Çağdaş Cerrahi Dergisi 12: 100-103, 1998

Rektum Kanserinde Radikal Ameliyatlar Sonrası Lokal Nüks

Asiye PEREK, Metin KAPAN, A. Vedat DURGUN, Arif Sami KAHYA

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Ocak 1990-Aralık 1996 arasında kliniğimizde rektum kanseri nedeniyle ameliyat edilen 512 hastanın 51'inde lokal nüks gelişmiştir. Bunlardan incelenebilen 28 hastadaki ilk ameliyat, 7 hastada anterior rezeksiyon (AR), 16 hastada low-anterior rezeksiyon (LAR), 5 hastada abdomino-perineal rektum rezeksiyonu (APRR) dur. Lokal nükse kadar geçen süre en kısa LAR yapılanlarda en uzun APRR yapılanlarda bulunmuştur. Nükste en sık görülen bulgu sfinkter koruyucu ameliyat yapılanlarda kabızlık, tenesmus ve rektal kanama, APRR yapılanlarda ise sakral ve perineal ağrı ile kitledir. Nüks gelişen ve sfinkter koruyucu ameliyat yapılan 23 hastanın sadece 10'unda APRR yapılabilmiş, diğerlerinde palyatif işlemler, 2'sinde sadece biyopsi yapılabilmiştir. APRR yapılmış 5 hastada ise radikal hiç bir işlem yapılamamıştır. Radyo-kemoterapinin surviye ve semptomlara pek etkisinin olmadığı görülmüştür.

Anahtar kelimeler: *Rektal kanser, lokal nüks*

SUMMARY

Local Recurence After Radical Operations of Rectum Cancer

Local recurrence has been observed in 51 of 512 patients operated for rectum Ca between January 90 and December 96 in our clinic. In 28 of these patients, primary operations were anterior resection (AR) in 7 patients, low-anterior resection (LAR) in 16 patients and abdomino-perineal rectum resection (APRR) in 5 patients. Period of local recurrence was shortest in patients performed LAR and logest in patients performed APRR. Most common findings in recurrence patients with operations of sphincter-saving type were constipation, tenesmus and rectal bleeding, whereas patients performed APRR showed symptoms of sacral or perineal pain and mass. In 23 patients with local recurrence after sphincter-saving type of operations, APRR could be performed in only 10 patients. In the rest of the patients paliative procedures were performed and in 2 of the patients only biopsy could be possible. In 5 patients performed APRR no radical procedure could be done. It was shown that radio-chemotherapy has no effect on either survival time or symptoms.

Key words: *Rectal cancer, local recurrence*

Rektum kanseri için yapılan radial ameliyatlar sonrası lokal nüks % 3-68 oranında ve genellikle ilk 2 sene içinde görülür [1,2,3]. Bu hastaların sadece % 5-20'si rezektabl bulunur. Cerrahi girişim yapılmazsa 5 yıllık survi % 4'ten azdır. Lokal nüks gelişen hastaların % 50'ye yakını asemptomatiktir, bu nedenle hastaların iyi izlenmesi ile 5 yıllık survi % 33'lere çıkarılabilir. Ameliyat seçiminin doğru yapılması nüksü azaltan önemli bir etkendir. Nüks tanısında kontrastlı BT (bilgisayarlı tomografi) ve MR (manyetik rezonans) oldukça yararlıdır.

MATERYAL ve METOD

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Ocak 1990-Aralık 1996 tarihleri arasında rektum Ca nedeni ile 512 hasta ameliyat edilmiş, bunların 51'i lokal nüks ile başvurmuştur. Bu hastalardan 28'inin dosyaları değerlendirilebilmiştir. Yirmisekiz hastanın 17'si kadın, 11'i erkektir. Yaşları 27-80 arasındadır. En fazla 60-69 yaş grubunda hasta olduğu görülmüştür (10 hasta).

BULGULAR

Hastalarda yapılmış ilk ameliyatlar 7 hastada AR, 16 hastada LAR, 5 hastada APRR'dur (Tablo 1). Anastomoz yapılanların sadece 2'sinde stapler kullanılmıştır. İlk ameliyattan lokal nükse kadar olan süre APRR sonrası 36 ay, AR sonrası 24 ay ve LAR sonrası 17.5 aydır. Nüks ilk ameliyattan sonra 2 ay ile 5 yıl arasında değişen zamanlarda ortaya çıkmıştır.

