

İleri Evre Kolorektal Kansерlerde Palyatif Rezeksiyonların Ortalama Sağ Kalıma Etkisi

Impact of Palliative Resections on Median Survival in Advanced Stage Colorectal Carcinomas

Haluk Recai Ünalp

Taner Akgüner

Erdinç Kamer

Ebru Akıncılar

Mustafa Peşkersoy

Mehmet Ali Önal

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET

Amaç: Bu retrospektif çalışma ileri evre kolorektal kanser nedeniyle non-küratif cerrahi uygulanan olguların sonuçlarını değerlendirmek ve palyatif rezeksiyonun hastaların ortalama sağ kalım süresi üzerine etkisini ortaya koymak için yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada Ocak 1991 - Aralık 2000 yılları arasında kolorektal kanser nedeniyle palyatif cerrahi uygulanan 79 olgunun demografileri, tümör özellikleri, operasyon detayları ve sonuçları incelendi. Olguların K/E oranı: 38/41, ortalama yaş 62 (28-89 yıl) idi. 79 olgunun 34 (%43)'üne palyatif rezeksiyon uygulandı.

Bulgular: Rezeksiyon yapılan olgular ile yapılmayan olgular arasında demografik özellikler, tümör evre ve lokalizasyonu, acil ameliyat oranları arasında fark olmadığı tespit edildi. Tüm olgular için operatif mortalite %8.8, morbidite %16.4 bulundu. Rezeksiyon yapılan ve yapılmayan olgular arasında mortalite ve morbidite açısından istatistiksel fark saptanmadı. Rezeksiyon yapılan olguların median survisi rezeksiyon yapılmayanlara göre anlamlı derecede uzun (24 haftaya karşılık 59 hafta) bulundu.

Sonuç: Kolorektal kanser için yapılan rezeksiyon cerrahisi sonrası ortalama sağ kalım süresininin daha uzun olduğunu ve stoma olmaması nedeniyle hasta konforunu artırdığını belirledik.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal, kanser, palyatif rezeksiyon, sağ kalım

SUMMARY

Aim: This retrospective study evaluated outcomes in patients undergoing non-curative surgery for advanced stage colorectal cancer and aimed to identify patients who would benefit on median survive from palliative resection.

Methods: Demographics, tumour characteristics, operating details and outcomes were reviewed for 79 patients undergoing palliative surgery for colorectal cancer whom accepted between January 1991-December 2000. The f/m ratio was 38/41 and mean age was 62 (range 28-89) years. Palliative resection was performed in 34 (43%) of 79 cases.

Results: Our results showed that demogaphics, tumour localizations and stages, rates of emergency operation were similar for patients with resection and non-resection. The overall operative mortality and morbidity rates were 8.8% and 16.4% respectively. There were no differences istatistically beetwen patients with resection and non-resection surgery. Median survival of patients with resection was significantly longer than in those without resection (24 vs. 59 weeks).

Conclusion: *It is concluded that palliative resective surgery for colorectal cancer is associated with better median survival and improved patient comfort without stoma.*

Key Words: *Colorectal, cancer, palliative resection, median survival*

Başvuru tarihi: 29.09.2004

İzmir Tepecik Hast Derg 2005;15(2):105-109

Son yıllardaki tarama, tanı ve tedavi olanaklarının hızla artmasına karşın, ileri evre kolorektal kanserli olguların büyük kısmında uygulanan cerrahinin kürü sağlayamadığı kabul edilmektedir (1). Bunun en sık nedeni tümörün lokal invazyonlarının veya rezeke edilemeyen uzak metastazlarının olmasıdır. Olguların diğer tıbbi sorunları da büyük cerrahi girişimleri engelleyebilir. Bu olgularda cerrahi yaklaşımın amacı ortalama sağ kalıma katkı sağlamanın yanı sıra hastanın yaşam konforunu da artırmak olmalıdır (2).

