

KOLON, REKTUM VE ANÜS KARSİNOMALARI

Dr. Yücel ARITAŞ*
Dr. Ümit TOPALOĞLU**
Dr. Nihat BENGİSU*
Dr. Metin ŞEN*
Dr. Yaşar YEŞİLKAYA*

Ö Z E T :

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesinde 1977 - 1984 yılları arasında kolon, rektum ve anüs karsinomalı 48 hasta tedavi edildi. Tümörlerin büyük kısmı rektum, rektosigmoid bileşim ve sigmoid kolonda lokalize idi. Vakaların % 64.5 inde tanı rijit rektosigmoidoskopiyle kolayca konuldu. Tümörler Dukes tasnifine göre sınıflandırıldı ve vakaların % 41.7 si D safhasında olarak kabul edildi. Yedi vakada, obstruksiyon yapan barsak tümörü nedeniyle acil cerrahi girişim gerekti. Ortalama morbidite % 27.08 ve mortalite % 25 idi. Kötü sonuçlar, primer olarak tedavi sırasındaki hastalığın ilerlemiş safhada oluşuna bağlıdır.

CARCINOMA OF THE COLON, RECTUM AND ANUS :

S U M M A R Y :

From 1977 to 1984, 48 patients with carcinoma of the colon, rectum and anus were treated at Erciyes University Medical School. The majority of the tumors were localized in the rectum, recto-sigmoid junction and sigmoid colon. Diagnosis was made early with rigid rectosigmoidoscope in 64,5 percent of the patients. The tumors were classified according to Dukes stages and 41.7 percent of the patients were accepted in D stage. In seven patients emergency surgical intervention was required for the obstructed bowel tumor. Overall morbidity was 27.08 percent and mortality was 25 percent. The poor results are primarily due to the advanced stage of the disease at the time of treatment.

(*) Erciyes Üniversitesi Genel Cerrahi Öğretim Üyesi.

(**) Erciyes Üniversitesi Genel Cerrahi Araştırma Görevlisi.

GİRİŞ :

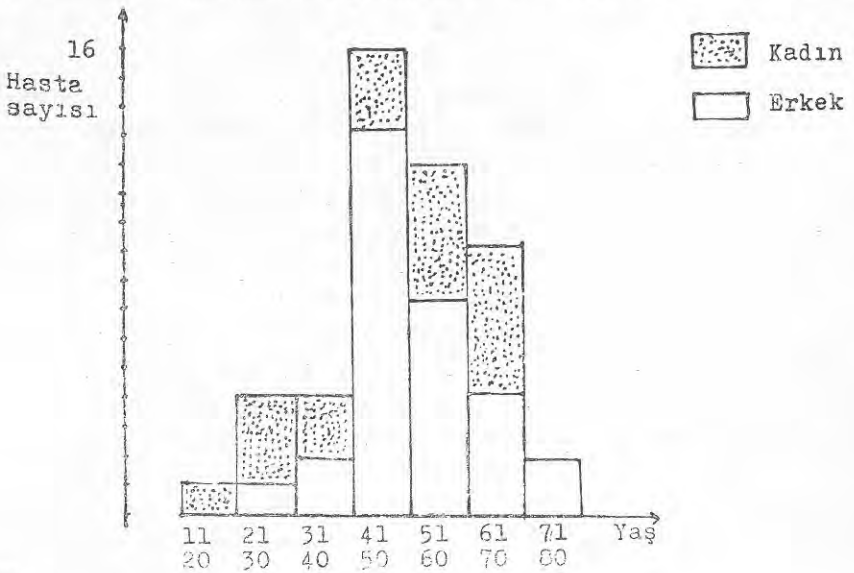
Kanserden ölüm sıklığı dikkate alındığı zaman, erkeklerde akciğer kanserlerinden, kadınlarda ise meme kanserlerinden sonra ikinci sırayı kolo - rektal kanserler almaktadır (6). Çalışmamızda bu ciddi hastalığın, ülkemiz ve özellikle yöremizdeki klinik özellikleri ve hastanemizdeki tedavi yöntemleri ile sonuçları çeşitli parametreler dahilinde incelenmiştir.

