

Rektosigmoid Köşe Tümörleri ve Kolonik Obstrüksiyon

Rectosigmoid Junction Tumors and Large Bowel Obstruction

Sadık YILDIRIM, Murat ÖZDEMİR, Adil BAYKAN

Şişli Etfal Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

ÖZET

AMAÇ: Kolonik intestinal obstrüksiyonun en sık nedeni kulon tümörleridir. Sol kolon tümörleri obstrüksiyon oluşturan kolon tümörlerinin %70'ini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı rektosigmoid köşe tümörlerinin obstrüksiyon sıklığını araştırmak ve izlem sonuçlarını bildirmektir.

MATERYAL VE METOD: Kliniğimize 1992-1997 yılları arasında 67 kolon tümürlü hasta başvurmuş, bunlardan 19'unda (%28.3) tümöre bağlı kolon obstrüksiyonu saptanmış ve çalışmamıza dahil edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamızda 19 obstrüksiyon oluşmuş olgunun 12'sinde (%63) tümör rektosigmoid köşede bulunmaktaydı. Bu bölge tümörlerinin obstrüksiyonla başvurma sıklığının %80 olduğu saptanmıştır. üç yıl izlenebilen hasta sayısı 5'tir.

SONUÇ: Sol kolon tümörlerinin en sık obstrüksiyonla başvuran kolorektal tümörler olduğu bilinmektedir. Çalışmamız rektosigmoid köşe tümörlerinin büyük sıklıkla (%80) obstrüksiyona neden olduğunu göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Rektosigmoid kanser, obstrüksiyon

SUMMARY

OBJECTIVE: The most common cause of large bowel obstruction is carcinoma. Seventy percent of these obstructing tumors are seated at or distal to splenic flexure. In this study we aimed to figure out the frequency of presenting with obstruction of rectosigmoid junction tumors and report the results of follow up.

STUDY DESIGN: Between 1992-1997, sixty seven large bowel tumor cases were admitted to our surgical clinic. From those, 19 (28.3%) were found to have obstruction of the large bowel and included to our study. And follow up results was presented.

RESULTS: 13 cases out of 19 (63%) were having tumor dwelled in the rectosigmoid area, defined as 3 cm from peritoneal reflection. And 80% of the cases with rectosigmoid junction tumors were presented with large bowel obstruction. Five patients could be followed for 3 years.

CONCLUSION: Left colon tumors are known to present with obstruction most frequently than the other sites. Herein, we conclude that rectosigmoid junction tumors are presented with obstruction more than other region in colon and rectum.

KEY WORDS: Rectosigmoid junction cancers, obstruction.

GİRİŞ

Kalın barsak obstrüksiyonların %70-90'nı kolorektal tümörlerle oluşturmaktadır (1, 2, 3, 4, 5, 6). Kolorektal kanserli hastaların %15-30'u obstrüksiyon oluştuktan sonra hekime başvurmaktadır (7, 8, 9). Kolonik obstrüksiyon oluşturan kanserlerin %65'inin splenik fleksura ve bunun distalinde bulunduğu, bu tümörlerin de yarısının sigmoid ve rektosigmoid köşede bulunduğu bildirilmiştir (7, 10). Bu ça-

lışmada 1992-1997 yılları arasında kliniğimize başvuran 67 kolorektal tümürlü hastadan rektosigmoid köşe tümörü tanısı konulan ve kolonik obstrüksiyonla başvuran 12 hasta retrospektif olarak incelenerek bu bölge tümörlerindeki obstrüksiyon sıklığı ve sağ kalım değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimize Ekim 1992-Nisan 1997 tarihleri arasında 67 kolorektal tümürlü hasta başvurmuştur. Bunların; 25'i rektum, 22 sigmoid kolon, 11'i çekum ve çıkan kolon, 3'ü splenik fleksura, 2'si inen kolon ve 4'ü transvers kolon tümörüdür (Tablo 1). Sigmoid kolon tümörleri içinde distal sınırı periton refleksiyo-nu'nun 3 cm proksimaline ulaşan olguların sayısı 15'dir. Böyle yerleşimli tümörler rektosigmoid köşe

