

Anüsten prolabe olan inen kolon tümörü: Olgu Sunumu

A descending colon tumour prolapsing from anus: Case Report

Mehmet ÖĞÜŞ¹, Ayhan DİNÇKAN¹, Tekinalp GELEN², Nazif AKSOY²

Altıncı, yedinci dekatta sıklığı artan kolon poliplerinin çoğunluğu asemptomatiktir. Histolojik tipleri ve yerleştikleri yere göre semptom ve bulguları değişiklik gösterir. Taze rektal kanama, mukuslu diare, distale yakın saplı rektal poliplerin anüsten prolabe olması gibi klinik görünüşleri vardır. İnen kolonda yerleşmiş sesil malign tübülovillöz adenomun kolokolik intussusepsiyona yol açarak anüsten prolabe olmasıyla çok seyrek karşılaşılabilecek bir klinik görünümü olan olgumuz tartışılmıştır.

Most colonic polyps are asymptomatic and the incidence rises during sixth and seventh decades. Symptoms and signs may vary with histological types and location. Clinical features include fresh rectal bleeding, mucoid diarrhea and prolapsus of stalked rectal polyps located near distal segment. Here we discuss a case with a rare clinical presentation, who had sessile malignant villous adenoma located in the descending colon, which caused colocolic intussusception and prolapsed through the anus.

Anahtar sözcükler: Kolon tümörü, kolokolik intussusepsiyon

Key words: Colonic tumour, colocolic intussusception

OLGU

Bilinen başka bir hastalık öyküsü bulunmayan 21 yaşında erkek hastanın kliniğimize başvurusundan 7 ay önce başlayan kabızlık, rektal kanama ve bu dönemlerde ortaya çıkan anal bölgede ağrı yakınması varmış. Rektal kanama nedeniyle 7 ay önce başvurduğu bir sağlık kurumunda internal hemoroid tanısı konulup medikal tedavisi başlanmış ve olgu bu tedaviyi önerilen süre içinde düzenli olarak uygulamış. İki ay önce de defekasyon sırasında anüsten bir kitlenin çıktığını fark eden hasta kitleyi redükte etmiş.

Hasta, 2 saat kadar önce yine defekasyonla bir-

likte anüsten dışarı bir kitlenin çıkması, anal bölgede başlayan sonrasında karnına yayılan ağrı ve kitlenin içeriye itilememesi yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Abdominal muayenede, bağırsak sesleri hiperaktif olması ve sol fossa iliakada hissedilen dolgunluk dışında başka bir patoloji saptanmadı. Rektal muayenede; anüsten prolabe olmuş, kanamalı, vejetan görünümde ve sert kıvamlı, 5x6x6cm boyutlarında redükte edilemeyen kitle saptandı.

Gerekli preoperatif hazırlığı takiben olgu ameliyata alındı. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda başlanan ameliyatta anal kanaldan prola-

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Antalya, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Antalya, Türkiye

¹Akdeniz University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Antalya, Turkey

²Akdeniz University, Faculty of Medicine, Department of Pathology, Antalya, Turkey

be olan lezyon, anal retraktörler konularak redükte edilmeye ve nereden kaynaklandığının saptanılmasına çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Prolabe olmuş redükte edilemeyen lezyon, anal polip olduğu düşüncesiyle mukozal düzeyden rezeke edildi. Acil şartlarda girişim yapılan bu olguda cerrahi plan, lezyonun çıkartılıp gelecek histopatoloji sonucuna göre davranılması şeklindeydi. Lezyonu çıkartırken uygulanan mukoza-mukoza şeklindeki dikiş hattının kontrolü için yapılan rektal tuşede dikiş hattı palpe edilemiyor ve çift lümen hissediliyordu. Bunun üzerine distale yakın olduğu düşünülen mukozal dikiş hattını görebilmek amacıyla yapılan anoskopide de anastomoz hattı gözlenemedi. Bu bulgular ve sol fossa iliakadaki dolgunluk birlikte değerlendirildiğinde, lezyonun intussusepsiyona yol açarak anüsten prolabe olmuş olabileceği düşüncesiyle olgu supine pozisyonuna getirilip laparotomi yapıldı. Ekplorasyonda, lezyonun geliştiği yerin peritoneal refleksiyonun 40 cm proksimalinde inen kolonda olduğu saptandı. Normalden uzun sigmoid kolon ve mezosunda çok sayıda lenf nodları vardı. Lezyonun 2 cm den büyük olması ve malinite gelişmiş olabileceği düşünülerek aynı seansta sigma rezeksiyonu uygulandı. Postoperatif 3. günde oral gıda başlanan olgu 5. gününde taburcu edildi.