MATERYAL VE METOD :

Çalışmaya 1977 - 1984 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda kolon, rektum ve anüs kanseri sebebiyle ameliyat edilen 48 vaka alınmıştır. En sık görüldüğü yaş, klinik belirtilerindeki özellikler, en çok yerleştiği bölgeler ve yapılan operasyon şekilleri ile takiplerinin değerlendirilmesi yapılarak, taburcu edilen vakalar mektupla kontrol muayenesine çağrılmıştır.

BULGULAR :

Vaka serisinin cins ve yaş yönünden incelenmesi şekil 1'de görülmektedir. Bu şekilde görüldüğü gibi kolon ve rektum kanserlerine erkeklerde kadınlardan yaklaşık olarak iki kat daha fazla ola-



rak rastlanmıştır. Hastaların en genci 19 yaşında bir kız, en yaşlısı ise 83 yaşında bir erkektir. Yaş ortalaması 51.2 olarak bulunmuştur. Hastalığa en fazla 41 - 50 yaş grubunda rastlanmıştır (Şekil 1).

Hastalarda görülen klinik belirti ve bulgular Tablo I'de gösterilmekte olup, en sık görülenler ağrı ve defekasyonda meydana gelen değişikliktir.

TABLO I : VAKALARIN KLİNİK BELİRTİ VE BULGULARI

Klinik belirti ve bulgular	Vaka adedi	% (Yüzde)
Ağrı	35	72.9
Defekasyon değişikliği	31	64.5
Konstipasyon	13	41.5
Sık defekasyon hissi	7	22.5
Diare	6	19.3
İncelmiş, parçalı gaita	3	9.6
Zorlu ve ağrılı defekasyon	2	6.4
Kilo kaybı	23	47.8
Kanama	20	41.6
Hematokezya	12	60.0
Melana	8	40.0
Bulantı ve kusma	16	33.3
Karında palpable kitle	7	14.5
Akut mekanik intestinal obstrüksiyon	7	14.5
Meteorizm	2	4.1
Asit	2	4.1

Ağrı : Bu tabloda görülen en sık belirti ağrı (% 72.9) dir. Ağrı genellikle yemeklerden sonra ve karında yaygın olarak görülmektedir.

Defekasyon değişikliği : Vakalarımızın % 64.5'unda defekasyon değişikliği tesbit edilmiştir. Bunların % 9.6'sı incelmış ve parçalı gaita, % 41.5'unda konstipasyon, % 19.3'ünde diare, %6.4'ünde zorlu ve ağrılı defekasyon, % 22.5'unda ise tenesmus hissi mevcuttu.

Kilo kaybı : Vakaların % 47.8'inde belirgin kilo kaybı mevcuttu.

Rektal kanama : Vakaların % 41.6'sında rektal kanama görülmüştür. Bunların da % 60'ı taze kan, % 40'ı melena şeklinde kendini göstermiştir. Melena görülenlerin hepsi de sağ kolon tümörlü vakalardır.

Karında palpable kitle : Vakaların % 14.5'inde karın palpasyonunda tümör tesbit edilmiştir. Bunların hepsi de değişik lokalizasyonlu kolon tümörlerine aittir.

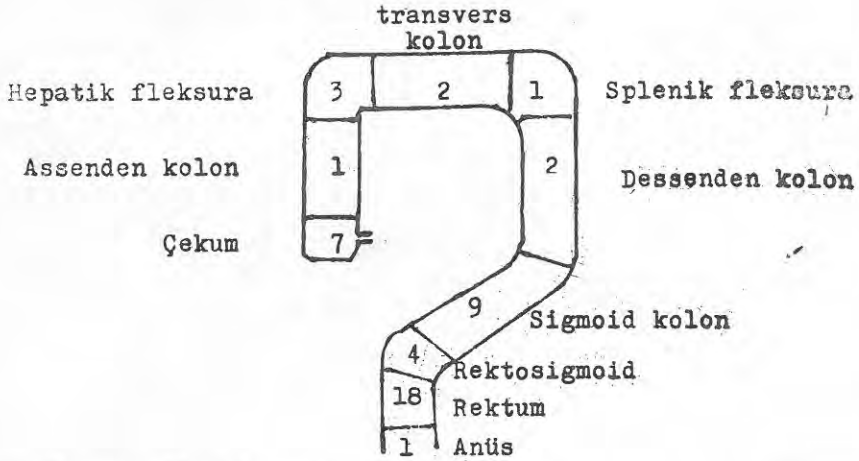
Bulantı ve kusma % 33.3 vakada, meteorizm % 4.1, asit % 4.1 vakada mevcuttu.