HASTALAR VE YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 1991- Aralık 2000 yılları arasında kolorektal kanser nedeniyle palyatif cerrahi uygulanan ve takibi yapılan 79 olgu alındı. Palyatif cerrahi terimi operasyon alanında lokal hastalığın rezidü kalmasını ve/veya an-rezektabl uzak metastaz varlığını, operatif mortalite terimi ise ameliyattan sonraki 30 gün içinde olan ölümleri tanımlamak için kullanıldı.

Olguların yaşı, cinsiyeti, ilave ciddi hastalıkları, tümör lokalizasyonları, geçirdiği operasyon tipi, peritoneal metastaz, rezeke edilemeyen uzak metastazların varlığı, tümör evresi, postoperatif mortalite ve morbidite oranları kaydedildi ve

olgulara rezeksiyon yapılmasının ortalama sağ kalım süresine etkileri araştırıldı.

Çalışma sonuçlarının istatistiksel değerlendirilmesi için Fisher's Exact Test, Independent Samples t Test, Mann-Whitney U Test kullanıldı.

BULGULAR

Palyatif cerrahi uygulanan olguların demografik bilgileri ve operasyon koşulları Tablo 1'dedir.

Tümörlerin 34 (%43)'ü kolonda, 45 (%57)'i ise rektumda lokalize idi. Primer tümörlerin yerleşim yerleri ve olgulara uygulanan cerrahi seçenekler Tablo 2'dedir.

Tablo 1. Demografik özellikler ve ameliyat koşulları.

	Olgu sayısı (n=79)	(%)
Kadın/erkek	38/41	48.1/51.9
Ortalama yaş (yıl)	62 (28-89)	
Eşlik eden tıbbi hastalıklar	28	35.4
Senkronize tümör	1	1.2
Uzak metastaz	24	30.4
Peritoneal yayılım	34	43
Ameliyatlar		
Elektif	57	72.1
Acil	22	27.8
Obstrüksiyon	19	24
Perforasyon	3	3.8
Ortalama hastanede kalış süresi (gün)	8 (3-24)	

Tablo 2. Yapılan palyatif ameliyatlar ve tümör lokalizasyonları.

Ameliyat	Çekum	Çıkan kolon	Transers kolon	İnen kolon	Sigmoid kolon	Rektum	Toplam (%)
Exploratis laparotomi	1	3	2	1	2	7	16 (20.2)
Bypass	6						6 (7.6)
Rezeksiyon + anastomoz	6	2	2	4	2	11	27 (34.2)
Yalnızca Kolostomi			1		2	18	21 (26.6)
Abdomino-perineal rezeksiyon						9	9 (11.4)
Toplam	13	5	5	5	6	45	79

Tablo 3. Rezeksiyon ve non-rezeksiyon cerrahisinin sonuçları.

	Rezeksiyon (n=36)	Non-rezeksiyon (n=43)	P
Demografik özellikler			
Cinsiyet : E/K	15/21	26/17	0,117
Yaş ≥75 yıl	4	5	1,000
Sonuçlar			
İlave ciddi hastalık	7	23	0,002
Rektum	25	20	0,067
Acil ameliyat	7	15	0,141
Peritoneal yayılım	7	27	0,000
Operatif mortalite	1	6	0,119
Morbidite (olgu)	4	9	0,362
Uzak metastaz	7	17	0,085
Dukes Evre C	10	11	0,030
Dukes Evre D	26	32	0,010
Kemo/radyoterapi (+)	20	15	0,074
Ortalama yatış süresi (gün)	8,6 (4-24)	6,7 (3-14)	0,026
Ortalama sağ kalım (hafta)	59	24	0,000

Tablo 4. Postoperatif morbidite nedenleri.

	Rezeksiyon (n=36)	Non-rezeksiyon (n=43)	n=79 (%)
Pulmoner komplikasyonlar	2	3	5 (6.3)
Yara enfeksiyonu	1	2	3 (3.8)
İntra-abdominal sepsis	1	2	3 (3.8)
Kalp yetmezliği	1	2	3 (3.8)
Trombo-emboli	1	1	2 (2.5)
Anastomoz kaçağı	1	-	1 (3.7)*

* : Rezeksiyon + anastomoz yapılan 27 olgu için

Kolorektal kanserlerin 36 (%45.5)'sına rezeksiyon yapıldı. Rezeksiyon yapılan olgular ile yapılmayan olguların özellikleri Tablo 3'de karşılaştırıldı.