En sık görülen belirti ve bulgular kabızlık (12 hastada), tenesmus (6 hastada), rektal kanama (5 hastada),

Yazışma adresi: Metin Kapan, Ataşehir, Karamançiftliği Cad. Ada 33, A2 Blok, Yakut 10, D. 7, Küçükbakkalköy-İstanbul

Tablo 1. Rektum Ca için yapılan ameliyatlar sonrası lokal nüks gelişene kadar geçen süre.

Primer ameliyat	Hasta sayısı	İlk ameliyattan nükse kadar olan ortalama süre
Anterior rezeksiyon	7	24 ay
Low anterior rezeksiyon	16	17.5 ay
Abdominoperineal rektum rezeksiyonu	5	36 ay

perine insizyonunda kitle, sakral bölgede ağrı, perianal ağrı, vajen duvarında kitle, idrar tutamama, hematüri, makattan müküslü akıntı, ve ileus'tur (Tablo 2).

Tablo 2. Rektum Ca için yapılan ameliyatlar sonrası lokal nükslerde bulgu ve belirtiler.

Belirti ve bulgular	Hasta sayısı
Kabızlık	12
Tenesmus	6
Rektal kanama	5
Perine insizyonunda kitle	3
Sakral bölgede ağrı	3
Perianal ağrı	2
Vajen arka duvarında kitle	1
İdrar tutamama	1
Hematüri	1
Müküslü akıntı	1
İleus	1

Tablo 3. Lokal nükste yapılan işlemler.

İlk ameliyat	Hartmann kolostomi	Sigmoid loop kolostomi	APRR	Very LAR	Kitle eksizyonu	Mikulicz kolostomi	Tm fülgürasyonu	Kolostomi revizyonu	Radyoterapi	Exp. laparotomi+ biopsi
AR	3	2	1							1
LAR	3	1	8	1	1	1				1
APRR							1	2	2	

AR: Anterior rezeksiyon, LAR: Low anterior rezeksiyon, APRR: Abdomino perineal rektum rezeksiyonu

Lokal nüks gelişen ve ilk ameliyatı anterior rezeksiyon olan 3 hastada Hartmann tipi kolostomi, 2 hastada sigmoid loop kolostomi, 1 hastada APRR, 1 hastada laparotomi+biyopsi yapılmıştır. İlk ameliyatı low anterior rezeksiyon olan hastaların 3'ünde Hartmann tipi kolostomi, 1'inde sigmoid loop kolostomi, 8'inde APRR, 1'inde very low anterior rezeksiyon, 1'inde kitle eksizyonu, 1'inde Mikulicz kolostomi, 1'inde eksploratris laparotomi ve biyopsi yapılmıştır. İlk ameliyatı APRR olan 1 hastada perineal tümör fülgürasyonu, 2'sinde kolostomi revizyonu yapılmış. 2 hastada herhangi bir cerrahi müdahale yapılmadan radyoterapiye sevk edilmiştir (Tablo 3).

Lokal nüks rektum kanseri tanısı konulan hastaların radyasyon onkolojisi ve/veya onkolojiye başvurup vurmadığını araştırdık. Dört hastanın radyasyon onkolojisine, 6 hastanın onkolojiye başvurduğunu saptadık.

Hartmann yapılmış bir hasta 26 ay sonra yaşamakta idi. LAR yapılan ve radyoterapiye rağmen üreter alt ucunu da tutan pelvik kitle gelişen bir hasta cerrahiye başvurdu ve Miles yapıldı. Bir hastada adjuvan radyoterapi sonrası semptomlar devam etmiş ve kolostomi yapıldıktan sonra onkolojiye gönderilmiştir. Onkolojide kaydı bulunabilen 6 hastadan ancak üçünün dosyası bulunabilmiştir, bu hastaların aynı zamanda radyoterapi görmüş hastalar olduğu saptanmıştır.

