

# Kolon Tümör Obsrüksiyonlarına Bağlı Perforasyonlar

## Colon Perforation Caused by Colonic Tumor Obstruction

Suat TAYAN, Sadık YILDIRIM, Mustafa ATEŞ

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği Kliniği, İstanbul

### ÖZET

**AMAÇ:** Kolon tümör obstrüksiyonlarında perforasyonlar kapalı loop veya ileoçekal valv kompetensinde % 6.3-18 gibi geniş bir aralıkta görülmektedir. Hastaların büyük bölümünün 65 yaşın üzerinde olması tabloyu ağırlaştırıcı bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmayla kliniğimizdeki kolon tümör perforasyonlarının lokalizasyonu ve tedavi sürecinin araştırılması amaçlandı.  
**MATERYAL VE METOD:** Ocak 1995 - Aralık 1999 tarihleri arasında 1. Genel Cerrahi Kliniğinin acil nöbetlerinde opere edilen 7 perforasyon olgusu literatür eşliğinde araştırıldı.  
**BULGULAR:** Olguların dördü kadın, üçü erkekti. Yaş ortalaması 64'tü. Perforasyon 3 olguda tümör bölgesinde, 4 olguda tümör proksimalinde olmak üzere çekumdaydı. Tüm tümörler T4 olup 3 olguya rezeksiyon yapılabildi. Operatif mortalite olmamakla birlikte ancak üç olgu hayatta ve takip edilmektedir.

**SONUÇ:** Tümör obstrüksiyonlarına bağlı kolon perforasyonlarında fatal sonuçlarından kaçınmak için deneyimle ekiple dinamik ve hızlı davranmalı, perfore apandisit ile ayırıcı tanısı iyi yapılmalı, mevcut patolojiyi ortadan kaldırmak palyatif girişimlere tercih edilmelidir.  
**ANAHTAR KELİMELELER:** Kolon tümör obstrüksiyonları, çekal rüptür.

### SUMMARY

**OBJECTIVE:** To investigate the results of colonic perforations operated in our clinic.

**MATERIAL AND METHOD:** Between 1995-1999, twenty five large bowel tumor obstruction cases were admitted to our surgical clinic. 7 of those cases (28%) were found to have perforation of large bowel and included to our study.

**RESULTS:** Four of these 7 patients were male and 3 were female. The mean age was 64. Anatomical localization of the perforations was the surrounding the tumor region in three patients and caecum in four patients. All tumors were T4 and only 3 of them were resectable. There was no operative mortality. 3 of patients are alive and still being followed by our clinic.

**KEY WORDS:** Colorectal cancer, caecal perforation.

### GİRİŞ

Kolorektal kanserler batı ülkelerinde kolon obstrüksiyonlarının en sık sebebidir. (% 53) (1).

### Yazışma Adresi:

Dr. Kubilay TAYAN  
Şişli Etfal ve Araştırma Hastanesi  
1. Genel Cerrahi Kliniği İstanbul  
Tel: 0 212 231 22 09 / 1246

Neoplastik obstrüksiyonların yaklaşık % 15 'i perforasyonla birlikte dir. (2). Perforasyon sağlam ve işlevsel ileoçekal valv varlığında veya kapalı loop oluştuğunda çekumda, bir kısmı da tümör bölgesinde görülür(3,4)

Kliniğimizde son 5 yılda acil opere edilen 25 kolon tümörüne bağlı obstrüksiyonda 7 kolon perforasyonu olgusu bulunmaktadır. (%28) Özellikle 199 yılında arka arkaya 3 olguda distal kolonik kapalı loop obstrüksiyonuna bağlı çekum rüptürü ile karşılaşmamız, bu sık görülmeyen fatal antitenin perfore apandizitle de karışabileceği gerçeği göz önünde bulundurulmak araştırılmasına neden oldu.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastahanesi 1. Genel Cerrahi Kliniğinde 1995 Ocak-1999 Aralık döneminde tedavi edilen kolorektal tümör obstruksiyonuna bağlı 7 kolon perforasyonu çalışma kapsamına alındı. Aynı dönem içinde 91 kolorektal tümör elektif, 25 kolorektal tümör de obstruksiyon nedeniyle acil ameliyat edilmiştir.