Çıkarılan polip ve kolon segmentinin histopatolojik incelenmesinde, şiddetli displazi odakları taşıyan tübülovillöz adenom zemininde gelişmiş orta derecede diferansiye adenokarsinom saptandı. Polipin rezeke edildiği mukozal tabanda tümör devam etmekteydi. Mezenterden ayıklanan 11 adet lenf düğümünde ve kolon rezeksiyon materyalinin cerrahi sınırlarında tümör saptanamadı. Olgu T2NxM0 olarak değerlendirildi (Resim 1).

TARTIŞMA

Kolon polipleri çoğunlukla asemptomatik lezyonlardır. Popülasyonda asemptomatik kolon polipi oranı değişik serilerde %1.6-%12 arasında bildirilmektedir. Yetmiş yaş üzerinde ise aynı oran %40 olarak tahmin edilmektedir. Polipler, histolojik yapılarına göre nonneoplastik (hamartoma, inflamatuvar ve hiperplastik) ve neoplastik olarak (tübüler, tübülovillöz ve villöz adenomlar) olarak sınıflandırılır. Adenomlar kolorektal kanser gelişmesinde risk faktörü olarak kabul edilmekte ve bu



Resim 1. Anüsten prolabe olan adenom ve çıkarılan kolon segmentinde adenomun yerleştiği yüzey

lezyonların 5-15 yıl içerisinde kansere dönüşebileceği bilinmektedir.^[1] İki santimetreden küçük adenomlarda polipektomi sonrası kolon kanseri gelişme riski normal popülasyona göre 2-3 kat fazladır. Tedavi edilmemiş olanlarda ise bu risk 8 kat fazla olarak hesaplanmaktadır.^[2] Kolonda görülen poliplerden sadece adenomların kanserleşme riski yoktur. Örneğin bir çalışmada, nonneoplastik olarak kabul edilen hiperplastik polip zemininde gelişmiş bir malinite olgusu sunulmakta ayrıca İngiliz ve Japon literatüründe hiperplastik polip zemininde gelişmiş 32 olgu saptandığından söz edilmektedir.^[3]

Kolon ve rektuma ait polipler; rektal kanama, mukoid diyare, intussusepsiyona bağlı bulgular ya da saplı rektal poliplerin anüsten prolabe olması tarzında klinik görünüm verebilirler. Olgumuz, inen kolonda tübülovillöz adenoma zemininde gelişmiş ve intussusepsiyona yol açıp anüsten prolabe olarak klinik görünüm vermiş bir kolon kanseridir.

Kolon kanserlerinin klinik görünümü, tümörün lokalizasyonu ve hastalığın evresiyle yakından ilişkilidir. Sağ kolon kanserleri genellikle obstrüktif semptomlar vermezler. Mukuslu diyare, kronik demir eksikliğine bağlı yakınmalar, kilo kaybı gibi spesifik olmayan semptom ve bulguları vardır. Sol kolon tümörlerinde ise kolik tarzı karın ağrısı, dışkılama alışkanlığı değişiklikleri ve taze rektal kanama gibi semptomlarla klinik görünüm daha belirgindir. Sunulan olgudaki inen kolon kaynaklı tümörün intussusepsiyonla anüsten prolabe olması şeklindeki klinik görünüm ise kolon kanserleri

için çok nadirdir. Juvenil poliplere bağlı intussusepsiyonlar çocuk yaş grubunda görülebilen patolojilerdir ancak bu yaş grubunda da ender görülen olgulardır.^[4] Çocuk yaş grubunda daha çok ilekolik intussusepsiyon saptanırken kolon poliplerine bağlı kolokolik invaginasyonla çok az karşılaşılmaktadır.^[5]

