

Tıkayıcı Sol Kolon Kanserlerinin Tedavisinde Subtotal/Total Kolektomi

Subtotal/Total Colectomy for The Treatment of Obstructive Left Colon Cancer

AHMET OKUŞ, BARIŞ SEVİNÇ, ABDÜLHALİM SERDEN AY, ÖMER KARAHAN, MEHMET ALİ ERYILMAZ
Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya-Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada sol kolon malign tıkayıcı lezyonlarında subtotal-total kolektomi primer anastomozun etkinliğinin diğer cerrahi yöntemler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Son 5 yıl içinde tıkanma bulguları ile müraaat eden ve acil opere edilen hastalar retrospektif incelendi. Kolonik tıkanmanın seviyesi, yapılan ameliyatlara, ameliyat süresi, yatış süreleri, postoperatif morbidite ve mortalite kaydedildi. Ayrıca hastane maliyetleri Sosyal Güvenlik Kurumunun verdiği fiyatlar üzerinden hesaplandı. Veriler SPSS (statistical package for social sciences) 15.0 istatistik program kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Son 5 yıl içinde malign kolonik obstrüksiyon nedeni ile acil opere edilen 28 hasta mevcut idi ve yaş ortalaması 62 idi. Çalışmaya alınan 20 hastanın 11 tanesine subtotal-total kolektomi primer anastomoz

ABSTRACT

Purpose: This study aims to compare the efficacy of total-subtotal colectomy and primary anastomosis with the other methods used in obstructive malignant lesions of the left colon.

Material and Methods: We retrospectively scanned the patients who had obstruction symptoms and underwent emergency operation during the last five years. We recorded the level of obstruction, the operating technique, operating time, hospital stay, postoperative mortality and morbidity. Additionally, we calculated the cost of each patient according to the list of Social Security Institution. The data was analysed by using SPSS (statistical package for social sciences) version 15.0.

Results: The number of patients underwent emergency operation due to malignant colonic obstruction was 28 and their median age was 62. The 11 of 20 patients included to the study were underwent subtotal-total

Başvuru Tarihi: 09.07.2011, Kabul Tarihi: 28.10.2011

Dr. Ahmet Okuş

Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Konya - Türkiye

Tel: 0505.8042063

e-mail: draokus@hotmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2011;21:160-164

(ileoproktostomi veya ileokolostomi) yapılmış idi. (Grup 1) Kalan 9 hastanın ise 4'üne Hartmann prosedürü, 5 hastaya ise rezeksiyon ve primer anastomoz yapılmış idi (Grup 2). İki grup arasında yaş, cinsiyet, tümör evresi ve yandaş hastalık açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Grup 1 de ortalama hastanede kalış süresi 8.5 gün iken, Grup 2 de 14.2 gün idi. Aradaki fark dikkat çekici de olsa istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Grup 1'de 1 hasta (mortalite % 9) ve Grup 2'de de 2 hasta (mortalite %22) kaybedilmiştir ($p>0.05$). Grup 1 de bir hastada (%9) anastomoz kaçağı görülmüştür. Grup 1 de hastane maliyeti ortalama hasta başına 6.552 Türk Lirası iken iken Grup 2 de 9.424 Türk Lirası idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Toplam mortalite %15 ve morbidite %30 dur.

Sonuç: Sol kolon malign obstrüksiyonlarında subtotal-total kolektomi primer anastomozun hastanede kalış süresi daha kısa ve maliyeti daha düşük bulunmuştur. Sol kolon malign tıkayıcı lezyonlarında senkron tümör-polip olasılığı da göz önüne alınınca subtotal-total kolektomi primer anastomozun deneyimli ellerde diğer tek ve iki aşamalı ameliyatlara iyi bir alternatif olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Kolonik Tıkanma, Subtotal/Total Kolektomi

Giriş

Kalın barsak kanserlerinin yaklaşık %15'i tıkanma bulguları ile başvurmaktadır.¹ Acil opere edilen bu hasta grubunda morbidite ve mortalite artmaktadır.^{1,2} Hastaların bir kısmına kalıcı ve geçici kolostomi gerekmektedir. Sağ kolon malign tıkanmalarında sağ hemikolektomi primer anastomoz artık genel kabul gören bir yaklaşımdır.^{2,3} Kolon tıkanmalarının büyük bir çoğunluğu sol kolon yerleşimlidir ve cerrahi tedavide tam bir konsensus yoktur. Sol kolon tıkayıcı lezyonlarında birkaç cerrahi tedavi alternatifi mevcuttur.