Hastaların semptomlarının başlamasıyla operasyon arasında geçen süre ortalama 14.6 ay olarak bulunmuştur.

Tablo II ve şekil 2'de 48 vakada kolon anotomisine göre kanserin yerleştiği bölgeler gösterilmiştir. Bu tablodan da anlaşılacağı üzere tümörlerin % 39.6'sı rektal tuşe, % 64.5'u ise rektosigmoidoskopi ile tesbit edilip, direkt olarak biopsi alınabilecek seviyede bulunmuştur.

TABLO II : VAKALARIN KOLON ANOTOMİSİNE GÖRE DAĞILIMI

Tümörün yeri	Vaka adedi	% (Yüzde)
Çekum	7	14.8
Assenden kolon	1	2.1
Hepatik fleksura	3	6.2
Transvers kolon	2	4.1
Splenik fleksura	1	2.1
Dessenden kolon	2	4.1
Sigmoid kolon	9	18.7
Rektosigmoid bileşim	4	8.3
Rektum	18	37.5
Anüs	1	2.1
Toplam	48	100.0



Tanının Konulması :

Tanıda hastalığın hikayesi ve genel fizik muayenenin yanısıra bütün vakalarda rektal tuşe, rektosigmoidoskopi, radyolojik inceleme ve biyopsiden faydalanılmıştır. 12 vakada abdominal ultrasonografi yapılarak 6 vakada kitle lokalize edilirken 2 vakada karaciğer metastazı saptandı. Yukarıda belirtildiği gibi anüs, rektum ve sigmoid bölgede oturan kanser vakalarında (% 66.6) ameliyattan önce biopsi alınarak tanı kesinleştirilmiştir. Biopsilerin histopatolojik incelenmesi sonucu anüse lokalize bir vakada epidermoid kanser diğer bütün hastalarda adenokanser tanısı konulmuştur.

Operatif Yöntemler :

Uygulanan operatif yöntemler Tablo III'de gösterilmiştir.

TABLO III : UYGULANAN OPERATİF YÖNTEMLER

Operatif yöntem	Vaka adedi	% (Yüzde)
Permanan kolostomi	17	35.5
Miles (abdominoperineal rezeksiyon)	7	14.5
Anterior rezeksiyon	9	18.8
Sağ hemikolektomi	8	16.7
Sol hemikolektomi	4	8.3
Tüp çekostomi	1	2.1
Sadece Biopsi	2	4.1
Toplam	48	100.0

Bunlardan permanan kolostomi, tüp çekostomi ve sadece biopsi alınan vakalar inoperabl olarak kabul edilmelidir. Buna göre vakaların % 41.7'sinin daha hastaneye müracaat ettiklerinde inoperabl (D grubu) devrede oldukları sonucu çıkmaktadır. Sağ ve sol kolon kanserlerinde o tarafın hemi kolektomisi; hepatic ve splenic fleksura kanserleriyle, transvers kolon kanserlerinde bulunduğu tarafın hemi kolektomisi ile birlikte transvers kolektomi yapılmıştır.

Abdominoperineal rezeksiyon, anüs kanseri ile rektumun anorektal çizgiden itibaren 10 cm proksimale kadar olan kanserler için uygulanmıştır. 10 cm.'den daha yukarda ve rektosigmoid bölge kanserlerinde anterior rezeksiyon tercih edilmiştir.

