolorektal neoplazmların yalnızca %1-4'ü bu bölgede yerleşir (1-2). En sık görülen tümörler epidermoid (skuamöz hücreli) kanserlerdir. Epidermoid kanser dışında nadiren anal kanaldaki glandlardan kökenini alan adenokanserler görülür. Malign melanom ve sarkomlarda seyrek görülen diğer malign tümörlerdir. Anal tümörlerin tedavisindeki farklılıklar nedeniyle tümörün türünün belirlenmesi önemlidir.

Anal kanal ve anüs çevresi malign tümörleri en sık 4-6 dekatlarda ortaya çıkar. Ancak daha genç yaşlarda da görülebilir. Bu tümörlerin görülüş sıklığı giderek artmaktadır. Bu artışın en önemli nedeni toplumda HIV pozitifliğinin yaygınlaşmasıdır. Nitekim aynı virüsün yol açtığı serviks kanserinde de benzer artışlar saptanmaktadır. Human papilloma virüsünün özellikle 16, 18, 31, 33 ve 35 nolu serotiplerinin yüksek oranda kansere yol açtığı ortaya konulmuştur (3-5). İmmun sistemleri baskılanan kişilerde anal kanserler sık görülür; bu bağlamda transplantasyon

yapılmış kişiler ciddi risk altındadırlar.

Anal kanal skuamöz (epidermoid) kanserlerinin başlıca klinik belirtileri rektal kanama, anal ağrı, kaşıntı, kabızlık, sızıntı ve anüste kitle duygusudur. Pelvik ağrı, inkontinens, tenesmus, acil dışkılama gereksinimi ileri hastalığı düşündürülen belirtilerdir (3).

Anüs çevresi kanserleri daha seyrek olup bu bölgenin skuamöz kanserlerinin yaklaşık %20'sini oluştururlar. Kolay ulaşılabilir bir alanda yerleşmelerine karşın genellikle hekime geç başvurulur. Tanı konulduğunda tümör çoğu kez çapı 3-5 cm'ye ulaşmış kabarıklık kenarlı ülser görünümündedir. Hastalar kitle yanında kanama, ağrı ve sızıntıdan yakınır.

Anal kanal kanserlerinin tanısı rektal tuşe ve anoskopi ile konulur. Kitleden yapılan biopsi ile tanı kesinleşir. Tümörün rektum ampullasına uzantısını belirlemek için rektoskopi yapılmalıdır. Anüs çevresi kanserlerinin tanısı kolaydır. Tipik görünümdeki lezyonlardan yapılan biopsi tanıyı koydurur. Bu tümörler genellikle iyi diferansiye olup yavaş ilerler ve geç metastaz yaparlar.

Günümüzde anal kanal ve anüs çevresi kanserlerinin evrelemesi TNM sistemine göre yapılmaktadır

**Tablo 1: Anal kanal ve perianal kanserlerinde TNM evrelemesi**

<b>Anal Kanal</b>	<b>Perianal Bölge</b>
<b>Primer Tümör</b>	<b>Primer Tümör</b>
T1 Tümör çapı 2 cm ya da daha az T2 Tümör çapı 2-5 cm T3 Tümör çapı 5cm den büyük T4 Tümör komşu organ invazyonu yapmış (vajina, mesane, uretra vb.)	T1 Tümör çapı 2 cm ya da daha az T2 Tümör çapı 2-5 cm T3 Tümör çapı 5cm den büyük T4 Tümör derin ekstradermal yapılara invazyon yapmış (kıkırdak, kas, kemik)
<b>Bölgesel Lenf Bezleri</b>	<b>Bölgesel Lenf Bezleri</b>
N1 Perirektal lenf bezlerine metastaz N2 Tek taraflı internal iliak veya inguinal lenf N3 Tek taraflı perirektal ve inguinal lenf bezlerine veya iki taraflı internal iliak veya iki taraflı inguinal lenf bezlerine metastaz	N1 Bölgesel lenf bezlerinde tek taraflı mobil metastaz N2 Bölgesel lenf bezlerinde iki taraflı mobil metastaz N3 Bölgesel lenf bezlerinde fikse metastaz
<b>Uzak Metastaz</b>	<b>Uzak Metastaz</b>
<b>M1 Uzak metastaz var</b>	<b>M1 Uzak metastaz var</b>
<b>Evreler</b>	<b>Evreler</b>
Evre I T1 NO MO Evre II T2-3 NO MO Evre IIIA T1-3 N1 MO T4 NO MO Evre IIIB T4 N1 MO T1-4 N2-3 MO Evre IV T1-4 N1-3 M1	Evre I T1 NO MO Evre II T2-4 NO MO Evre III T4 N1 MO T1-4 N2-3 MO T1-4 N1-3 M1

