

# 28 Yıl Sonra Kolon Kanseri Nüksü: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

## *Colon Cancer Recurrence After 28 Years: A Case Report and Review of the Literature*

SEYFİ EMİR,<sup>1</sup> SELİM SÖZEN,<sup>1</sup> İLHAN BALI,<sup>1</sup> SİBEL ÖZKAN GÜRDAL,<sup>1</sup> ONUR SAKALLI,<sup>1</sup> FİLİZ TURAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Tekirdağ - Türkiye <sup>2</sup>Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Tekirdağ - Türkiye

### ÖZET

Kolorektal kanserlerde genel olarak nüks riski %3-50 olarak bildirilmiştir. Bu nüksler arasında lökorejyonel nüks oranı ise nükslerin %30-50 lik kısmını oluşturmaktadır. Başarılı bir tedavi ya da primer tümörün başarıyla çıkarılmasından yıllar sonra nüks görülmesi sık bir klinik gözlemdir. Tümör hücrelerinin sabit ancak canlı kalması ve daha sonraki bir zamanda tümörojenik potansiyelini göstermesi hala açıklanamamış bir konudur. Bu çalışmada ise kolon kanseri nedeniyle 28 yıl önce tedavi edilen, anastomoz bölgesinde nüks ile başvuran bir olgu sunulmaktadır.

*Anahtar Kelimeler:* Kolon kanseri, Nüks, İzlem

### ABSTRACT

Overall risk of recurrence in colorectal cancer was reported to be 3-50%. The locoregional recurrence rate was between 30-50% of these recurrences. It is a clinical observation to now encounter recurrences many years after a successful treatment or a primary resection of a tumor. How a tumor cell persists alive but stable and how it demonstrates its tumorigenic potential remain to be clarified. In this study, we present a case presenting with recurrent anastomotic region due to colon cancer which was treated 28 years ago.

*Key words:* Colon cancer, Recurrence, Follow

Başvuru Tarihi: 08.12.2014, Kabul Tarihi: 19.02.2015

Dr. Seyfi Emir  
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Tekirdağ - Türkiye  
Tel: 0505.3171579  
e-mail: seyfiemir@hotmail.com

*Kolon Rektum Hast Derg* 2015;25:34-37

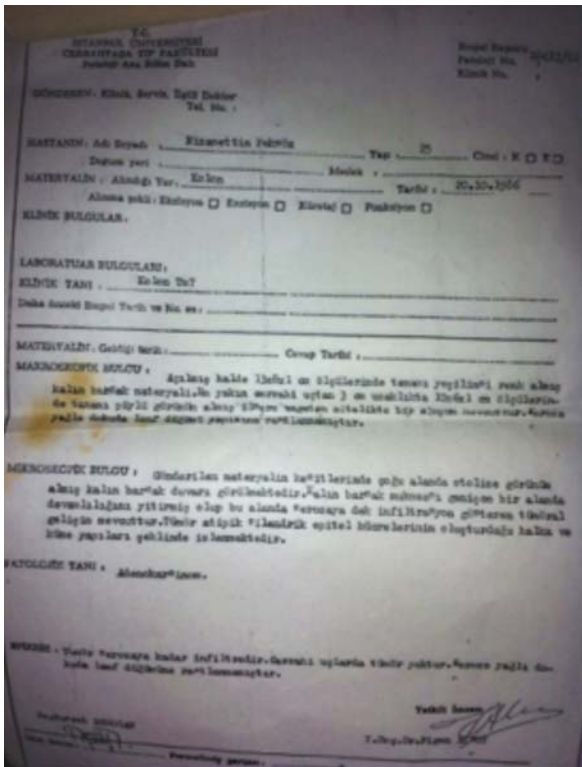
## Giriş

Kolorektal kanserinin cerrahi tedavisinde ileri dönemlerde tekrarlama ihtimalini en aza indirmek esas hedeftir. Bu ise, uygun yeterince etkin cerrahi ve gerekli hallerde adjuvan tedavi ile sağlanabilir. Kolorektal kanserlerde genel olarak nüks riski %3-50 olarak bildirilmiştir. Bu nüksler arasında lökorejyonel nüks oranı ise nükslerin %30-50 lik kısmını oluşturmaktadır.<sup>1</sup> Anastomoz bölgesinde ortaya çıkan nüksün bu bölgede kalan kanser hücrelerine veya anastomoz sırasında implantasyona bağlı olduğu düşünülmektedir.<sup>2</sup> Bu çalışmada ise kolon kanseri nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilen ve 28 yıl sonra anastomoz bölgesinde nüks saptanan bir olgu sunulmaktadır. Hastanın ilk cerrahi girişiminde o yıla ait patoloji raporuna göre Evre IIb adenokarsinom olarak değerlendirildi. Zaman aşımı sebebiyle eski tedaviye ait bilgiler çok açık değildir.