Ameliyat esnasında tesbit edilen metastazlar Tablo IV'de gösterilmektedir. Makroskopik metastaz tesbit ettiğimiz vakalarda uygulanacak ameliyat tekniği açısından tutumumuz şöyledir. Yaygın metastaz, frozen pelvis, peritoneal karsinomatoza tesbit edilen vakalarda palyatif prosedür olarak kolostomi yapılmaktadır, rezeksiyon yapılmamaktadır. Prostat, vagen arka duvarı ve mesaneye invaze vakalarda infiltrate bölge ile birlikte rezeksiyon yapılmaktadır. Karaciğerde metastaz tesbit edilen vakalar inoperable kabul edilmekle beraber tümör rezektabl ise mutlaka rezeksiyon yapılmaktadır.

TABLO IV : OPERASYONDA TESBİT EDİLEN MAKROSKOPİK METASTAZLAR

Metastazın yeri	Vade adedi	% (Yüzde)
Frozen pelvis	6	12.5
Paraaortik lenf nodu	5	10.4
Peritoneal karsinomatozis	5	10.4
Mesane	5	10.4
Karaciğer	3	6.24
İleum	1	2.08
Adneks	1	2.08

Akut mekanik intestinal obstrüksiyon nedeniyle acil olarak operasyona alınan 7 vakanın 4'ü post operatif ilk günlerde öldüler. Kaybedilen diğer 8 vakada ölüm nedeni ise postoperatif diffüz peritonittir.

Postoperatif komplikasyonlar Tablo V'de göstermektedir.

TABLO V : POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR

Komplikasyon	Vaka adedi	% (Yüzde)
Yara enfeksiyon	7	14.6
Envantrasyon	5	10.4
Kalp yetmezliği	1	2.08
Toplam	13	27.08

Hastaların Takibi :

Hastaların takibi ile ilgili bilgiler Tablo VI'da verilmektedir. 43 vakanın 12'si (% 25) postoperatif erken dönemde kaybedilmiştir. Geri kalan 36 vakaya mektup yazılmış, bunların 12'si yazılan mektuba hiç cevap vermemiş veya adreslerinde bulunamamıştır. Ancak geri kalan 24 vakanın sonuçları değerlendirilmeye tabi tutulabilmektedir.

TABLO VI : HASTALARLA YAPILAN MEKTUPLAŞMA SONUÇLARI

Sonuç	Vaka adedi	% (Yüzde)
Cevap mektubu gelenler	14	29.6
Hiç cevap gelmeyenler	12	25.0
Kontrolde gelenler	10	20.4
Toplam	36	75.0

Erken postoperatif dönemde ölen vakaların 9'unda tümör kolonda, 3'ünde rektumda lokalizedir : Kolon kanseri sebebiyle ameliyat edilen 9 vakanın 4'üne acil şartlarda kolon rezeksiyonu yapılmıştır. Peritoneal karsinomatozu olan 5 vakadan 4'üne permanan kolostomi, birine de sadece biopsi yapılmıştır. Rektum kanserisebebiyle ölen üç hastadan birine anterior rezeksiyon, diğerine kolostomi, sonuncusuna ise abdomino perineal rezeksiyon yapılmıştır. Sonucu bilinen vakaların durumu Tablo VII'de gösterilmektedir.

Yazdığımız mektuplara cevap alınan 14 vaka 1 - 13 ay arasında ölmüştür. İnoperable olan vakalarda azami yaşama süresi 11.5 aydır. Kolon kanserli 6 vaka 7 ay - 5.2 yıldan beri hayattadır. Bun-

TABLO VII : SONUCU BİLİNER VAKALARIN DURUMU

Tümörün	Uygulanan Operasyon Şekli	Klinikte ölen vakalar	Cevap Alınanlar Yaşayanlar	Ölemler
Kolon	Rezeksiyon	4	5	1
	Kolostomi	4	1	2
	Sadece biopsi	1	—	1
Rektum	Anterior rezeksiyon	1	1	4
	Kolostomi	1	2	2
	Abdomino perineal rezeksiyon	1	1	4
Toplam		12	10	14

ların beşine rezeksiyon, birine kolostomi yapılmıştır. Rektum kanserli 4 vaka ise 1 - 3.5 yıldan beri hayattadır. Bunların ikisine kolostomi, birisine anterior rezeksiyon, diğerinde abdomino perineal rezeksiyon yapılmıştır.