(Tablo 1). Anal kanal kanserlerinin küratif tedavisinde uzun yıllar tek seçenek abdominoperineal rezeksiyon olmuştur. Ancak bu ameliyattan sonra bildirilen lokal nüks oranları %27-50'dir. Keza bildirilen 5 yıllık yaşam süreleri %24-62, mortalite oranları %2-6'dır. Günümüzde bu yöntem güncel tedavi olan kemoradyasyonun yapılamadığı ya da etkisiz kaldığı durumlarda uygulanmaktadır (6,7).

Diğer bir tedavi seçeneği lokal eksizyondur. Bu yöntemin uygulandığı hastalarda %20-78 lokal nüks görülmüş ve beş yıllık yaşam süreleri %45-85 düzeyinde kalmıştır. Lokal eksizyon çapı 2 cm'den küçük, yüzeysel (yalnızca submukoza tutulmuş), mobil ve iyi diferansiye skuamöz anal kanserlerde küratif amaçla yapılmaktadır. Ayrıca karsinoma insitu ve muskularis propriaya minimal invazyon gösteren tümörlerde de uygulanabilir. Küratif lokal eksizyona uygun erken anal kanal kanseri vakaları çok az sayıdadır (8,9).

Günümüzde anal kanalın skuamöz kanserleri için en uygun tedavinin kombine kemoradyasyon olduğu görüşü yaygın taraftar bulmuştur. Nigro ve arkadaşları ilk kez 1972 yılında anal kanal skuamöz kanserleri tedavisinde kemoradyasyonu neoadjuvan amaçla uyguladılar (10). Hastalara pelvik eksternal radyasyon, 5-Fluorouracil (5-FU) ve MitomycinC ile kombine olarak verildi. Daha sonra ameliyatla çıkarılan abdomino-perineal rezeksiyon piyesleri incelendiğinde vakaların çoğunda tümörün tümüyle yok olduğu görüldü. Sonraki yıllarda radyasyon ve kemoterapi dozlarında ayarlamaları içeren çalışmalar sonunda, kemoradyasyon anal kanal skuamöz kanserleri için ana tedavi yöntemi niteliğini kazandı (11,12).

Anal kanal skuamöz kanser tedavisinde önerilen total radyasyon dozu genellikle 45-59 Gy'dir. Uygulama haftada 5 gün, günde 1.8-2 Gy ışın verilerek,

**Tablo 2:** Anal kanal ve anüs çevresi kanseri vakalarının değerlendirilmesi.

VAKA	YAKINMA	BİYOPSİ SONUCU	LOKALİZASYON- EVRE	TEDAVİ
45 (ERKEK)	Kabızlık, makatta ağrı, rektal kanama	Skuamöz hücreli kanser	Anal kanal T4N2MO	Konkomitant kemoterapi (Cisplatin- MitomycinC ve radyoterapi (70 Gy)
31 (ERKEK)	rektal kanama, makatta ağrı	adenokarsinom	Anal kanal T4N2MO	Konkomitant kemoterapi (5-FU- Calcium folinat) ve radyoterapi (60 Gy)
53 (ERKEK)	Kabızlık, makatta ağrı, rektal kanama	Skuamöz hücreli kanser	Anal kanal T3N1MO	Konkomitant kemoterapi (5-FU- MitomycinC) ve radyoterapi (70 Gy)
71 (KADIN)	Kabızlık, makatta ağrı, rektal kanama	Skuamöz hücreli kanser	Anal kanal T3NOMO	Konkomitant kemoterapi (5-FU- MitomycinC) ve radyoterapi (60 Gy)

5-6 haftada tamamlanır. Kemoterapi tedavinin ilk ve son haftalarında radyoterapi ile birlikte (konkomitant) yapılır. En sık uygulanan ajanlar Mitomycin C ve 5-Fluorouracil (5-FU)'dir (7,11-13).