7 perfore olgu yaş, cins, tümör ve perforasyon lokalizasyonu, evre, tedavinin şekli, postoperatif döremi açısından değerlendirildi.

## SONUÇLAR

Olguların 4'ü kadın (%57), 3'ü erkek (%43) idi. Yaş dağılımı 49 ile 76 olup ortalama 64 olarak bulundu (Tablo 1)

Perforasyon lokalizasyonu 3 olguda tümör bölgesinde, 4 olguda tümör proksimalinde olmak üzere çekumda idi. (Tablo 2)

Olguların tamamında 2 günden fazla gaz ve gaita çıkışı yoktu. 1 olguda bu süre 15 günü aşırıyordu. Klinik muayene bulguları, ateş, taşikardi, lökositoz, dehidratasyon tüm olgularda genarilize peritoniti gösteriyordu. 1 hastada akut böbrek yetmezliğine bağlı üremi tablosu vardı.

Ayakta direkt batın grafisinde hava sıvı seviyelerine 3 hastada diaframaltı serbest hava de eklenmişti.

7 olguda tümör serozayı aşmış (T4) durumdaydı. 2 olguda patolojik pozitif bölgesel ganglion, 1 olguda karaciğer metastazı (M) saptandı.

Tedavide; 3 olguya intraoperatif kolon lavajıyla birlikte rezeksiyon primer anostomoz (2 sağ, 1 sol hemikolektomi) yapılmış anostomoz kaçığı olmamıştır.

4 olguya saptırıcı ileostomi/kolostomi drenaj uygulanabilmiş 1 hasta postop 20 gün 3 kez hemodialize rağmen akut böbrek yetmezliği iye kaybedilmiştir.

Postop izlemde karaciğer metastazlı hasta 14 ay rektosigmoid tm perforasyonlu 1 hasta postop 2. yıl kaybedilmiş, 1 hastayla bağlantı kesilmiştir. Sırasıyla 6 ay, 8 ay ve 1 yıldır izlemdeki 3 hastaya postop 1 ayda adjuvan kemoterapi (5FU 500mg-Ca foliat 50mg-5 kür) uygulanmıştır.

## TARTIŞMA

Kalınbarsak obstruksiyonları kapalı loop öiyo iliöçekal valv kompetensi bulunduğu perforasyonla sonuçlanabilir. Bu oran %6.3-18 arasındadır. (1,2,3,4,5). Olgularımızda %28 gibi yüksek oranda bulunuşu başvuruadaki gecikme ile açıklanabilir.

Literatürde obstrüksiyonların aksine perforasyonlarla ilgi sonuçların istatistiki karşılaştırılmasını yapabilecek geniş serilere rastlanılmadı. Ya obstruksiyonların komplikasyonları olarak oralar veriliyor (2,5,6) ya da olgu sunumları (4,7) olarak yer alıyordu.

Hayvan deneyleri intrainstestinal basınç artışının sistolik basınç seviyesine çıktığında mezenterik venöz akımın durduğunu bu durumdan n fazla etkilenen bölümün barsak mukozası olduğunu göstermiştir. Mevcut patoloji progresyon gösterdiğinde humoral ajanların veya toksinlerin de etkisiyle tümör bölgesinde sıklıkla da çekumda iskemik nekroz ve perforasyon gelişir (2,3) Yine aynı deneylerde kronik sol kolon tıkanıklıklarında tümör bölgesinde kan akımı artarken çekumda azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca perforasyonun en sık çekumda görülmesi, en büyük çapa sahip çekumun Laplace kanunu gereği en yüksek duvar basıncına maruz kalmasıyla açıklanmaktadır. (9) Hastalarımızın dördünde (%57) perforasyon çekumda yerleşmişti.