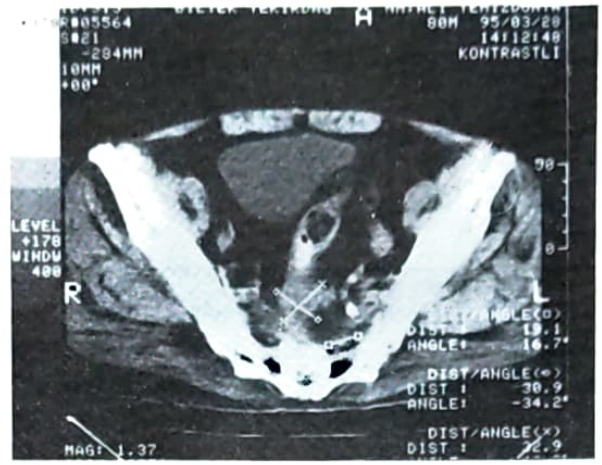
TARTIŞMA

Rektum Ca nedeniyle yapılan radikal ameliyatlar sonrası lokal nüks oranı kliniğimizde % 10 olarak bulunmuştur. Bu dünya literatürüne göre oldukça iyi bir oran olmakla birlikte oranın düşük olmasında takibin iyi olmamasının da etkisi olabilir. Lokal nüksün görüldüğü hastaların çoğunda (23'ünde) sfinkter koruyucu ameliyatlar yapılmıştır. Bunların 7'si AR, 16'sı LAR'dur. LAR yapılan hastalarda lokal nükse kadar geçen süre diğerlerinden oldukça kısadır. Nüks gelişen 51 hastanın bulguları elde olmadığı için süreler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı istatistiksel olarak tam karşılaştırılamayabilir. APRR ve LAR yapılan hastalarda nüksün ortaya çıktığı süre karşılaştırıldığında $p=0.07$ bulunmuştur, $p>0.05$ olmasına karşın oldukça yakındır. APRR ve AR karşılaştırıldığında $p=0.33$ bulunmuş ve LAR ve AR grupları karşılaştırıldığında $p=0.22$ bulunmuştur ve her ikisinde de aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.

1908'de Miles APRR gerçekleştirdiğinde çıkarılması gereken üç lenfatik alan tanımlamıştır. Bunlar sfinkterleri, ishiorektal yağ dokusunu ve perineal deriyi içine alan distal yayılım alanı; pelvis tabanı kasları, periton ve fasyayı içine alan lateral yayılım alanı; rektum arkasında, sigmoid mezosunda bulunan nodüller ve parakolik nodülleri içine alan proksimal yayılım alanıdır [4,5]. LAR'da distal ve lateral yayılım alanları yeterli çıkarılamaz ve cerrah çeşitli nedenlerle endikasyonu zorlayabilir. Phillips ve ark. [6] yaptıkları bir çalışmada, 1376 hastaya APRR, 598 hastaya AR yapmıştır. APRR yapılanlarda lokal nüksü % 8, AR yapılanlarda % 17 olarak bulmuşlardır, ayrıca AR yapılanlarda daha kısa sürede lokal nüks geliştiği bildirilmiştir. Bizim serimizde LAR yapılan hastalarda nüks bulgularının 2 hastada 2 ayda, 2 hastada 4 ayda görüldüğü belirlendi. Bunlar nüksten çok ilk ameliyatta tümörlü doku bırakıldığını göstermektedir. Sfinkter koruyucu ameliyat yapılırken sadece tümörün anal verge uzaklığı değil, rektum duvarında kaç kadranı tuttuğu, fiksasyonu, büyüklüğü, derinliği, lenfatik tutulumun olup olmadığı, tümörün differansiasyonu, presakral adenopati olup olmadığı ve hastanın vücut yapısı önemlidir. Bu klinik evrelemede endoluminal ultrasonografi ve MR tetkiki yararlı olur. Sfinkter koruyucu ameliyat yapılırken mutlaka total mezorektal eksizyon yapılmalıdır. Herald 132 olguluk bir çalışmada total mezorektal eksizyonu ile lokal nüksü % 3.3 olarak bildirmiştir. Makroskopik tümör sınırında altında mezorektumda tümör hücreleri olduğu gösterilmiş ve mezorektumun rektumdan çıkarılandan daha aşağı kesilmesi gerektiği bildirilmiştir [5,7,8].



Şekil 1. Lokal nüksün BT'deki görünümü



Şekil 2. Sakruma infiltre nüks tumor.