Yazışma Adresi:

Sadık Yıldırım
Yazıcıbaşı S. 11/13 Feneryolu, 81040 İstanbul
Tel : (0212) 231 22 09/1251
(0212) 283 03 33
(0532) 254 75 49

tümörü olarak tanımlanmıştır. Tüm kolorektal tümör olgularının 19'u (%28) kolon obstrüksiyonu tanısı ile interne edilmiştir. Bu hastalardan 12'sinde (%68) rekto-sigmoid köşe tümörü olduğu belirlenmiş ve çalışmaya alınarak retrospektif olarak incelenmiştir. Olgulardan 6'sına intraoperatif kolon lavajını takiben rezeksiyon ve uç-uça anastomoz; 4'üne rezeksiyon, primer anastomoz ve saptırıcı kolostomi; 2'sine ise Hartman kolostomi yapılmıştır. Bir olguya sadece kolostomi yapılmıştır. Postoperatif kemoterapi yapılan hastalar ilk yıl 3 ayda bir, daha sonraları 6 ayda bir kontrole çağırılmışlardır.

SONUÇLAR

İntestinal obstrüksiyonla başvuran 19 kolorektal tümörden 12'si rektosigmoid, 2'si sigmoid, 2'si rektal, 1'i splenik fleksura, 1'i de transvers kolon ve 1'i de çıkan kolon tümörüdür (Tablo 2). Çalışmaya alınan 12 rektosigmoid tümürlü hastanın 7'si kadın 5'i erkektir, yaş sınırları 34-63 olup ortalama 48.5'tir. Bu hastalardan 6'sında 3 gün, 4'ünde 5 gün, 2'sinde de iki gün gaita ve gaz çıkışı olmadığı belirtilmiştir. Hastaların tamamında en az 5 aylık progresif konstipasyon, 5'inde zaman zaman kanla karışık dışkı, 5'inde farkedilen kilo kaybı (>5 kg), 7'sinde lokalizasyonu tam belirlenemeyen kolik tarzında karın ağrısı yakınmaları bulunmaktaydı. İki hastada karın hassasiyeti ve defansla belirti veren akut karın saptandı. Klinik değerlendirmede hastalardan 10'unda değişik derecelerde karın distansiyonu belirlendi. Tümünde barsak sesi anormalliği vardı (artma azalma, bulanma, metalik ses) hastalarda dehidratasyon, elektrolit bozukluğu gözlenmedi.

Olgular intestinal obstrüksiyon nedeni ile başvurduklarından ayakta direkt grafi tümüne çektilmiş ve sol kolon obstrüksiyonunu ima eden hava/sıvı seviyeleri görülmüştür. Bir olguda sol ve sağ diafram altında serbest hava görülmüştür. Operasyon esnasında bu olguda tümör perforasyonu saptanmış ve Hartman kolostomi yapılmıştır.

Olguların tümü serozayı aşmış (T4) tümörler idi. Patolojik pozitif bölgesel gangliyon (N1) 8 olguda saptandı, üç olguda karaciğer metastazı (M1) belirlendi (Tablo 3). Senkron tümör için tüm kolon kontrol edilmiştir. Olgulardan 5'ine introperatif kolon temizliği yapılmıştır, 4 olguya rezeksiyondan sonra anastomoz ve proksimal end-loop kolostomi, 2 hastaya da Hartman tipi kolostomi yapılmıştır. Bir hastada tümör lokal yayılımının ileri olması ve karaciğer me-

Tablo 1: Kolorektal kanserli 67 hastanın dağılımı

Bölge	n
Rectum	25
Sigmoid	7
Rektosigmoid köşe	15
Çekum ve çıkan kolon	11
Transvers kolon	4
Splenik fleksura	3
İnen kolon	2

Tablo 2: Obstrüksiyon oluşturmuş kolorektal tümör yerleşimleri

Bölge	n
Rektosigmoid köşe	12
Rektum	2
Sigmoid	2
Splenik fleksura	1
Transvers kolon	1
Çıkan kolon	1