Perforasyon tanısı esas olarak klinik belirti ve bulgularla konur. Gaz gaita olmayan hastalarda tablonun ağırlaşarak yaksek ateş, rehidratasyona rağmen taşikarde ve peritoneal irritasyon bulguları perforasyon varlığını düşündürür. Ayakta direkt batın grafisinde serbest hava acil laparotomi kararını pekiştirir. (10)

Tedavide nonperfore obstruksiyonlardan daha dinamik ve hızlı olunması gerektiği açıktır. Bu aşamada perfore apandisit ile ayırıcı tanısı çok önemlidir. Literatürde apendektomi drenaj yapıp tablonun ağırlaşmasıyla 2. operasyonda kaybedilen olgular bulunmaktadır (7). Bu durum orta hat kesisiyle tüm batın araştırılmasının önemini göstermektedir.

Preop santral venöz kateterizasyonla sıvı replasmanı, elektrolit ve kan gazı analizleri, idrar sondası ile monitorizasyon, perioperatif anaerobik, gram negatif geniş spektrumlu antibiotik tüm hastalarımızda uygulandı.

Tedavideki önemli problemlerden biri de hastaların büyük bir bölümünün 65 yaşın üzerinde oluşudur. İlave

hastalıkların bulunuşu definitif cerrahinin gerçekleştirilmesini güçleştirmekte ve deneyimli cerrahi ekibe gereksinim duyulmaktadır. (5) Çalışma grubumuzun yaş ortalaması 64 olup tüm hastalarda kardiorespiratuar hastalıklar, bir hastada böbrek yetmezliği vardı.

Nonperfore obstruksiyonlarda intraoperatif kolon lavajının uygulamaya girişyle rezeksiyon, primer anostomoz geçen yüzyılın son çeyreğine kadar uygulanan 3 aşamalı girişimlerin yerini almıştır. Operatif mortalitesi %10, anostomoz kaçağı %5tir. Hospitalizasyon süresini ve maliyeti azaltır (11,12,13,14,15).

Perforasyonlu olgularda ise, özellikle beslenmesi kötü, immunosupresyonlu hastalarda anostomozsuz rezeksiyonlar tercih edilmesi gereken yaklaşımlardır. Randomize çalışmalar acil kolostomi yapılanlara, rezeksiyonla birlikte kolostomi yapılanlar

karşılaştırıldığında operatif mortalite açısından fark bulunmadığını göstermiştir. (2,12,16). Perforasyon bölgesinin, distaldeki tümör ile birlikte çıkarılması gerekliliği, kolon dekomprese edilse bile çekumdaki dolaşım bozukluğunun onarım sütürüne izin vermemesinden kaynaklanır (8). Tümörün sıklıkla ileri evre oluşu ve generalize peritonit rezeksiyonu güçleştiren etkenlerdir. Böyle durumlarda ekstrorizasyon/ileostomi zorunluluk oluşturabilir (9).

Jones ve ark. 10 yıllık süreçte 83 kolorektal karsinomun oluşturduğuacile müdahale etmişler, 73 obstruksiyonda 4 ölüm, 9 perforasyonda 1 ölüm saptamışlardır. (5). Rezeksiyon yapılan 3, palyatif (İleostomi/kolostomi) girişim yapılan 4 hastamızda operatif mortalite yoktur.

Postoperatif kemoterapiye ramen yaşam süresi istatistiki değerlendirme yapılamamasına karşın özellikle rezeksiyon yapılamayanlarda umut kırıcıdır.