Olgulardan 13 (%16.4)'ünde 17 değişik postoperatif komplikasyon gelişti. Pulmoner komplikasyonlar en sık görülen morbidite nedeni idi. Rezeksiyon + anastomoz yapılan 27 olgunun birinde (%3.7) anastomoz kaçağı saptandı (Tablo 4). Postoperatif dönemde 7 olgu mortal seyretti (operatif mortalite %8.8). Bu olguların 6 (%85.7)'si acil şartlarda ameliyata alınmıştı.

TARTIŞMA

Küratif cerrahi yapılmayan olguların genel durumları genellikle major cerrahiye kaldıramayacak kadar bozuk ve tümörleri ileri evrede saptansa da, uygun olgular için tümörün rezeksiyonu amaçlayan agresif yaklaşımların ortalama sağ kalım süresini artırdığı bildirilmektedir (3-7). Palyatif amaçlı tümör rezeksiyonu yapma oranları literatürde %69-90 arasında değişmektedir (8-10). Tümörün invazyonu ve yaygınlığı nedeniyle yalnızca eksploratris laparotomi yapılan olgular hariç tutulduğunda, çalışmamızda palyatif

cerrahi uygulanan tüm olguların %57.1'ine tümör rezeksiyonu uygulandığı görüldü. Rezeksiyon sonrası kalıcı kolostomi zorunluluğu olan abdomino-perineal rezeksiyon (APR) hariç, rezeksiyon yapılan olgulardan %88.9'una rezeksiyon sonrası anastomoz uygulandı. Bir olguda (%3.7) anastomoz kaçağı görüldü. Anastomoz kaçağı yönünden çok yüksek riskli olan bu grupta belirlenen bu düşük oran cerrahi teknikteki gelişmeler ve olguların postoperatif dönemdeki iyi bakımları ile açıklanabilir. Evre C'deki olgulardan 7'sinde ilave ciddi hastalıklar nedeniyle operasyonun kısa sürede tamamlanması gerektiğinden ve 4'ünde ise distal rektuma lokalize tümör için planlanan APR'yi olguların kabul etmemesi nedeniyle 11'ine rezeksiyon yapılamamıştır. Çalışmamızda tüm olgular için postoperatif morbidite oranı %16.4, operatif mortalite %8.8 bulundu. Liu ve ark. (8), bu her iki oranı da %8.8 olarak bildirmiştir. Rezeksiyon yapılan olgular ile yapılmayanlar arasında operatif mortalite ve postoperatif morbidite yönünden istatistiksel fark yoktu. Bu sonuç rezeksiyon için hangi olgunun uygun olduğunu doğru belirleyen ve nerede durulacağını bilen bir cerrahın rezeksiyon yapmakla hastasına ilave riskler yüklemiş olmayacağını göstermektedir. İyi hazırlanmış olgulara yapılan intestinal anastomozlar günümüzde tehlikeli bir prosedür olmaktan çıkmıştır ve rezeksiyon sonrası intestinal devamlılığın sağlanması hastanın yaşam konforunu artırır. Diğer yandan acil şartlarda yapılan ameliyatlarda mortalitenin elektif cerrahiye göre anlamlı derecede yüksek bulunması sürpriz değildir.

Rezeksiyon yapılanlarda hastanede kalış süresi daha uzun bulundu (8.6 güne karşılık 6.7 gün, $p=0.026$). Bunun nedeni olarak rezeksiyon ve anastomoz yapılan olgularda olası anastomoza bağlı komplikasyonların izlenmesi için olguların daha uzun süre hastanede tutulması gösterilebilir.

