

Bacakta abse ile karakterize perforate sigmoid kolon karsinomu

Süleyman BOZKURT (*), İbrahim KARAKAN (**), Ali GÜNER (**), Mehmet Altan KAYA (*), Faik ÇELİK (***)

SUMMARY

Perforated sigmoid colon carcinoma presenting as a thigh abscess

Complicated colorectal carcinoma has several symptoms, the occasional one is the perforation to the adjacent structures. An unusual case of 63 years old male is described in which a thigh abscess was the initial symptom of sigmoid colon cancer.

Due to the patient's poor general condition, local drainage of the abscess with extensive debridement and broad spectrum antibiotherapy was performed on the admission day. But the septic complications which leading to the multiple organ failure result in death of the patient in the eighth day of the surgery. We present a review of the literature on this subject.

Key words: Colorectal cancer, thigh abscess

Anahtar kelimeler: Kolorektal kanser, bacak absesi

Gelişmiş ülkelerde kolorektal kanserler hem sıklık hem de mortalite açısından ikinci sırada yer alır ve hastaların yaklaşık üçte birinde hastalığa bağlı major komplikasyon gelişir (1-3). Kolorektal kanserler tanımlaması ve yorumlaması çok zor olabilen hatta kafa karıştırıcı semptomlar, fizik bulgularla karşımıza çıkabilirler. Ateş, ağrı ve duyarlılıkla ortaya çıkan, kolorektal kansere bağlı abse formasyonları nadir başvuru şekillerindedir. İleri evre kolorektal kanserlerde komşu yapılara invazyon ve perforasyon çok sık görülür, ancak retroperitoneal alana perforatör olmak suretiyle abse oluşturma ve bunun kalça eklemi ve uyluk boyunca uzanımı pek nadirdir (4,5). Bu yazımızda nadir görülen böyle bir olgumuz irdelenmiştir.

OLGU

63 yaşında bir erkek hasta, son 10 gündür artarak gelişen

nel durum bozukluğu, halsizlik, sol uylukta ağrı, şişme ve kızarıklık şikayetleri ile acil cerrahi kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sol uyluk medial tarafta, muayenesi çok ağrılı, lokal ısı artışı gösteren, ciltte ödem ve kalınlaşma yapmış, cilt altında yer yer krepitasyon alınan yaygın sellülit tespit edildi. Hastanın ateşi 39.0°C, lökosit sayısı 28,400 /mm³, CRP 27,6 mg/dL olarak görüldü. Hastanın genel durumunun bozukluğu nedeniyle ileri tetkikler yapılmaksızın nekrotizan fasciitis ön tanısıyla yatırılarak abse drenajı ve debridman yapıldı, kültür alındı, yüksek doz geniş spektrumlu ampirik antibiyoterapiye ve sıvı replasman tedavisine başlandı. Acil yapılan oral ve rektal kontrastsız batın bilgisayarlı tomografisinde sigmoid kolon düzeyinde konglomerasyon oluşturmuş kitlesel bir alan görüldü ancak tümör, abse, infeksiyon ayırımı yapılamadı. İkinci gün laparotomi yapılan hastada sigmoid kolon düzeyinde çevre yapılara fikse, tümör infeksiyon ayırımı yapılamayan konglomere kitle tespit edildi. Hastanın genel durumu da göze alınarak transvers kolondan loop kolostomi ile fekal diversiyon sağlandı. Kültür sonucunda kolonik kökenli *E. coli* ve *enterococ spp.* gibi organizmaların ürettiği görüldü. Rektosigmoidoskopi yapılan hastada 45 cm'de lümeni kapatan kanamalı geçişe izin vermeyen bir kitle görüldü ve buradan multipl biyopsiler alındı. Başlangıçta alınan biyopsilerde tümör ile uyumlu bulgular olamamasına rağmen tekrarlanan rektosigmoidoskopik biyopsi sonucunda orta derece differansiye adenokarsinom tespit edildi. Abdominal, pelvik ve sol uyluk MRG'de kemik pelvis girimi düzeyinde mesane superior orta hattının solunda en geniş boyutu 13x7x5 cm olan tümörül kitle tespit edildi, ayrıca sol uylukta femur diafizinden geçen ve iliotibial trakta uzanım gösteren batın ile bağlantılı fistül traktı görüldü. Genel durumu düzelmeyen hastada drenajdan 8 gün sonra septisemi ve multiorgan yetersizliği gelişti ve hasta kaybedildi.