Erişkin yaş grubunda ise kolokolik intussusepsiyon çok daha az rastlanan patolojilerdendir. Bellow ve arkadaşları,^[6] transvers kolonda yerleşen malign sesil polipe bağlı bir kolokolik intussusepsiyon olgusu bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda gözlediğimiz gibi kolonik kitlenin intussusepsiyona yol açarak transanal protrüzyonu ise çok nadir olmasına karşın Brozetti ve arkadaşlarının^[7] 2000 yılında yayımladıkları bir olgu sunumu bizim olgumuza benzerlikler göstermektedir. Bu yazarlar, 35 yaşında bir kadında sigmoid kolon proksimalinde yerleşen malign sesil tübülövilöz bir polipin intussusepsiyona yol açarak transanal prolapsusunu saptamışlardır. Yine aynı araştırmacılar, olgularını ilk değerlendirmelerinde, bu polipi rektumda yerleşmiş uzun pediküllü bir polip olarak yorumladıklarını ifade ederek tanı hatalarından söz etmektedirler. Bizim olgumuzda anüsten prolabe olan malign polip inen kolon kaynaklıydı ve sigmoid kolonun normalden uzun olması dışında belirgin bir fiksasyon anomalisi yoktu. Biz de anılan yazar gibi ilk değerlendirmemizde bu lezyonu rektumda yerleşmiş pediküllü bir polip olarak algılayarak tanıda sorun yaşadık. Prolabe olan lezyon genel anestezi altında anüsün retraktörlerle açılmasından sonra bile redükte edilemedi. Bu nedenle öncelikle polipi çıkarıp bu lezyonun histopatolojik sonucuna göre tedavi planımızı yapmayı düşünmüştük. Polipin eksizyonu sonrası tuşede çift lümen hissetmemiz ve anoskopide mukozal dikişlerimizi göremememiz başlangıçtaki tanımımızın yanlış olduğunu, olgunun kolokolik intussusepsiyon olabileceğini düşündürerek laparotomi kararı almamızda etken oldu.

Olgumuzun 7 ay önce başlayan yakınmaları olması ve 2 ay önce de olgunun kendisinin redükte ettiğini ifade ettiği anüsten protrüze bir kitle anamnezine karşın başvurduğu sağlık kurumlarında var olan klinik durumu açıklayacak herhangi bir tanı girişiminde bulunulmamıştır. Kolon poliplerinin malinite gelişmeden saptanması ve tedavi

edilmesi kür açısından en önemli faktördür. Bu nedenle kolorektal semptomları olan olgularda tüm kolonun değerlendirilmesi eğer varsa sporadik adenomatöz poliplerin saptanması çok önemlidir.^[8] Gerçi olgunun verdiği anamnez alışık olduğumuz kolon tümörünün klinik görünümüne uymamaktadır. Acil koşullarda yaptığımız girişimde redükte edilemeyen anüsten prolabe kitleyi, saplı rektal polip olarak değerlendirmemizde bunun katkısı olabilir ancak aynı seansta inen kolon yerleşimli sesil polipe bağlı kolokolik invaginasyon saptanarak definitif cerrahi uygulanmıştır.

Çok seyrek karşılaşılan bir klinik görünümle karşımıza çıkan, inen kolonda tübülövilöz adenom zemininde gelişmiş kanser olgusu nedeniyle aile anamnezi olmaması veya yaş olarak da risk grubunda bulunmamasına karşın kolorektal yakınmaları olanlarda, hastamızın daha önce başvurduğu sağlık kurumlarında uygulandığı gibi internal hemoroid veya benzeri gibi daha basit tanımlar konulmadan önce tüm kolonun değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Decosse JJ. Polyps, polyposis, and benign tumors. In: George D. Zuidema, Condon RE, editors. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. 4th ed. Vol 4 Philadelphia, USA: W.B. Saunders Company; 1996. p.114 - 123.
2. Kodner JI, Fry RD, Fleshman JW, et al. Colon, Rectum and Anus. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, et editors. Principles of Surgery 7th ed. New York, USA: McGraw-Hill;1999. p.1265-1382.
3. Koide N, Saito Y, Fujii T, et al. A case of hyperplastic polyposis of the colon with adenocarcinomas in hyperplastic polyps after long-term follow-up. Endoscopy . 2002; 34(6):499-502
4. Panchagnula R, Kini U, Nonfamilial juvenile polyposis presenting as chronic intestinal obstruction. J. Assoc. Physicians India (Abstract) 2000; 48(10):1020-1021.
5. Arthur AL, Garvey R, Vaness DG, Colocolic intussusception in a three-year-old child caused by a colonic polyp. Conn Med (Abstract). 1990; 54(9):492-494.
6. Bellows CF, Haque S, Jaffe BM, Two unusual cases of adult intussusception. Dig. Surg. 2002; 19(3):241-244.
7. Brozetti S, Papa O, Polistena A, et al. Recurrent intussusception of the sigmoid colon caused by a transanal protruding sessile tubulo-villous malignant polyp. Anticancer Res. 2000; 20(6c):4697-4700.
8. Crespi M, Models of screening program for colorectal cancer. Med Arh. 2002; 56(1):47-49.