Bunlar

- Sadece kolostomi
- Primer rezeksiyon ve uç kolostomi (Hartmann prosedürü)
- Tek aşamalı rezeksiyon ve primer anastomoz (intraoperatif kolonik irrigasyonla beraber veya olmadan)
- Total-subtotal kolektomi primer anastomoz
- Kolonik stent koyma.^{2,3}

colectomy and primary anastomosis (ileoproctostomy or ileocolostomy) (group 1). In the second group 4 patients were underwent Hartmann procedure, 5 patients were underwent resection and primary anastomosis. There were no statistically significant difference in terms of age, gender, tumor stage and co-morbidities. The mean hospital stay was 8.5 days in group 1 and 14.2 days in group 2. The difference is remarkable but not statistically significant. The mortality rate was 9% in group 1 and 22% in group 2 ($p>0.05$). There was a case (9%) with anastomosis leak in group 1. The mean cost was 6.552 TL in group 1 and 9.424 TL in group 2 ($p<0.05$). Total mortality rate was 15% ($n=3$) and morbidity rate was 30% ($n=6$).

Conclusion: In malignant obstruction of left colon, subtotal-total colectomy with primary anastomosis has shorter hospital stay and found to be cheaper. As the malignant obstruction tumors of left colon has the risk of synchron tumor-polyp, in experienced hands subtotal-total colectomy with primary anastomosis is an alternative to other primary or two stage procedures.

Key words: Colorectal Cancer, Colonic Obstruction, Subtotal/Total Colectomy

Bu çalışmada sol kolon malign tıkayıcı lezyonlarında subtotal-total kolektomi primer anastomozun etkinliğinin diğer cerrahi yöntemler ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Son 5 yıl içinde Genel Cerrahi Kliniğine tıkanma bulguları ile müracaat eden ve acil opere edilen hastalar retrospektif incelendi. Tümör lokalizasyonu distal transvers kolon ve distalinde olan hastalar sol kolon tıkanıklığı olarak kabul edildi.

Hastaların demografik özellikleri ve yandaş hastalıkları kaydedildi. Kolonik tıkanmanın seviyesi, yapılan ameliyatlara, ameliyat süresi, yatış süreleri, postoperatif morbidite ve mortalite kaydedildi. Ayrıca hastane maliyetleri Sosyal Güvenlik Kurumu'nun verdiği fiyatlar üzerinden hesaplandı. Hastaların patoloji raporlarından TNM evreleme sistemine göre kesin patolojik evresi kaydedildi.

Hasta bilgilerine hem hasta dosyalarından hem de bilgisayar kayıtlarından ulaşıldı. Dosya bilgileri eksik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Rezeksiyon yapılamayan hastalar da çalışma dışı bırakıldı. Veriler SPSS (statistical package for social sciences) 15.0 istatistik programı kullanılarak analiz edildi. Normal dağılıma uyan verilere student t testi, uymayanlara ise Mann-Whitney U testi uygulandı. Tanımlayıcı veriler için Ki kare testi kullanıldı. P değeri 0.05 den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Son 5 yıl içinde malign kolonik obstrüksiyon nedeni ile acil opere edilen 28 hasta mevcuttu ve yaş ortalaması 62 idi. Aynı tarihler arasında toplam 249 kolon malignitesi opere edilmiş olup tıkanma bulguları ile müracaat eden hastaların oranı %11 idi. Bu hastalardan 4'ü sağ kolon tıkanıklığı (%14) nedeni ile opere edilmiş olup kalan 24'ü sol kolon tıkanıklığı (%86) nedeni ile opere edilmişti. Dosya bilgileri eksik olan 3 hasta ve karsinomatozis peritonei nedeni ile rezeksiyon yapılamayan 1 hasta çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya alınan 20 hastanın 11 tanesine subtotal-total kolektomi primer anastomoz (ileorektal veya ileokolik anastomoz) yapılmış idi (Grup 1). Kalan 9 hastanın ise 4'üne Hartmann prosedürü, 5 hastaya ise rezeksiyon ve primer anastomoz yapılmıştı (Grup 2). İki grup arasında yaş, cinsiyet, tümör evresi ve yandaş hastalık açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Grup 1'de ortalama hastanede kalış süresi 8.5 gün iken, Grup 2'de 14.2 gün idi ($p>0.05$). Aradaki fark dikkat çekici de olsa istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