TARTIŞMA :

Kanser ölümlerinin % 14.3'unun kolorektal kanserlerden olması (10) bu bölge kanserlerinin önemini daha da artırmaktadır.

Kolorektal kanserler, çalışmamızda en çok 40 - 50 yaş arasında görülmektedir. Yaş ortalaması 51.2 dir. Literatürde de en sık 50 - 60 yaş grubunda görülmektedir (6).

Serimizde kolorektal kanserler, erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 2 kat daha fazla olarak görülmüştür. Literatürde ise kolon kanserleri kadınlarda 1.2/1 nisbetinde, erkeklerden daha fazla olarak görülmektedir. Rektum kanserlerinde ise bu oran tersinedir. Erkek kadın oranı 1.3/1 dir (10).

En sık rastlanan semptomlar literatürde olduğu gibi ağrı (14), defekasyonda değişiklik, kilo kaybı ve rektal kanamadır. Serimizdeki 7 vaka akut mekanik intestinal obstrüksiyon nedeniyle acilen operasyona alınmıştır.

Hastalarımızda kolorektal kanserlerin yaklaşık % 66.6'ı anüs, rektum ve rektosigmoid bölge gibi rektal tuşe veya rektosigmoidoskopi ile ulaşılabilecek seviyede bulunmuştur. Buna göre bu böl-

geyi ilgilendiren semptomları olanlarda rektal tuşe ve rektosigmoidoskopinin önemi bir defa daha vurgulanmış olmaktadır. Rektosigmoidoskop ve baryumlu kolon grafisi ile rektal kanamanın kaynağı anlaşılamadığı takdirde kolonoskopi yapılması uygundur (13).

Elektif operasyona alınan vakalarda rutin olarak barsak temizliği yapılmakta ve oral antibakteriel ajanlar kullanılmaktadır (9). Serimizde oral antibakteriel ajanlar olarak eritromisin ve metranidazol kullanılmış, mekanik temizlik streptomisinli lavmanlarla sağlanırken, ayrıca laksatif olarak magnezyum sülfat tatbik edilmiştir.

Hastalarımızın % 41.7'si daha başlangıçta inoperable devrede idiler. Hastaların çok geç olarak müracaat etmeleri nedeniyle kür elde edilebilecek radikal operasyonların uygulanamadığı kolaylıkla anlaşılmaktadır (14). Bu vakalarda ortalama yaşam süresi 11.5 ay olarak bulunmuştur. Kolorektal kanserlerde yüksek lineer büyüme hızı ve kötü diferansiasyon arasında aşikar bir korelasyon tesbit edildiği için (1) radyografi ve kolonoskopik tetkikler esnasında en küçük bir lezyona bile dikkat edilmelidir.

Lezyonun yerine göre yapılan operasyon şekilleri dış kaynaklı yayınlarla da uygunluk göstermektedir (6, 10, 12). Rektum kanserlerinde özellikle stapler ve manuel olarak yapılan anostomozlar karşılaştırıldığında stapler kullanılanlarda anastomoz açılması daha az olmakta, stenoz ve kanama gibi anostomotik komplikasyonlar daha nadir görülmektedir (3, 4). Mc Dermott ve arkadaşları (7) rezeksiyon hattının histolojik muayenesinde tümörün bulunmadığı vakalarda daha serbest küratif rezeksiyonlar tarif ettiler. Hurst ve arkadaşları (5), tümörün kenarında iki cm. uzaklıkta EEA Stapler ile 35 vakaya aşağı anterior rezeksiyon ve anostomoz yaptılar, 11 hastada lokal rekürrens gördüler. Bu sınırlı rezeksiyonlardan sonra sık rekürrenslerin görülmesi, bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir.