Tablo : 1 Perfore olguların dökümanı

No	Ad Soyad	Yaş	Cins	Tanı	Tm Evre	Ameliyat	Sonuç
1	MB	69	E	Hepatik fleks. Tm - çekum perforasyonu	Evre IV T4 N1 M1	İleostomi	Kemoterapi 6 aydır izlemde
2	AG	70	E	Sigmoid tm Çekum perforasyonu	Evre III T4 N0 M0	İleostomi Transvers kolostomi	A. böbrek Yetmezliği Postop 20. gün exitus
3	Mİ	49	E	Çekum tümör perforasyonu	Evre III T4 N0 M0	Sağ hemikolektom ileotransverso stomi	KT 1 yıldır izlemde
4	RD	71	K	Rektosigmoid Tm perforasyonu	Evre IV T4 N1 M1	Transvers kolostomi	KC metastazı Post op 14 ay exitus
5	FT	62	K	Rektosigmoid Tm perforasyonu	Evre III T4 N0 M0	Transvers kolostomi	Postop 2 yıl exitus
6	MG	50	K	Sigmoid Tm Perforasyonu	Evre III T4 N0 M0	Sol hemikolekto- mi (IKL)	KT 8 aydır izlemde
7	ZM	76	K	Hepatik Fleksuar Tm Çekum perforasyonu	Evre III T4 N0 M0	Sağ Hemikolektomi İleotrans- versostomi	?

IKL: Intraoperatif kolon lavajı KT: Kemoterapi

**Tablo : 1** Obstruksiyon ve perforasyonların lokalizasyonları

Obstruksiyon bölgesi	n:25	Perforasyon bölgesi	n:7
Rektosigmoid köşe	14	Rektosigmoid	2
Rektum	2	-	-
Sigmoid	4	Sigmoid	1
		Çekum	1
Splenik köşe	1	-	-
Transvers kolon	1	-	-
Çıkan kolon	2	Çekum	2
Çekum	1	Çekum	1

### KAYNAKLAR

- Greenle HB, Pienkos EJ, Vanderbilk PC.: Acute large bowel obstruction. Comparison of county, veterans administration and community hospital populations. Arch Surg 1974; 108:470-474.
- Saegesser F, Sadbolm P.: Ischemic ileions of the distended colon. A complication of obstructiöqve colorectal cancer. Am J Surg 1975;129:309-312.
- Menendez RO, Kohan MA.: Cecal rupture caused by colonic obstruction in closed loop. Prensa Med Argent 1986;52(36):2177-80.
- WinklerR, Koch G.: Coecal complications in distal colonic obstruction. Zentralbl Chir 1977;120(14):877-882.
- Umpleby HC, Williamson RCN.: Survival in acute obstructing colorectal carcinoma. Dis Colon Rectum 1984;27:299-305.
- Jones PF.: Larfebowel emergencies. Emergency Abdominal Surgery, 2'ndEd.Blackwell,1987,203-215.
- SusaM.:Cecal perforation due to a closed loop type of colonic obstruction. Acta Chir Iugosl 1981;28(2):247-256.
- Coxon JE,Dickson C, Taylor I.: Changes in entestinal blood flow during the development of chronic large bowel obstruction. Br J Surg 1984;71:795-802.
- Lowman,RM,Davis L.: An evaluation of cecal size

in impending perforation of cecum. Surg Gynecol Obstet 1956;108:711-715.

10. LopezF, Holl GR, LaveryIC.: Management and cases of acute large bowel obstruction. Surg Clin N Am; 1977(77),1265-1290.

11. AmsterdamE, KrispinM.:Primary resection with colocolostomy for obstructive carcinomo of the left side of the colon. Am J Surg 1985;150,558-564.

12. Thomson WHF, Carter SS.: On table lavage to achieve safe restorative rectal and emergency left colonic resection without covering colostomy. BrJ Surg 1986; 73:61-65.

13. KronborgO.: Acute obstruction from tumuor in the left colon without spread. A randomized trial of emergency colostomy versus resection. IntJ Colorectal Dis1995;10:1-6.

14. DudleyHAF, RadcliffeAG, Mc GeehanD.: Intraoperatif irrigation of colon to permit primary anastomosis. Br J Surg 1980;67:80-86.

15. Phillips RKS, Hittinger R, FryJS, Fielding LP.: Malignant large bowel obstruction. BrJ Surg 1985;72:296-302.

16. Kylonen LEJ.: Obstruction and perforation complicating colorectal cancer. An epidemiologic and clinical study with special referance to icidence and survial. Acta Chir Scan 1987; 153:607-614.