Olgularda ilave ciddi tıbbi problemlerinin olması ve peritoneal yayılımın görülmesi halinde cerrahların rezeksiyon cerrahisinden uzaklaşma eğiliminde olduğu belirlendi. Uzak metastaz varlığı ve acil ameliyatlara uygun olgular için rezeksiyona engel teşkil etmedi (sırasıyla $p=0.085$ ve

$p=0.141$). Postoperatif kemoterapi ve/veya radyoterapi alan olguların oranları arasında istatistiksel fark saptanmamasına rağmen ($p=0.074$) uygun olgularda yapılan rezeksiyonun ortalama sağ kalımda anlamlı bir artış sağladığı gösterildi. Ortalama sağ kalımın palyatif rezeksiyon yapılan olgularda 10.6 ay, bypass uygulananlarda 3.4 ay ve cerrahi uygulanmayan olgular için 2 ay olduğu bildirilmiştir (8). Benzer şekilde çalışmamızda ortalama sağ kalım rezeksiyon yapılan olgular için 59 hafta, yapılmayan olgular için 24 hafta olarak saptandı ($p=0.000$).

Rezeksiyon yapılan olgular ile yapılmayanlar arasında benzer operatif mortalite ($p=0.119$) ve morbidite ($p=0.362$) oranları olması, buna karşılık ortalama sağ kalımın rezeksiyon yapılan olgularda daha uzun olduğunun gösterilmesiyle 'uygun olgulara' palyatif rezeksiyon yapılmasını önermekteyiz. Rezeksiyonu takiben yapılan anastomoz ile intestinal devamlılığın sağlanması güvenli bir uygulamadır ve hastayı stomalı bir yaşam yükünden kurtararak yaşam kalitesini artırır (4). Diğer yandan özellikle obstrüksiyon ve/veya perforasyonun eklendiği ve acil girişim gerektiği için ameliyata yeterince hazırlanamamış olgularda rezeksiyon yapmak için cerrahın şartları ne kadar zorlaması gerektiğinin ve bu zorlamanın olguya ne kadar morbidite yükü yükleyeceğinin de operasyon sırasında iyi değerlendirilmesi gerekir (2).

KAYNAKLAR

1. Minardi AJ Jr, Sittig KM, Zibari GB, McDonald JC. Colorectal cancer in the young patient. *Am Surg* 1998;64:849-853.
2. Law WL, Chan WF, Lee YM, Chu KW. Non-curative surgery for colorectal cancer: critical appraisal of outcomes. *Int J Colorectal Dis* 2004;19:197-202.
3. Rosen SA, Buell JF, Yoshida A, Kazsuba S, Hurst R, Michelassi F, et al. Initial presentation with stage IV colorectal cancer: how aggressive should we be? *Arch Surg* 2000;135:530-534.
4. Moran MR, Rothenberger DA, Lahr CJ, Buls JG, Goldberg SM. Palliation for rectal cancer. Resection? Anastomosis? *Arch Surg* 1987;122:640-643.
5. Ruo L, Gougoutas C, Paty PB, Guillem JG, Cohen AM, Wong WD. Elective bowel resection for incurable stage IV colorectal cancer: prognostic variables for asymptomatic patients. *J Am Coll Surg* 2003;196:722-728.

6. Canter RJ, Williams NN. Surgical treatment of colon and rectal cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002;16:907-926.
7. Kuo LJ, Leu SY, Liu MC, Jian JJ, Hongiun Cheng S, Chen CM. How Aggressive Should We Be in Patients With Stage IV Colorectal Cancer? *Dis Colon Rectum* 2003;46:1646-52.
8. Liu SK, Church JM, Lavery 1C, Fazio VW. Operation in patients with incurable colon cancer-is it worthwhile? *Dis Colon Rectum* 1997;40:11-14.
9. Makela J, Haukipuro K, Laitinen S, Kairaluoma MI. Palliative operations for colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1990;33:846-850.
10. McArdle CS, Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *BMJ* 1991;302:1501-1505.

Yazışma adresi:

Op. Dr. Haluk Recai ÜNALP
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4. Genel Cerrahi Kliniği
Yeşilyurt, İzmir
Tel : 0 232 244 44 44 / 2627
E-mail: drhru@mynet.com
