

## ANAL İNKONTİNANSA NEDEN OLAN SİGMOİD KOLON TÜMÖRÜ

Op. Dr. Mehmet MİHMANLI

Şişli Etfal Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, Şişli / İstanbul

### ÖZET

Anal inkontinans yakınması ile başvuran hasta yatırıldı. Muayene ve tetkikleri sonucu sigmoid kolon karşınomu tanısı kondu. Ameliyata alınarak sigmoid kolon rezeksiyonu ve primer anastomoz yapıldı. Postoperatif dönemde anal kontinans normale döndü.

### SUMMARY

#### *Carcinoma of the Sigmoid Colon Results With Anal Incontinence*

*Patient who had a complaint of anal incontinence admitted to the hospital. Carcinoma of the sigmoid colon with anal incontinence was diagnosed after physical examination and laboratory investigations. Sigmoid colon resection and primary anastomoses was done. In the postoperative period, anal continence returned normal.*

### HASTA:

72 yaşında, erkek hasta 21246/535 protokol ile 2.11.994 günü cerrahi servisine yatırıldı.

Hastanın yakınmaları: büyük tuvaletini tutamama. Üç aydan beri zaman zaman, son 10 günden beri ise her seferinde gaitasını tuvalete ulaşmadan kaçırıyor. Bunun dışında tuvalet alışkanlığında değişiklik yok. İki ay önce, bir kez kanlı ve mukuslu gaita deşarjı olmuş. Son 4 ayda 12 kg zayıflamış (Yaklaşık vücut ağırlığının % 20'sini kaybetmiş).

Batın muayenesi: Bir özellik yok.

Rektal tuşe: Anal sfinkterler devamlı gevşekti ve tuşe sırasında hiç bir dirençle karşılaşmadı. Rektum ön-sol tarafında orta sertlikte, kısmen mobil bir kitlenin rektumu dışardan ittiği hissediliyor.

Laboratuvar bulguları: Sedimantasyon 100/h, Gaitada gizli kan (+) olup diğer bulgular normal.

Rektoskopi: Rektuma ön-sol taraftan dıştan başı mevcut. Bu bölgeden alınan biopsi histopatolojik olarak incelendi. Normal mukoza olarak değerlendirildi.

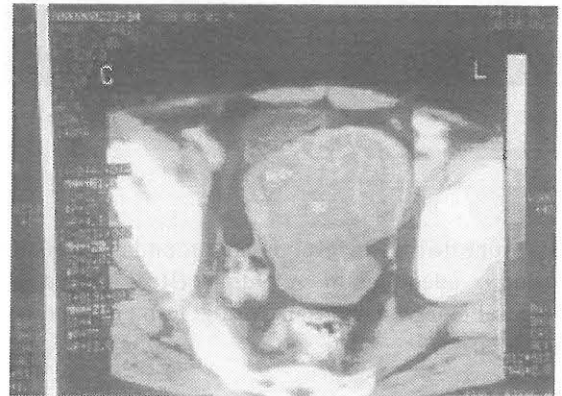
Flexible sigmoidoskopi: Rektumdan sigmoid kolona geçiş tam tıkalı idi. Bu bölgeden alınan biopsi normal mukoza olarak değerlendirildi.

Baryumlu kolon grafisi: Anal inkontinans nedeniyle verilen baryumun rektumu dolduramaması sonucu grafi çekilemedi.

Ultrasonografi: Pelvis içinde mesane arkasında 10 cm x 7 cm boyutlarında solid kitle mevcut.

Bilgisayarlı tomografi: Pelvis içinde mesane arkasında 10 cm x 7 cm boyutlarında lobüle konturlu heterojen dansite özelliği gösteren kitle mevcut (Resim 1). Etraf yapılar normal. Lenfadenomegali yok.

**RESİM 1:** Tomografide pelvis çukurunda 10 x 7 cm boyutlarında yer yer kistik alanlar içeren solid kitle görülmektedir.

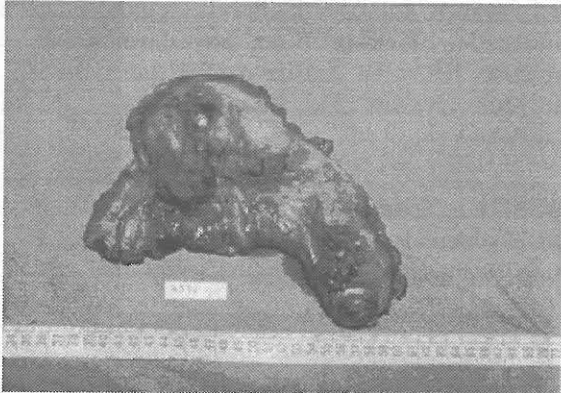


Hasta bu bulgularla (kolon hazırlığı dahil) preoperatif hazırlığı takiben ameliyata alındı.