Tablo 3: Obstrüksiyon oluşturmuş rektosigmoid köşe tümör evreleri

Evre	TNM	n
III	T4N1Mo	8
	T4NoMo	1
IV	T4NoM1	3

tastazı bulunması nedeni ile sadece kolostomi yapılmıştır. İntraoperatif kolon temizliği için çekuma kolotomi yapılmış ve içine 22F foley sonda geçirilmiştir, tümörün hemen proksimalinden yapılan distal kolotomiye ise spiralli endotrakeal tüp yerleştirilmiştir. Proksimaldeki foley sondadan ılık serum fizyolojik verilmiş ve işleme distaldeki endotrakeal tüpten bırak serum gelinceye kadar devam edilmiştir. Kullanılan serum fizyolojik miktarı ortalama 8 litre (6-10 litre) kadardır. Tümör patolojisi 5 olguda orta, 5 olguda kötü, 2 olguda da iyi differansiye adenokarsinomdur. Postoperatif dönemden 1 hastada evantrasyon oluşmuş ve daha sonra cilt kapatılarak insizyonel herniye dönüştürülmüştür. Hastanede yatış süresi 7-

19 gün olup ortalama 12 gündür. Hastaların tamamına postoperatif adjuvan kemoterapi (5-FU 500 mg+Ca-folinat 50 mg) beş kür olarak uygulanmıştır. Uygulamaya operasyondan 1-5 ay arası bir süreden sonra başlanmıştır. Saptırıcı kolostomiler taburcu olduktan 2-3 ay (ortalama 2.5 ay) sonra kapatılmıştır. Onkoloji protokolüne göre izlem ilk yıl 3 ayda bir, ikinci yıldan itibaren 6 ayda birdir. Hastalardan 8'i bir yıl sonunda takibe gelmiş, bunlara yapılan US'de (yeni) metastaz görülmemiştir. Karaciğer metastazı operasyon sırasında saptanmış 3 hasta bu izleme katılmamıştır. İki yılını doldurarak takibe gelen hasta sayısı 5'tir. Bu dönemde yapılan US'de 1 hastada karaciğer metastazı (yeni) görülmüştür. Üç yılı dolduktan sonra başvuran hasta sayısı 5'tir. Hastalardan hiçbirinde karaciğer metastazı görülmedi. Bunlar içinde 2 hasta ilk aylardan sonra ilk kez kontrole gelmekteydi. Karaciğer metastazlı hastalar bu kontrollerde görülmedi. Dört yıl sonra kontrole gelen hasta sayısı 2'dir. Bunlarda da karaciğer metastazı saptanmamıştır. Bu hastaların rektoskopik muayenelerinde patolojik bulgu saptanmamış, kolonoskopi önerilen hastalar bu prosedürü kabul etmemişlerdir.

TARTIŞMA

Kolorektal kanserler en sık kalın barsak obstrüksiyonu nedenidir. Bu obstrüksiyonların %21'i Splenik fleksura, %6'sı inen kolon, %27'si Sigmoid kolon, %6'sı rektosigmoid köşe, %5'i ise rektum kanserleri tarafından oluşturulmaktadır (7). Sigmoid fleksura ve distalindeki kolon tümörleri bu obstrüksiyonların 2/3'ünü oluşturmaktadır. Splenik fleksura tümörlerinin %50'sinin obstrüksiyonla başvurduğu bildirilmiştir (7, 8, 9). Çalışmamızda obstrüksiyon oluşturmuş 19 olgunun 17'si (%89.4) splenik fleksuranın distalindedir. Distal sınırı periton refleksiyonuna 3 cm'lik mesafeye ulaşan 15 olgunun (rektosigmoid köşe tm) 12'si (%80) kolon obstrüksiyonu nedeni ile başvurmuştur. Rektosigmoid yerleşimli tümörlerin geç başvuru nedenleri barsak alışkanlığında olduğu yavaş değişiklik, geçici karakterde şişkinlik oluşması ve hastaların tam konstipasyon ve progresif distansiyon geliştiğinde başvurmalarıdır (10, 11). Bu bölge tümörlerinin annular olarak gelişme eğilimindedir, barsak lümeni rektosigmoid köşede daralmaktadır (12). Ayrıca proksimalindeki sağlam kolon uzunluğu fazla olduğundan tümörün distansiyon oluşturması zaman almaktadır. Philips, obstrüksiyon oluşturmuş arka arkaya gelen 70 kolorektal tümör olgusundan 8'inin (%11) rektum ve rektosigmoid köşe

