

Kolorektal Kanserlerde Tedavi Yaklaşımlarımız

Ersin Özgören*, Erol Kisli*, Metin Aydın*, Hasan Aslantürk*, Osman Güler*, Murat Başer*, Şevki Şahin**

Özet:

Kolorektal kanser insidansı Türkiye’de geniş bir coğrafi dağılım göstermektedir. Bir çok hasta ileri evrelerde saptanabilmekte ve çoğu zaman tek tip bir tedavi ile takip edilmektedir. Bu konuda kliniğimizin yaklaşımını ortaya koymak amacıyla, 1994-2001 yılları arasında Y.Y.Ü Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde kolorektal kanser tedavi protokolüne alınmış 69 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı.

Seride rektal kanserli hastalar çoğunlukta idi (%30) bu hastaların 9’una abdomino-perineal rezeksiyon uygulandı, diğer hastalara tümör yerleşim yerlerine göre ve preoperatif evreleme göz önüne alınarak cerrahi rezeksiyonlar yapıldı. İnrezektabilite oranı %7 idi ve rektal kanserli hastalarda sfinkter korunabilme oranı %52 idi. Tüm kolorektal kanserli hastaların %96’sı adenokarsinomdu. Modifiye Aster –Coller evrelemesinde evre B ve C olarak değerlendirildiler. Evre A’da hiç hasta yoktu. Ortalama takip süresi 48 ay olan hastaların bu süre içerisinde 28’inde nüks gelişti, (%40) ve 6 hasta (%0.08) uzak organ metastazlarına bağlı olarak kaybedildi.

Ülkemizde kolorektal kanser hastalarının büyük bir kısmına ileri evrelerde tanı konulabilmektedir (1). Multimodalite tedavi protokollerinin uygulamaya konulması ve lokoregional ve sistemik kontrolün iyi bir biçimde sağlanabilmesi ile ileri dönemde tespit edilen hastalar içinde bir takım güçlüklerin üstesinden gelinebilir.

Anahtar kelimeler: Kolon kanseri, cerrahi tedavi

Kolorektal kanserler gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan tümörlerindendir. Erkeklerde görülme sıklığı biraz daha fazla olmasına rağmen cinsiyet ayırımı yapmaz ve en sık 5 inci dekat civarında pik yapar (1-4). Ülkemizde kolorektal kanser hastalarının büyük bir kısmına ileri evrelerde tanı konulabilmektedir bu da takip ve tedavi de bir takım aksaklıkları beraberinde getirmektedir. Burada kliniğimizde tanıları konulan kolorektal kanserli hastaların cerrahi tedavileri ve sonuçları irdelenmektedir.

Gereç ve Yöntem

Y.Y.Ü Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde 1994-2001 yılları arasında yapılan toplam 69 kolorektal tümör olguları retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 30’u erkek (%43), 39’u (%57) bayan idi. Hastaların ortalama yaşları, kadınlarda 47 (20-67), erkeklerde ise 48.3 (20-70) olarak bulundu. Olguların 13’ü ileus, 1’i rektal kanama ve 2’si perforasyon nedeniyle acil şartlarda opere edilirken diğer 53 hasta (%77) elektif şartlarda hazırlanarak operasyona alındı.