## Olgu

Elli iki yaşında erkek hasta, Haziran 2014'te bulantı, kusma, kabızlık ve karın ağrısı şikayetiyle Gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde

bir özellik olmayan hasta 17 yıl günde 1 paket sigara kullanmış. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın anamnezinden, Ekim 1986 da başka bir merkezde, transvers kolon tümör perforasyonu sebebiyle 13 cm lik transvers kolon rezeksiyonu ve kolostomi yapıldığı öğrenilmiştir. Olgunun tıbbi kayıtları düzenli olmayıp yapılan sorgulamada, 2 aylık süre ile adjuvant kemoterapi aldığı 4. ayda kolostomi kapatılması amacıyla tekrar ameliyat edildiği anlaşılmıştır. Hastanın ilk cerrahi girişimine ait patoloji raporuna göre Evre IIb (T4a, N0, M0) olarak değerlendirilmiştir (Resim 1). Hastanın kabızlık dışında gastrointestinal sistem, solunum sistemi ve üriner sistem belirtileri ve kilo kaybı şikayeti yoktu. Yapılan fizik muayenesinde, batında yaygın hassasiyet olup, distansiyon, defans ve rebound yoktu. Yapılan tetkiklerde, hemogramda hafif mikrositoz ve anemi (Hb:11.2 gr/dl, Hct: % 34.3, MCV:76.8) dışında patolojik bulgu yoktu. Serum demiri hafif düşük (45 µgr/dl), serum demir bağlama kapasitesi, ferritin, vitamin B12, folik asit düzeyleri normaldi. Hastaya total kolonoskopi ve gastroskopi planlandı. Yapılan kolonoskopide anal kanaldan itibaren 90. cm de lümeni daraltan ve endoskopun geçişine izin vermeyen ülserovejetan kitle tespit edildi. Alınan biyopsi sonucu adenokarsinom olarak geldi. Gastroskopi bulguları normal olarak değerlendirildi. Kontrastlı batın tomografisinde metastaz lehine bulgu saptanmamış olup çekum ve transvers kolonda duvar kalınlık artışı tespit edildi (Resim 2). Hasta tümör konseyinde tartışılarak genel cerrahi servisine yatırıldı. Hasta elektif şartlarda, ameliyata alındı, yapılan



**Resim 1.** Hastanın 28 yıl önceki ameliyatına ait patoloji raporu.



**Resim 2.** Hastanın kontrastlı batın tomografisinde kitleye ait olan görüntü.



*Resim 3. Subtotal kolektomi piyesinde çekumda ve transvers kolonda serozaya ulaşmış kitlenin görünümü.*

eksplorasyonda ince barsak ve kalın barsak mezosunda milimetrik metastatik lezyonlar görüldü. Transvers kolonda eski anastomoz hattında 7\*5 cm ve çekumda 5\*4 cm boyutlarında iki adet serozayı infiltre eden tümöral oluşum tespit edildi (Resim 3). Palyatif ameliyat kararı alınarak hastaya subtotal kolektomi ve ileorektal anostomoz yapıldı. Ameliyat sonrası 4. gün gaz-gaita çıkışı oldu, oral gıda başlandı. Ameliyat sonrası 8. gün onkoloji poliklinik kontrolü önerilerek şifa ile taburcu edildi.

### Tartışma

Lokorejyonel ya da lokal nüks, primer tümörün rezeksiyonundan sonra rezeksiyon alanı ya da anastomoza yakın çevrede görülen nükslere denir. Kolorektal kanserin küratif rezeksiyon sonrası nüks etme ihtimali, kanserin cerrahi tedavisi esnasındaki evresine göre değişir. Evre I kanser sonrası nüks riski %0-13 iken, Evre II'de bu risk %11-61 ve Evre III'de %32-88 civarındadır.<sup>3</sup> İlk başvuru anında obstrüksiyon ve/veya perforasyon olması ileride gelişebilecek nüks riskini %40'lara çıkarır.<sup>4</sup> Lokal nükslerin cerrahi tedavisi zordur, bu nedenle takibin önemi büyüktür. Ancak takip programları konusunda yaygın bir fikir birliği yoktur.<sup>1</sup> En basit takip parametrelerinden birisi kan karsionembriyonik antijen (CEA) düzeylerindeki artmadır.<sup>5</sup> Anastomoz hattı nüksleri endoskopi ile rahatlıkla görülebilirken, lokorejyonel nüksler endoskopi ile atlanabilir. Son yıllarda popüler hale gelen 18 flurodeoksi glukoz (FDG) pozitron emisyon tomografi (PET) gerek lokal gerekse sistemik nükslerin daha erken dönemde tanınmasına katkıda bulunmakta