tümörlerinden oluştuğunu bildirmiştir (7). Bu çalışmada sadece rektosigmoid köşe tümörünün obstrüksiyon oranı bildirilmemiştir. Bizim olgularımızdan 14'ü (%73) rektum ve rektosigmoid köşe tümördür. Bu farkın nedeni muhtemelen rektosigmoid köşe tümörünün tanımlanmasındadır. Çalışmamızda bu alan periton refleksiyonundan itibaren 3 cm'lik alandır. Sigmoid'in, kolon kanserinin en sık bulunduğu segment olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (13, 14, 15, 16, 17). Ancak rektosigmoid köşe tümörleri ya sigmoid ya da rektum tümörleri içinde incelenmiştir. Olgularımızda ise sigmoid tümör 7, rektosigmoid tümör 15 olguda saptanmıştır. Obstrüksiyon sigmoid tümörlerin 2'sinde (%27), rektosigmoid köşe tümörlerinin ise 12'sinde (%80) saptanmıştır. Sonuç olarak çalışmamız rektosigmoid köşe tümörü bulunan hastaların büyük sıklıkla obstrüksiyon oluştuktan sonra başvurduklarını göstermektedir.

KAYNAKLAR

- 1 Campbell JA, Gunn AA, McLaren IF, Acute obstruction of the colon. *JR. Coll Surg.* 1956, 231.
- 2 Carden ABG, Acute large bowel obstruction: aetiology and mortality. *Med J. Austral*, 1966, 662.
- 3 De Dombal FT, Matharu SS, Staniland JR. Presentation of cancer to hospital as "acute abdominal pain". *Br J Surg*, 1980, 67: 413-516.
- 4 Koruth NM, Hunter DC, Krukowski ZH. Immediate resection in emergency large bowel surgery: a 7 year audit. *Br. J. Surg*, 1985, 72: 703-704.
- 5 Ohman U. Prognosis in patients with obstructing colorectal cancer. *Am J Surg*, 1982, 143: 742-747.
- 6 Stewart J, Diament RH, Brennan TG. Management of obstructing lesions of the left colon by resection, on-table lavage, and primary anastomosis. *Surgery*, 1993, 114: 502-505.
- 7 Phillips RKS, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. *Br J Surg*, 1985, 72: 296.
- 8 Waldron PP, Donovan IA, Drumm J. Emergency presentation and mortality from colorectal cancer in the elderly. *Brit J Surg*, 1986, 73: 214.
- 9 Kylonnen LEJ. Obstruction and perforation complicating colorectal cancer: an epidemiologic and clinical study with special reference to incidence and survival. *Acta Chir Scand*, 1987, 153: 607-614.
- 10 Waldron PP, Donovan IA. Mortality in patients with obstructing colorectal cancer. *Ann R Coll Surg Eng*, 1986, 68: 219-221.
- 11 Jones PF, Large bowel emergencies. In; *Emergency Abdominal Surgery*, 2nd Ed, Blackwell, 1987, 203-215.
- 12 Romolo JL. Embriology and anatomy of the colon, In; *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*, 1996, Saunders, 4th ed, Vol: 4, 3-16.
- 13 Judd ES, A consideration of lesions of the colon treated surgically. *5th Med J*, 1924, 17: 75.
- 14 Fraser J. Malignant disease of the large intestine. *Br J Surg*, 1938, 25: 647.
- 15 Smiddy FG, Goligher JC. Results of surgery in treatment of cancer of the large intestine. *Br Med J*, 1957, 1: 793.
- 16 Goligher JC, Smiddy FG. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Br J Surg*, 1957, 45: 270.
- 17 McDermott FT, Hughes ESR, Pihl E, Milne BJ, Price AB. Comparative results of surgical management of single carcinomas of the colon and rectum: a series of 1939 patients managed by one surgeon. *Br J Surgery*, 1981, 68: 850-855.