Kemoradioterapinin tümörü tümüyle yok edemediği vakalarla izleme sırasında ortaya çıkan nükslerde tek etkin tedavi abdominoperineal rezeksiyondur. Uzak metastazlar, inguinal lenf bezi tutulumu ve tümörün yanlarda anal kanal duvarını aşması gibi olumsuz prognostik göstergelerin bulunmadığı vakalarda bu girişimle %50'e yakın 5 yıllık sürvi sağlanır (2,8).

Anüs kenarı ya da perianal yerleşimli skuamöz

kanserlerin ana tedavi yöntemi cerrahidir. Vakaların çoğunda geniş lokal eksizyon yeterli olur. Tümör çıkarıldıktan sonra defekt primer ya da deri greftleri ile kapatılır. Lokal eksizyondan sonra 5 yıllık yaşam süreleri değişik serilerde %60-100 olarak bildirilmiştir (3,4,14). Tümörün yakınlarından geçilerek yapılan lokal eksizyondan sonra nüks oranı yüksek olup bazı serilerde %40'ı bulmaktadır. Perianal skuamöz kanserlerin tedavisinde diğer bir seçenek kombine kemoradioterapidir (3,15).

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi radyasyon onkolojisi kliniğinde 2010 yılında tedavi ettiğimiz dört vaka ile ilgili kısa bilgiler Tablo 2'de özetlenmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Büyükuncu Y. Anal kanal kanserlerinde klinik bulgular, tanı ve cerrahi tedavi. Topuz E, Aykan F(Eds). Sindirim sistemi kanserleri 1. Baskı. Onkoloji Enstitüsü Yayınları, İstanbul, 1998;463-69.
2. Chawla AK, Willett CG. Squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. Hematol Oncol Clin North Am 2001;15:321-44.
3. Funchshuber PR, Rodriges BM, et al. Anal canal and perianal epidermoid cancers. J Am Coll Surg 1997;185:494-505
4. Corman ML. Malignant tumors of anal canal. In-Corman ML (Ed). Colon and rectal surgery. 4 th edition. Lipincott Raven Co. Philadelphia-New York, 1998;368-83.
5. Varta B, Sobhani I, Aparicio T, et al. Anal canal squamous – cell carcinomas in HIV positive patients. Gastroenterol Clin Bio 2002; 26: 150-56.
6. Keighley MRB. Malignant tumors of the anal canal and anus. In Keighley MRB, Williams NS (Eds) 2th edition. WB Saunders Co. London-New York, 1999;1303-29.
7. Whiteford MH, Stevens KR, Oh S, et al. The evolving treatment of the anal cancer. How are we doing? Arch Surg 2001;136:886-91.
8. Nivatgongs S. Perianal and anal canal neoplasms. In Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. Gordon PN, Nivatgongs S(Eds). Quality Medical Inc. St Louis, Missouri, 1999;447-73.
9. Jensen SL, Hagen K, Harling H, et al. Long term prognosis after radical treatment for squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. Dis Colon Rectum 1988;31:273-78.
10. Nigro ND, Vaitkevicius VK, Considine B. Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. Dis Colon Rectum 1974;17:354-61.
11. Nigro ND. An evaluation of combined therapy for squamous cell cancer of the anal canal. Dis Colon Rectum 1984;27:763-65.
12. Cummings BJ, Keane TJ, O'Sullivan B, et al. Treatment by radiation alone or by radiation and 5-fluorouracil with and without mitomycin C. Int J Radiat Oncol Bio Phys 1999;21:1115-25.

13. Fluorouracil, mitomycin, and radiotherapy vs fl uorouracil, cisplatin, and radiotherapy for carcinoma of the anal canal: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299:1914-21.

14. Mendenhall WM, Zlotecki RA, Vautney JN. Squamous cell carcinoma of the anal margin. *Oncology* 1996;10:1843-47.

15. Myerson RJ, Shapiro SJ, Lacey D, et al. Carcinoma of the anal canal. *Am J Clin Oncol* 1995;18:32-36.