TARTIŞMA

Kolorektal kanserlerin % 4'ünden azında serbest intestinal perforasyon görülmektedir ve bunların % 30-40'ı sağ kolondadır (2). Perforasyon kolorektal kanserlerin en ölümcül major komplikasyonlarından biridir, mortaliteyi 4 kat artırır ve 5 yıllık sağkalımı 4 kat azaltır (2). Kolorektal karsinomların perforasyona bağlı komplikas-

yonları şu şekilde sınıflandırılabilir: (1) Akut perforasyon; burada periton boşluğu fekal materyal ile kirlenir ve tümör hücreleri peritona serbestçe yayılır. (2) Subakut perforasyon; fekal materyal tümöral alandaki perforasyondan sızar ve sonuçta abse formasyonuna yol açar. (3) Subakut perforasyon; komşu bir yapıya perforasyon söz konusudur, fistül veya sinüs traktı oluşur (3,6).

Kolonik karsinomlara bağlı abse oluşumu literatürde % 0.3 ile 0.4 arasında bildirilmiştir ve bunların çoğu sol kolondan kaynaklanır (3,4,7). Ancak, bu abse formasyonlarının çoğu intraperitoneal tümör perforasyonlarına bağlıdır. Kolon tümörüne bağlı uzak noktadaki abse formasyonları, örneğin uylukta, inguinal bölgede, gluteal bölgede çok nadir görülür (8). Bu nadir durumlarda semptom ve bulgular net olmadığından tanıda gecikmeler yaşanır, sonuçta uzamış sepsis ile seyredebilir bu da morbidite ve mortalitede artışa sebep olur (7,9). Kolonik kaynaklı uyluk infeksiyonları sıklıkla sol tarafta görülür ve en sık nedeni divertikülite bağlı perforasyonlardır, ikinci sırada kolon ve rektum tümörleri gelir (2).

Bu tür komplike olmuş kolorektal tümörler genellikle yavaş büyüyen ve çevre yapıları infiltre olup perfore olmadan büyük hacimlere ulaşan tümörlerdir (6). Literatürde müsinöz tip adenokanserlerin daha yavaş büyüme eğiliminde olmalarından dolayı komşu yapıları direkt invazyon ve abse oluşturmalarının daha sık olacağına dair bir görüş vardır (10,11). Ayrıca, radyoterapi görmüş olmak, immün baskılayıcı bir hastalığı olmak veya immün baskılayıcı tedavi altında olmak (*diabetes mellitus, alkolizm, glukokortikoid tedavisi...*) gibi ek patolojiler de bu tür uzak abse formasyonlarını kolaylaştırıcı faktörlerdir (7,8,12). Olgumuz orta derece differansiye adenokarsinomdu ve immün depresyon hikayesi de yoktu.

İntraabdominal kökenli uyluk abselerinin uyluğa yayılımında iki yol izledikleri bildirilmiştir (3,10). Bunlardan biri infeksiyonun direkt yumuşak doku komşuluk yoluyla yayılımıdır. Diğeri ise infeksiyonun doğal anatomik yolları kullanarak yayılmasıdır ki bu yollar şöyle sıralanabilir: (a) Psoas kası boyunca inguinal ligament ve iliofemoral damarların derin planlarından, (b) femoral kanal yoluyla, (c) obturator foramen yoluyla ve (d) sakrosiyatik çentik yoluyla gluteal alana oradan da posterior bacağa. Olgumuzda bu yayılımın femoral kanal yolu ile olduğunu tespit ettik.

Tanı için biyopsiler yapmak bazen tümör hücrelerinin

gösterilememesi ile sonuçlanabilir, Hardcastle ve ark.'nın bildirdiği bir olgu da olgumuzdaki gibi negatif biyopsilerle sonuçlanmıştır (3). Düz grafiler abse alanında gaz görüntüsü ile tanıs olabilir. Görüntüleme bilgisayarlı tomografinin ve MRG'nin değeri bilinmektedir (6,7,9,13). Tümör ile uzağındaki (*uyluk, psoas, retroperitoneum*) abse arasındaki fistül traktusu kontrastlı yöntemlerle her zaman gösterilemeyebilir (6). Abse alanından alınan kültürlerde koliform ve bakteroides türü organizmaların üremesi tanıda en destekleyici bulgudur (7,12).

Bu tür habasete bağlı abse formasyonlarının tedavisinde drenaj yapmanın kanser hücrelerinin bölgesel yayılımına sebep olduğu düşünülmektedir (4,8,10,11). Bu nedenle, kanserin blok halinde rezeksiyonu yanında fistül traktının ve abse duvarının da total çıkarılmasının en doğru cerrahi olduğu bildirilmektedir. Ancak, literatürde de görüleceği gibi, bu tür bir geniş cerrahi genellikle hastanın başvuru koşulları göz önüne alındığında uygulanamamaktadır. Sıklıkla iki ve daha çoklu cerrahi müdahaleler gerekmektedir. Olgumuzda da bu böyle olmuştur.