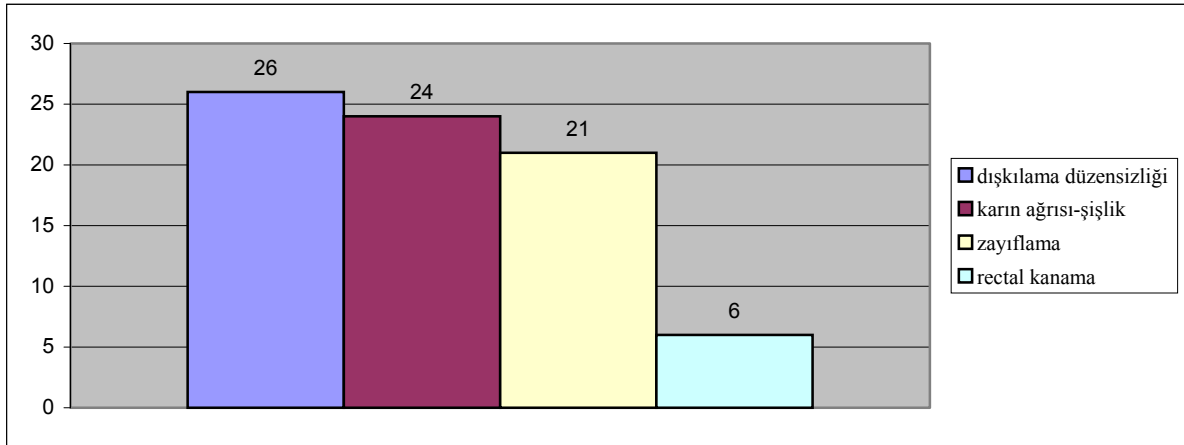
Acil olarak operasyona alınan hastalar dışındaki tüm olgulara rutin olarak batın ultrasonografisi ve batın tomografisi, intra venöz pyelografi, rektoskopi veya kolonoskopi, biyopsi, tümör markerleri ve hematolojik tetkikler yapıldı. Acil olarak opere edilen 16 (%23) olgu dışında ki hastalara preoperatif dönemde mekanik barsak temizliği uygulandı. Elektif şartlarda opere edilen olgularda göbek altı median kesi ile çalışıldı, acil olgularda ise median kesi göbek üzerine uzatıldı. İnrezektabl olarak kabul edilen 5 olgu (%7) dışındaki tüm hastalara rezeksiyon yapıldı. Tümöral kitlenin rezeke edildiği olgulardan 48’inde pasaj devamlılığı primer anastomozlarla sağlanırken (%70) 16 olguda ise rezeksiyon işlemi sonrası end kolostomi açıldı (%23). Bu olgularında 6’sında ileri dönemlerde kolostomi tamiri ile normal fizyolojik pasaj devamlılığı temin edildi. Olgulardan 2’sine primer anastomozu korumak amacıyla diversiyon kolostomi, 2’sine de ileostomi açıldı (%5). İnrezektabl olarak kabul edilen 5 (%7) olguya Hartman prosedürü uygulandı. Toplam 14 vakada anastomozlar staplerler vasıtasıyla yapıldı (%20) bu hastaların 10’u rektum kanserli idi. Sfinkter mekanizmalarını koruyarak cerrahi sınırları mümkün olduğunca radikal tutmak için stapler ile anastomoz tercih edilmişken genel durumları kötü ve acil şartlarda opere edilen 4 kolorektal kanserli hastada da ameliyat süresini kısaltmak ve

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. Van

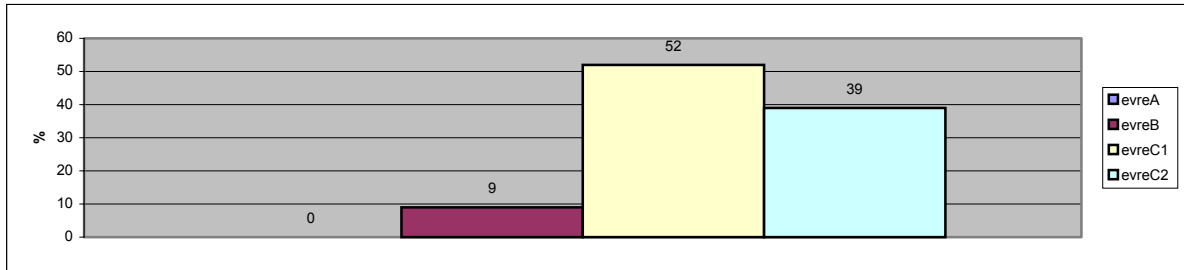
**Yozgat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği. Yozgat

Yazışma Adresi: Dr. Ersin ÖZGÖREN

Y.Y.Ü. Genel Cerrahi AD. VAN



Tablo 1: Başvuru şikayetleri



Tablo 2: Modifiye Aster-Coller evrelemesine göre hastaların dağılımları.



Tablo 3: Postoperatif patolojik tanı

aynı zamanda daha iyi bir anastomoz sağlamak amacıyla stapler kullanılmıştır.