Mayo kliniğindeki bir çalışmada, 10 yıllık bir periyotta acil total abdominal kolektomi ile primer ileorektal anostomoz yapılan 18 vakanın 5'inin peritonitten öldüğü bildirilmektedir (11). Sadece bu vakaların 6'sı komplikasyonsuz olarak yaşamıştır. Acil kolektomiden sonra primer anostomoz yüksek mortalite ve morbiliteye sahiptir. Mortalitemiz literatüre göre daha yüksektir (6, 10). Bu

sonuçta, acil olarak başvuran hastalarda barsağın mekanik temizliğinin yapılamaması ve bu vakalarda geniş rezeksiyonların uygulanması etkilidir. Bu vakalarda kolostomiye takiben yapılacak rezeksiyonların mortaliteyi azaltabileceği düşünülebilir.

Uzun dönemde ortaya çıkacak sonuçların tanımlanabilmesi için lenf nodüllerinin histolojik yapısı incelenmelidir. Kanserin lenf nodülüne yayılmış olması, metastaz yapmamış vakalara oranla ameliyat sonrası yaşama sürelerini yaklaşık yarısı kadar azaltır. 5 yıllık yaşam süresi Stage A'da % 80.3, Stage B'de % 70.6, Stage C'de % 31.9 ve Stage D'de % 1.2 dir (6). Ameliyattan sonraki ilk 5 sene içerisinde herhangi bir nüks görülmezse prognozun iyi olacağı kabul edilebilir.

KAYNAKLAR

- (1) Bolin, S., Nilsson, E., Sjö Dahl, R. : Carcinoma of the Colon and Rectum - Growth Rate. Ann. Surg., 198 : 151 - 158, 1983.
- (2) Glass, R., Smith, E.L. Cochran, C.R. : Subtotal Colectomy for Obstructing Carcinoma of the Left Colon. Am. J. Surg., 145 : 335 - 336, 1983.
- (3) Goligher, J.C. : The use of stapling devices for the construction of low rectal anastomoses. Ann. Chir. Gynaecol., 69 : 125 - 131, 1980.
- (4) Gordon, H.P., Vasilevsky, N.C. : Experience with Stapling in Rectal Surgery. Surg. Clin. North Am., 64 : 555 - 565, 1984.
- (5) Hurst, P.A., Prout, W.G., Kelly J.M. et al : Local recurrence after low anterior resection using the staple gun. B.J. Surg., 69 : 275 - 6, 1982.
- (6) İsidore, C., Jr. Francis, C.N. : Intermediate or precancerous lesions and malignant lesions, In : Sabiston, D.C. (ed) : Textbook of surgery, 11. ed. Philadelphia, W.B. Saunders Comp., 1977, pp : 1100 - 1108.
- (7) Localio, A.S., Eng, K., Coppa, F.G. : Abdominosacral Resection for mid-rectal Cancer, Ann. Surg., 193 : 320 - 24, 1983.
- (8) McDermot, F., Hughes, E., Phil, E. et al. : Long term results of restorative resection and total excision for carcinoma of the middle third of the rectum. Surg. Gynecol. Obstet., 154 : 833 - 837, 1982.
- (9) Stone, H.H. : Antibiotics in Colon Surgery. Surg. Clin. North Am., 63 : 3 - 9, 1983.
- (10) Storer, H.E., Goldberg, M.S. and Nivatvonge, S. : Colon, Rectum and Anus, In : Schwartz, I.S., Shires, T.G., Spencer, F.C., Storer, H.E. (ed) : Principles of Surgery, 3, ed. New York. McGraw - Hill Book Comp. 1979, pp : 1215 - 1225.
- (11) Terry, B.G., Beart, R.W. Jr. : Emergency abdominal colectomy with primer anastomosis. Dis. Colon. Rectum. 24 : 1 - 4, 1981.
- (12) Weakley, L.F. : Cancer of the rectum. Surg. Clin. North. Am. 63 : 129 - 135, 1983.
- (13) Welch, E.C., Malt, A.R. : Abdominal Surgery, Medical Progress. N. Engl. J. Med., 308 : 685 - 93, 1983.
- (14) Yeşilkaya, Y. : Kolon Kanseri A.Ü. Tıp Fak. Mec. 25 : 46 - 59, 1972.