ve bu sayede nükslerin rezektabilitesini arttırdığı belirtilmektedir.<sup>1</sup> Pozitron Emisyon Tomografisi ile vücudun metabolik/fonksiyonel aktivitesi hakkında bilgi toplanırken, aynı seansta yapılan BT ile vucuttaki normal ve patolojik dokuların anatomik detayı elde edilmektedir. Fluorodeoksi glukozun pahalı olması nedeniyle ve PET/BT taramalarının daha fazla sayıda yapılması maliyeti arttırmaktaysa da, kullanım endikasyonunun doğru konulması durumunda kolorektal kanserlerde tedavi yaklaşımında önemli avantajlar sağlar.<sup>6</sup> Kolorektal kanser saptanan hastalarda senkron veya metakron lezyon gelişme riski yüksektir. Kolon kanseri metastazları lümen içi, lenfojen veya hematojen yolla yayılabilirler. Kolonda birden fazla neoplazm da olabilir. Bunlar senkron veya metakron, kolonik veya ekstrakolonik olabilirler.<sup>7</sup> Otozomal dominant kalıtım gösteren HNPCC (Hereditör Non Polipozis KRK)'de, sık senkron ve metakron maligniteler izlenmektedir.<sup>8</sup> Senkron tümörler ve primer tümörler genelde kolonun iki farklı segmentinde yer alırlar. Gerek soliter gerekse senkron tümörlerin görüldüğü en sık histolojik tip adenokarsinomlardır.<sup>9</sup> Olgumuzda da sağ kolonda ikinci bir tümör odağı saptanmış, ancak aile taramasında bir özellik saptanmamıştır. Senkron tümörlerin yaklaşık yarısı rezeksiyon sınırı dışında kalmakta ve rezeksiyon sınırları genişletilmek zorunda kalınmaktadır.<sup>10</sup> Olgumuzda da rezeksiyon sınırları genişletilerek subtotal kolektomi ve ileorektal anostomoz yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada kanser nedeni ile tedavi görmüş ve hayatta olan 60'lı yaşlardaki olgularda; 10 yıllık kümülatif ikinci primer tümör risk oranı %10 olarak tahmin edilmiştir. Başka bir çalışma da kolon, larenks, akciğer, mesane ve meme kanseri görülenlerde ilk tanıdan 1-4 yıl sonra ikinci primer tümör gelişme riski tahmin edilenden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.<sup>11</sup> Bizim olgumuzda ise yaklaşık 30 yıl sonra ikinci bir odak daha tespit edilmiştir.

Perforasyon kolorektal kanserlerde akut veya kronik olarak görülebilir.<sup>12</sup> Genel olarak kötü prognoz ile birliktedir. Abdelrazeq ve ark. nın perfore ve perfore olmayan T4 kolorektal karsinomlu hastaları karşılaştırdığı çalışmada, iki grup arasında hastalığız sağ kalım açısından anlamlı bir fark saptamadılar.<sup>13</sup> Elferink ve ark. yapmış olduğu diğer bir çalışmada kolon kanseri nedeniyle ameliyat edilen 2.282 olgudan 127' sinde (%6.7) lökorejyonel nüks saptadılar. Nükslerin %64' ü

ilk 2 yıl içerisinde, %90' ı ise ilk 4 yıl içerisinde görüldü.<sup>14</sup> Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) 2010 kılavuzunda, 5230 kolorektal kanser olgusunun 22 sinde (%0.4) anastomoz bölgesinde nüks saptandı. Nüksler ise olgulardan birinde 5. yılda, diğerlerinde ise ilk 3 yıl içerisinde görüldü.<sup>15</sup> Kolorektal kanser nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 4023 olgunun nüks açısından değerlendirildiği bir başka çalışmada, 835 olguda nüks ve en geç nüksün de ameliyattan sonraki 11. yılda ortaya çıktığı saptandı.<sup>16</sup> JSCCR klavuzu ve Elferink ve ark.'ın çalışmaları değerlendirildiğinde lökorejyonel nükslerin ameliyat sonrası ilk 5 yıllık dönemde ortaya çıktığı görülmektedir. Olgumuzda ise literatür ile uyumsuz olarak 28 yıl sonra anastomoz hattında tümöral kitle saptandı. Bu ilk planda lokal nüks