Sfinkter koruyucu ameliyat yapılanlarda lokal nüks geliştiğinde en sık görülen belirtiler kabızlık, tenesmus, hematoşezi, sakral bölgede bacağa yayılan ağrı, idrar tutamama ve hematüri gibi şikayetlerdir. APRR yapılanlarda perine insizyonunda ve altında, vajen duvarında kitle de görülebilir. Üriner şikayetler ve bacağa yayılan sakral ve perineal bölgede ağrı bazı cerrahlarca inoperabilite kriteri sayılabilir. Bu şikayetlerle başvuran 4 hastada BT ve laparotomi ile pelvisi dolduran ve sakruma fikse kitle olduğu saptanarak hiçbirşey yapılamadı (Şekil 1 ve 2).

Lokal nüksle başvuran 28 hastadan, ilk ameliyatı AR olan bir hastada ve LAR yapılan 9 hastada (% 35.7) radikal bir girişim (APRR) yapılabilmiştir. Hastalar izlense bile lokal nüks tanısı konduğunda çoğunun inoperabl dönemde olduğu görülmüştür [9]. Bu durum takipte genellikle istenen CEA, sigmoidoskopi ve BT'nin yeterli olmadığını göstermektedir. Lokal nüks tanısında şüphecilik, iyi sorgulama, endolüminal ultrasonografi ve MR daha yararlı olabilir [1].

Radyoterapinin kanama ve ağrı şikayetlerinde palyasyon sağladığı, postoperatif adjuvan radyoterapinin nüksü azalttığı bildirilmiştir. Bizim hastalarımızda sayı çok az olmakla birlikte bu durum saptanmadı. Ayrıca postradyasyon koliti ve buna bağlı şikayetler (diare, kanama) hastaları rahatsız edici boyutlar alabilmektedir. Kemoterapinin ise lokal nükste yararı kanıtlanamamıştır.

Lokal nüks oranı fazla gibi görünse de hasta da, cerrahta sfinkter koruyucu ameliyatlardan yana olmak-

tadır. Rektum kanserleri için yapılacak ameliyatlarda; tümörü, yerini, özelliklerini iyi değerlendirip ameliyat seçimini doğru yapmak nüksü azaltacak en önemli etkendir. Maliyeti arttırırsa da hastaların kısa aralıklarla hiç olmazsa ilk 2 yıl 3 ayda bir izlenmesinde yarar vardır. İzleme sırasında hastanın yakınmalarının iyi değerlendirilmesi, cerrahın şüpheciliği ve yaklaşımı ile yakından ilgilidir. Aksi takdirde radyo-kemoterapinin hastanın yaşam süresi ve konforuna pek etkisi olmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Beynon J, Mcc Mortensen NJ, Fay DMA, Channor JL, Rigby H, Virjee J: The detection and evaluation of locally reccurent rectal cancer with rektal endosonography. Dis Col Rec 32:509, 1989.

2. De Haas-Kock DFM, Baeten CGMI, Jager J, Langendijk JA, Schouten LJ, Volovics A, Arends JW: Prognostic significance of radial margins of clearance in rectal cancer. Br J Surg 83:781, 1996.

3. Freeny PC, Marks WM, Ryan JA, Bolen JW: Colorectal carcinoma evaluation with CT: preoperative staging and detection of postoperative reccurence. Radiology 158:347, 1986.

4. Sagar PM, Pemberton JH: Surgical management of locally reccurent rectal cancer. Br J Surg 83:293, 1996.

5. Corman ML: Colon and rectal surgery. 3rd ed. JB Lippincott Company, Philadelphia, p.601, 1996.

6. Phillips RKS, Hittinger R, Blesovsky L, Fry JS, Fielding LP: Local recurrence following curative surgery for large bowel cancer. The rectum and rectosigmoid. Br J Surg 71:17, 1984.

7. Herald RJ, Ryall RDH: Reccurence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. Lancet i:1479, 1986.

8. Aitken RJ: Mesorectal excision for rectal cancer. Br J Surg 83:214, 1996.

9. Safi F, Link KH, Beger HG: Is follow-up of colorectal cancer patients wortwhile? Dis Col Rec 36:636, 1993.