Ayrıca, komplike olmuş kolon tümörlerinde tüm tutulmuş dokuların geniş blok halinde rezeksiyonunun özellikle lenf bezi metastazı da yoksa prognoz açısından çok iyi olacağı bildirilmektedir. Çünkü, tümörün yayılım derinliğinden çok lenf bezi metastazının prognozu belirlendiği bilinmektedir (6,11). Temizlik yapılmamış kolonda bir de perforasyon söz konusu ise, en iyi operatif seçim, yapılabiliriyorsa blok halinde rezeksiyon ve ostomidir. Ostomi seçiminde tam saptırıcı bir teknikle daha iyi sonuçlar alınabilmektedir (8,11). İnsizyonun ikincil kapamaya bırakılması tercih edilebilir. Geniş spektrumlu antibiyoterapi özellikle kolon florasını kapsayan özgül antibiyotik seçimi uygun olacaktır (2,8).

Kolon tümörlerinin komplikasyonlarının mortal seyri bilinmektedir. Uyluk absesi ile kendini göstermiş ileri evre kolon kanserlerinde Freeman ve ark.'nın yaptığı çalışmada 15 hastadan 9'unda bir hafta içinde mortalite tespit edilmiştir (8). Hastamızda da başlangıçta genel durumunda minimal düzelme izlememize rağmen belirleyici cerrahi yapmadan çoklu organ yetersizliği ve sepsis sonucu mortaliteyle karşılaştık.

Sonuç olarak uylukta abse, yaygın sellülit veya nekrotizan infeksiyon ile başvuran hastalarda klinisyen bunun bir gastrointestinal perforasyon sonucu gelişebileceğini mutlaka aklına getirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Colorectal cancer; in World Cancer Report. 2003, Stewart BW and Kleihues P eds, IAPC Press, Lyon pp. 198-202, 2003.
2. Mann GN, Scoggins CR, Adkins B: Perforated cecal adenocarcinoma presenting as a thigh abscess. South Med J 90:949-51, 1997.
3. Peterson CM, Allison JG, Lu CC: Psoas abscess resulting from perforating carcinoma of the sigmoid colon. Report of a case. Dis Colon Rectum 26:390-2, 1983.
4. Grunewald B, Bissett I: Abscess of the abdominal wall - an unusual presenting sign of colonic carcinoma. N Z Med J 112:262, 1999.
5. Lam TP, Maffulli N, Chen EH, Cheng JC: Carcinomatous perforation of the sigmoid colon presenting as a thigh mass. Bull Hosp Jt Dis 55(2):83-5, 1996.
6. Andaz S, Heald RJ: Abdominal wall abscess - an unusual primary presentation of a transverse colonic carcinoma. Postgrad Med J 69:826-8, 1993.
7. Kobayashi H, Sakurai Y, Shoji M, Nakamura Y, Suganuma M, Imazu H, Hasegawa S, Matsubara T, Ochiai M, Funabiki T: Psoas abscess and cellulitis of the right gluteal region resulting from carcinoma of the cecum. J Gastroenterol 36:623-8, 2001.
8. Shimizu J, Kinoshita T, Tatsuzawa Y, Takehara A, Kawaura Y, Takahashi S: Gluteal abscess caused by perforating rectal cancer: case report and review of the literature. Tumori 87:330-1, 2001.
9. Llauger J, Perez C, Andreu J, Palmer J: Psoas abscess demonstrated by CT as the first evidence of carcinoma of the colon. Computerized Radiol 11(5/6):259-61, 1987.
10. Tsukuda K, Ikeda E, Miyake T, Ishihama Y, Watatani H, Nogami T, Masuda H, Takagi S, Hirai R, Moriyama S, Tsuji H, Furutani S, Kunitomo T, Nawa S: Abdominal wall and thigh abscess resulting from the penetration of ascending colon cancer. Acta Med. Okayama 59(6):281-3, 2005.
11. Matsumoto G, Asano H, Kato E, Matsuno S: Transverse colonic cancer presenting as an anterior abdominal wall abscess. Report of a case. Surg Today 31:166-9, 2001.
12. Dewire DM, Bergstein JM: Carcinoma of the sigmoid colon: an unusual cause of Fournier's gangrene. J Urol 147:711-2, 1992.
13. Stern JJ, Stoopack PM: Magnetic resonance imaging in the diagnosis of a psoas abscess. J Comput Tomogr 12(1):79-80, 1988.