olarak değerlendirildi, ayrıca başka bir odakta da tümöral kitle mevcuttu. Yaptığımız literatür taramasında sunmakta olduğumuz olguya benzer herhangi bir yayın bulunamadı.

### Sonuç

Kolorektal kanserlerde nüks, ilk 10 yıllık süre içerisinde ortaya çıksa da, erken yaşta ortaya çıkan kolon kanseri vakalarında kür sağlandığını düşündürecek süre geçse dahi uzun dönemde hastalığın tekrar ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Tümör hastasının takiplerinin belli dönemler içerisinde hayat boyu yapılması gerektiğine inanıyoruz. Olgumuzun kolorektal kanser cerrahisi sonrası hasta takip süresi açısından da literatürde benzeri olmayan bir vaka olarak önem arzettiği kanısındayız.

### Kaynaklar

1. Yılmazlar T, Öztürk E. Nüks Kolon Kanserinde Tedavi. Kolon ve Rektum Kanseri. 1. Baskı. İstanbul. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 2010: 353-64.
2. Ohlsson B, Breland U, Ekberg H, *et al.* Follow-up after curative surgery for colorectal carcinoma. Randomized comparison with no follow-up. Dis Colon Rectum 1995;38:619-626.
3. Devesa JM, Morales V, Enriquez JM, *et al.* Colorectal cancer. The bases for a comprehensive follow-up. Dis Colon Rectum 1988;31:636-652.
4. Willett C, Tepper JE, Cohen A, *et al.* Obstructive and perforative colonic carcinoma: patterns of failure. J Clin Oncol 1985;3:379-384.
5. Wenzl E, Wunderlich M, Herbst F. Results of a rigorous follow-up system in colorectal cancer. Int J Colorectal Dis 1988;3:176-180.
6. Çınar A, Gençoğlu E A, Korkmaz M. Kolorektal kanser yeniden evrelemesi ve PET/BT. Ulusal Cer Derg 2013; 29: 76-80. DOI: 10.5152/UCD.2013.42.
7. Mitchell ME, Johnson JA, Wilton PB. Five primary synchronous and metachronous colorectal carcinoma. Br J Surg 1984;23:284-8.
8. Malazgirt Z. Kolon Kanseri Etiyolojisi, Genel Cerrahi Nobel Tıp Kitabevi İstanbul; 1,371-72;1996.
9. Marc A. Passman, Rodney F, Pommier, John T. Veto. Synchronous colon primaries have the same prognosis as solitary colon cancers. Dis Colon Rectum 1996;39:329-34.
10. Mustafa Keçer. Kolon Kanseri. In: Göksel Kalaycı. Genel cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2002:1343-1359.
11. Tsukuma H, Fujimoto I, Hanai A, *et al.* Incidence of second primary cancers in Osaka residents, Japan, with special reference to cumulative and relative risks. Jpn J Cancer Res 1994;85(4):339-45.
12. Kocaoğlu H, Ünal E.A: Kolorektal Kanseri, Klinik Cerrahi Onkoloji. Editör; Ünal A Özkan matbaacılık, Ankara, pp:496-513,1997.
13. Abdelrazeq AS, Scott N, Thorn C, *et al.* The impact of spontaneous tumour perforation on outcome following colon cancer surgery. Colorectal Dis. 2008 Oct;10(8):775-80.
14. Elferink MA, Visser O, Wiggers T, *et al.* Prognostic Factors for Locoregional Recurrences in Colon Cancer. Ann Surg Oncol 2012 Jul;19(7):2203-11.
15. Watanabe T, Itabashi M, Shimada Y, *et al.* Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2010 for the treatment of colorectal cancer. Int J Clin Oncol 2012;17:1-29.
16. Seo SI, Lım SB, Yoon YS, *et al.* Comparison of Recurrence Patterns Between 5 Years and 5 Years After Curative Operations in Colorectal Cancer Patients Journal of Surgical Oncology 2013;108:9.