### AMELİYAT BULGULARI:

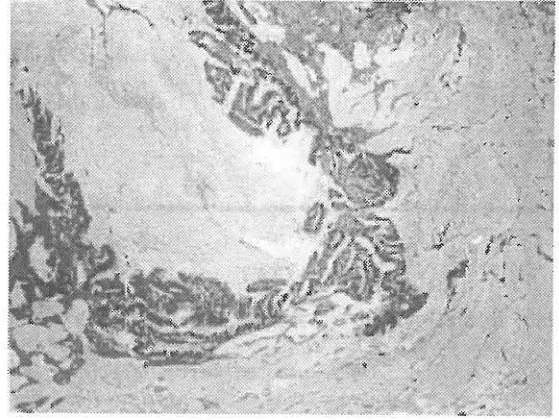
Median insizyonla laparotomi yapıldı. Araştırmada sigmoid kolonun yaklaşık 35 cm olduğu, mezosigmoidin uzun ve tabanının dar olduğu, tam ortasında lümen içini % 90 daraltmış orta sertlikte tümöral kitle bulunduğu ve tümöral kitlenin rekto-vesical çukura oturduğu saptandı. Serozal invazyon ve palpabl lenf bezi yoktu. Uzak organ metastazı saptanmadı. Sigmoid kolon rezeksiyonu ve uc uca anastomoz yapıldı. Resim 2 de rezeke edilen sigmoid kolon görülmektedir.

**RESİM 2:** Ameliyatla çıkarılan mezo sigmodeum ve sigmoid kolonun tamamı görülmektedir. Piyes mezo ile 23 cm, mezosu açıldığında 35 cm ölçüldü.

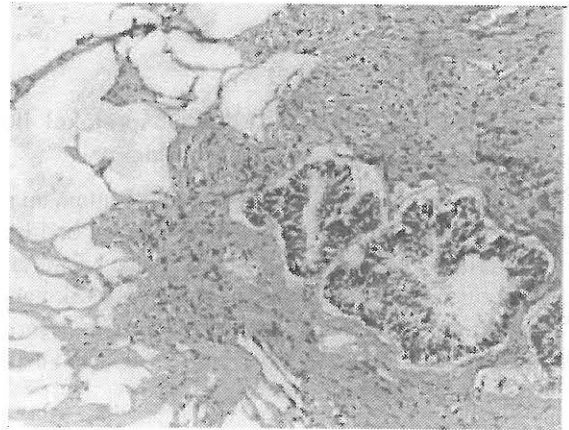


Histopatolojik inceleme sonucunda tümörün müsinöz adenokarsinom olduğu (Resim 3 ve 4), bölgesel lenf bezi metastazı varlığı tespit edildi (T-3, N-1, Mo).

**RESİM 3:** Geniş müsin göllenmeleri arasında atipik bez yapıları. Müsinöz adenokarsinom (HE x 32).



**RESİM 4:** Atipik adenoid yapılar ve bir tarafta müsin gölcükleri izlenmektedir (HE x 125).



Postoperatif takip: Hastada ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif 8. gün tabucu edildi. Postoperatif takip sırasında dikkat çeken olay hastanın 5. gün gaitasını normal kendi kontrolü ile yapması ve daha sonraki günlerde inkontinansın ortadan kalkması idi.

### TARTIŞMA:

Anal kontinansın korunması ve defekasyon mekanizması nörosensoryal ve nöromotor uyarılar arasındaki ilişkiye bağlıdır. Rektumun distansiyonu defekasyon hissini uyarır. Feçes rektuma geldiğinde internal sfinkterler gevşer ve external sfinkterler kasılırlar (1).

Geriatrı uzmanlarının çoğu fekal inkontinansın senilite, yaşıllık gibi faktörlerden ziyade lokal faktörlere bağlı olduğuna inanmaktadır (2).

Barsak alışkanlığındaki değişiklikler kolorektal kanserli hastalarda en sık karşılaşılan yakınmalardır ve genellikle distal kolondaki kanserler proximal yerleşenlere göre daha belirgin yakınmalara yol açarlar (3). Aşık kanama veya dışkıda gizli kan saptanması ikinci sıklıktadır. Akıntı şeklinde veya dışkıyla karışık çıkan mukus diğer önemli bir semptomdur (4). Kolorektal kansere bağlı anal inkontinans bugüne kadar bildirilmemiştir.

Hastamızda seroza veya etraf dokulara invazyon olmaması, sigmoid kolonun ve mezosigmoidin uzun ve tabanının dar olması ve tümörün sigmoid kolon ortasına yerleşmesi, kitlenin kendi ağırlığı ile rekto-vesikal çukura oturmasına neden olmuştur. Kitlenin rektuma ve musculus levator aniye, internal ve

external sfinkterlere devamlı baskı yapmasının inkontinansa yol açtığı kanısındayız. Cerrahi olarak tümöral kitlenin çıkarılması ile inkontinansın ortadan kalkması bu görüşümüzü desteklemektedir.

## KAYNAKLAR

- 1 Thomson JPS: Anal sphincter incompetence. in Russel RCG. ed. Recent advantages in surgery. London Churchill-livingstone p: 155-160, 1986.
- 2 Mendelstam DA: Faecal incontinence -social and economic factors in Henry MM, Swash M ed. Coloproctology and the pelvic floor. London Butterworhs p: 217-230, 1985.
- 3 Corman ML: Anal incontinence. in Colon and rectal surgery, philadelphia, J.B. Lipincott company p: 188, 1978, 1993.
- 4 Steel GD, mayor RJ: Adenocarcinoma of the colon and rectum. in Shackelford's surgery of the alimentary tract vol 4, third ed. p: 118-132, 1991.