Tüm hastalara ameliyat öncesi tek doz 1 gr. Ceftriakson sodyum ve 500 mg. (2x1) Metronidazol ile profilaksi başlanmış olup bu postoperatif 7.güne kadar rutin olarak uygulanmıştır. Enfeksiyon gelişen vakalarda ise (postop yara enfeksiyonu, pnömoni vb.) bu süre uzatılmıştır. Tüm hastalara postoperatif adjuvan kemoterapi başlanmasına rağmen (toplam 5 kür) toplam 32 hasta kemoterapinin çeşitli evrelerinde tedavilerini bırakmışlardır (%46). Serimizdeki toplam kemoterapi kür sayısı 5 kür olup ortalama kür sayısı 3.7'dir (258/69).

Bulgular

Acil olgular hariç tutulduğunda hastaların en sık başvuru şikayetleri Tablo I' de görüldüğü üzere dışkılama alışkanlığında değişiklik idi (%65). Tüm batin ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisi yapılan 53 elektif olgunun 20'sinde karaciğer ve/veya uzak organ metastazı saptandı. Olguların 10'unda preoperatif anemi mevcuttu (%15), bununla birlikte 13 olguda preoperatif CEA ve CA19-9 düzeyleri yüksek bulundu.

Elektif şartlarda operasyona alınan 53 olgunun yapılan preoperatif biyopsi sonuçlarında 52 olguda adeno ca, 1 olgu ise karsinoid tümör olarak rapor edilmiştir, karsinoid tümörlü olgumuzda idrarda 24 saatlik Vanil Mandelik Asit "outputu" yüksek bulunmuştur. Toplam olarak olguların 67'sinde (%97) postoperatif

patoloji adenokanser idi. Opere edilen olguların 39'unda (%57) tümör rectosigmoid bölgede (18 sigmoid, 21 rectumda) idi bunu sırasıyla 14 olgu (%20) çekum (2 olguda senkron tümör varlığı söz konusu idi.), 9 olgu (%13) inen kolon, 5 olgu (%7) transvers kolon (bu olguların 3'ünde senkron tümör vardı) ve 2 olguda (%3) çıkan kolon yerleşimi takip etmekteydi. İntraoperatif olarak 16 olguda karaciğer metastazı, 8 olguda üreterlere invazyon, 7 olguda mesane invazyonu, 4 olguda uterus invazyonu, 1 olguda ise spermatik kord invazyonu saptandı.

Olgulardan 9'una anterior rezeksiyon, 7'sine sigmoid rezeksiyonu, 2'sine "low anterior" rezeksiyon, 14'üne sağ hemikolektomi, 15'ine sol hemikolektomi, 9'una abdomino-perineal rezeksiyon, 5'ine total kolektomi, 2'sine transvers kolektomi ve 1'ine de pelvik eksantrasyon yapıldı, 5 olguda ise palyatif amaçlı kolostomi açılarak operasyon tamamlandı. Total kolektomi yapılan olgularda senkron tümör mevcuttu.

Postoperatif dönemde yapılan Modifiye Aster-Coller evrelendirmesi tablo 2 de görülmektedir. Burada da görüleceği üzere Evre A da hasta yoktu. B evresinde 6 hasta (%9), C evresinde ise 63 hasta (%91) olmak üzere hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Hastaların ortalama yatış süreleri acil olarak opere edilen olgular hariç 9 (7-17) gün , acil olarak ameliyata alınan olgularda ise bu süre 12 (10-28) gün idi.

Erken postoperatif dönemde olguların 23'ünde (%33) yara enfeksiyonu, 12'sinde (%17) akciğer problemleri, 2 hastada sepsis (%3), 2 hastada tromboemboli (%3) ve 1 hastada kardiyak problemler ortaya çıktı (%1).

Hastaların takipleri esnasında 6 hastada insizyonel herni (%8), 2 hastada enterokutanöz fistül (%3), 7 hastada ise reoperasyon gerektiren anastomoz kaçağı tespit edilmiş olup bu hastaların 5'i yeterli mekanik barsak temizliğinin yapılamadığı acil ameliyat edilen olgular grubuna aittir (%71) ve 1 hastada rektovaginal fistül (%1) tespit edildi. Enterokutanöz fistüller oral alımın kesilip total parenteral nutrisyon desteği ile spontan kapanmıştır. Hastaların ortalama takip süreleri 48 (8-60) ay olup bu dönemde 28 hastada lokal nüks gelişmiştir (%40), gene aynı dönem içinde 6 hasta (%9) uzak organ metastazları nedeniyle kaybedilmiştir. Nüks tespit edilen ve uzak organ metastazları görülen olguların tamamını Modifiye Aster-Coller sınıflamasına göre C evresindeki olgular oluşturmaktadır.

Tartışma

Kolorektal kanserler gastrointestinal sistemin en sık karşılaşılan tümörlerindendir. Erkeklerde görülme sıklığı biraz daha fazla olmasına rağmen cinsiyet ayırımı yapmaz ve en sık 5 inci dekat civarında pik yapar (2,3,4). Serimizi oluşturan 30'u erkek ve 39'u bayan olguların, yaş ortalaması erkeklerde 48.3 bayanlarda ise 47 olarak tespit edilmiştir.

Primer kolorektal kanserlerin %95'ini adenokarsinomlar oluşturur, kolon kanserlerinin %60'ı distal kolonda, tüm kolorektal kanserlerin yaklaşık %30'u rektum da, %20'si sigmoid kolonda yerleşir ve sıklıkla proksimale gittikçe azalır ancak çekumda hafifçe artarak %25'lere ulaşır (2,3,4,5). Serimizdeki olguların %97'sini adenokarsinomlar oluşturmaktayken bu vakaların %57'si rectosigmoid bölgede, %23'ü çekum ve sağ kolonda ve %14'ü ise sol kolonda yer almaktaydı.

Kolorektal kanserlerin prognozu tam ve doğru bir sınıflamaya bağlıdır. En fazla kullanılan sınıflamalar Dukes sınıflaması (Aster-Coller modifikasyonu) ve UICC'nin (Uluslar arası kanser karşıtları birliği) TNM klasifikasyonu dur (6). Damarların orijinin de bağlanması, genişletilmiş lenfadenektomi, total mezorektal eksizyon, profilaktik ooforektomi, karaciğer metastazlarının cerrahi tedavisi kolon kanserlerin cerrahi tedavisinde dikkat edilmesi gereken ve prognoza olan olumlu etkileri gösterilmiş uygulamalardır (7).

Serimizde ki anastomoz kaçağı oranı %13'dür. Kasperk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada rezeksiyon ve anastomoz yapılmış 98 hastanın 18'inde anastomotik kaçak tespit edilmiş olup bu hastaların 2 si bu yüzden ölmüştür (overall mortality %12). Yapılan çalışmalarda, anastomotik ayrılma için bağımsız bir risk faktörü olarak sadece sigara içimi gösterilmiş olup bunun dışında ki diğer parametrelerde (protektif stroma, cerrahın deneyimi, tümör evresi, radyo terapi veya kan transfüzyon ihtiyacı) anlamlı birliktelik bulunmamıştır (8).

İlerlemiş sağ kolon kanserlerinin tedavi yaklaşımları hala tartışmaya açıktır. Çevre organ veya dokuların infiltrasyonunda genişletilmiş rezeksiyonlara fırsat tanınmalıdır (9). Bizim serimizde mevcut 16 sağ kolon kanserli hastanın, küratif rezeksiyon amaçlanan 13'ünde genişletilmiş lenfadenektomi yapıldı (D3), bununla birlikte C2 evresindeki 3 olguda genel durumunun kötülüğü sebebi ile lenfadenektomi 1 ve 2. seviyelerde sonlandırılmak zorunda kalındı. Bu hastaların Modifiye Aster-Coller göre evrelendirildiğinde 1 hasta evre B ve 15 hasta

evre C olarak kabul edilmiş olup ortalama 48 aylık takip sonunda 6 hastada nüks gelişmiştir. Kısa dönem takiplerin olmasına ve hasta sayısının az olmasına karşın nüks gelişen tüm olguların C evresinde olması dikkate değer bulundu. Hastaların genel durumu ve cerrahi teknik elverdiği ölçüde D3 lenf diseksiyonu bu tip hastalara uygulanmalıdır.

Perforasyon kolorektal kanserlerde akut veya kronik olarak görülebilir (10).

Serimizdeki perfore kolon tümörlerinde pürülan generalize peritonit mevcuttu ve tümör yerleşim yeri her iki olguda da sağ kolon idi. Bir olguda çekum perforasyonu görülürken diğer olguda perforasyon yeri hemen tümör kenarında idi. Tedavide batın temizliğini takiben Hartman Segmenter kolektomi uygulandı. Her iki hastada da preop ve postop 7 nci güne dek devam eden kombine antibiyoterapi uygulamasına ek olarak batın içine konulan drenlerden günlük ortalama 8-10 litrelik %0.9'luk serum fizyolojik ile 37 derecede irrigasyon yapıldı.

Tecrübelerimiz göstermektedir ki, bir çok kolorektal kanser hastasında agresif cerrahi tedavi ile kür sağlanabilmektedir, serimizdeki cerrahi kür oranı %43 olup hastalarımızın ortalama takip süresi 5.4 yıldır. Bununla birlikte adjuvan kemoterapi nin cerrahi tedaviye kombine edilmesi kür şansını daha da artırabilir. Multimodalite protokollerinin uygulamaya konulması, lokoregional ve sistemik kontrolün iyi bir biçimde sağlanabilmesi ile ileri dönemde tespit edilen hastalar içinde bir takım güçlüklerin üstesinden gelinbilir.

Our Experience In Colorectal Cancer Treatment

Abstract:

Aim: *The incidence of colorectal cancer show wide extend in Turkey. Many of patients could be able to diagnose in further stage and mostly they treat and follow with only one treatment protocol.*

Method: *Medical record of 69 colorectal cancer patients was searched between 1994-2001 at department of general surgery of Yuzuncu Yıl University, Van.*

Results: *Rectal cancer patients were more (30%), abdominopelvic resection was performed to nine of these patients. Different surgical resection were applied to the rest of the patients in according to tumor site and preoperative stage. The ration of*

inresectability was 7% and the ration of preserving sphincter was 52% in rectal cancer patients. 96% of all colorectal cancer patients were adenocarcinoma. In according to Modified Aster-Coller stage system they were evaluated as stage B and C. There were no patients in stage A. Recurrence was occurred in 28 (40%) patients during median follow-up period that was 48 month and 6 (0.08%) patients were died due to distant organ metastasis.

Conclusion: *Many of the colorectal cancer patients could be diagnosed in further stage in our country. It could be better applying multimodal protocol and supplying locoregional and systemic control in further stage of colorectal cancers.*

Key words: *Colon cancer, surgical treatment*

Kaynaklar

1. Noyan TM, Özenç A, Hersek E. Kolorektal Karsinomlu 300 vakanın Retrospektif Analizi. Ulusal Cerrahi Kongresi 88. İstanbul 5-9 Haziran Bildiri Özetleris:83, 1988.
2. Sayek İ. Kolorektal karsinomlar. Temel Cerrahi. Editör, Sayek İ. Güneş kitabevi, Ankara, , pp:1173-1177,1996.
3. Onuk E, Tekin E. Kolon ve rektum kanserleri. Genel Cerrahi. Editör, Engin A, Ankara, Atlas kitapçılık, pp:574-580, 2000.
4. Schrock T, Çev.Gören A, Koç M, Gürel E. Kolon ve rektum kanserleri.(Current surgical diagnosis & treatment) Çağdaş Cerrahi. Türkiye klinikleri kitabevi, Ankara, pp:695, 1989.
5. Müslümanoğlu M. Kolon Hastalıkları. Cerrahi Gastroenteroloji. Editör, Degerli Ü . Nobel tıp kitabevi, İstanbul, pp:162-168, 2000.
6. Cohen M.A, Shank B, Friedman M.A: Colorectal Cancer, In: Cancer. Edited by DeVita V.T. New York, Lippincott, Third edition pp895-952, 1989.
7. Bonomo GM, Margari A, Mobicco D, Amoruso M. Our directions for the treatment of colorectal cancer. Ann Ital Chir Nov-Dec;70(6):929-34,1999.
8. Kasperk R, Phillips B, Vahrmeyer M, Willis S, Schumpelick V. Risk factors for anastomosis dehiscence after very deep colorectal and coloanal anastomosis. Chirug Nov; 21(11):1365-9, 2000.
9. Turollo A, Balani A, Tonello C, Scaramucci M, Roseano M. Surgical therapy of right colon cancer. Ann Ital Chir May-Jun;70(3):429-33, 1999.
10. Kocaoğlu H, Ünal E.A: Kolorektal Kanserler, Klinik Cerrahi Onkoloji. Editör; Ünal A Özkan matbaacılık, Ankara, pp:496-513, 1997.