Grup 1'de 1 hasta (%9) ve Grup 2'de de 2 hasta (%22) kaybedilmiştir ($p>0.05$). Grup 1'de bir hastada (%9) anastomoz kaçağı görülmüş olup medikal tedavi ile kontrol altına alınmıştır. Grup 1'de hastane maliyeti ortalama hasta başına 6.552 TL iken grup 2 de 9.424 TL idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 1). Toplam mortalite %15 ve morbidite %30 dur. Grup 1'de kontrolsüz diyabeti olan ve çekumda iskemi nedeni ile subtotal kolektomi yapılan bir hasta postoperatif 10. günde aspirasyon pnömonisine sekonder sepsis nedeni ile kaybedilmiştir. Grup 2'de Hartmann prosedürü uygulanan genel durumu bozuk, kontrolsüz yandaş hastalıkları olan biri 83 yaşında iki hasta kaybedilmiştir.

Tartışma

Kolon malign obstrüksiyonları artmış morbidite ve mortalite ile birlikte dir.^{2,4} Kolon malign obstrüksiyonlarının büyük çoğunluğu (%65-90) sol kolon kaynaklı tümörlere bağlıdır.^{3,5,6} Serimizde bu oran %86 olup literatür ile benzerdir. Bunun sebebi sol kolon çapının sağdan daha dar ve geçen feçesinin daha katı kıvamlı olmasıdır. Sağ kolon malign tıkanmalarının aksine sol kolon tıkanmalarında cerrahi tedavide belirgin konsensus yoktur.²⁻⁴ Sol kolon malign obstrüksiyonlarında acil cerrahi girişim, kolostomi gerekliliği, birden çok girişim gerekliliği ve yara yeri komplikasyonları belirgin morbidite nedenleridir. Ayrıca bu hastalarda elektif kolon cerrahisine nazaran beklenen sağ kalım süresi de azalmaktadır.³

Kolon kanserlerinin yaklaşık %10-20'si obstrüksiyon bulguları ile başvurmakta olup bu çalışmada bu oran %11 olarak tespit edilmiştir.^{3,6}

Kolon malign obstrüksiyonlarında morbidite %30'larda ve mortalite ise %10-30 olarak bildirilmektedir. İleri yaş, ASA skorunun 3-4 olması, renal yetmezlik ve acil cerrahi girişim morbidite ve mortalite artışında etkili faktörlerdir.^{6,7} Çalışmamızda mortalite %15, morbidite %30 olup, literatür ile benzerdir. Yine benzer şekilde kaybedilen üç hastanın da ASA skoru 4 olup yandaş hastalıkları mevcut idi.

Sol kolon tıkayıcı lezyonları için birçok cerrahi tedavi şekli ileri sürülmüştür. Sol kolon tıkayıcı lezyonları için yapılan üç aşamalı cerrahi tedaviler artık terk edilmektedir. Artmış morbidite ve mortalite yapılan bir çok çalışmada gösterilmiş olup bundan dolayı pek uygulanmamaktadır.^{2,3,5}

Diğer bir tedavi seçeneği ise tümörü içine alan sol kolektomi, proksimal uç kolostomi ve takiben 3-4 hafta sonra kolostominin kapatıldığı iki aşamalı Hartmann operasyonudur. Bu metotta ise bir çok çalışmada hastaların yaklaşık %80'inde kolostominin kapatılmadığı bildirilmiştir.^{2,6,7} Bu hastalarda morbidite nedeni çoğunlukla stomaya bağlı olmak üzere kümülatif morbidite ve mortalitenin tek aşamalı operasyonlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.^{3,6} Peritonit varlığında veya genel durumu bozuk yaşlı hastalarda halen iyi bir alternatiftir.^{2,3,7}

Son yıllarda ise sol kolon tıkayıcı lezyonlarında rezeksiyon ve primer anastomoz eğilimi artmaktadır.⁴ Primer anastomoz direkt yapılabileceği gibi, intraoperatif kolon lavajı yapılarak da yapılabilir. İntrooperatif kolon

lavajını ameliyat süresini uzattığı ve anastomoz kaçağı açısından üstünlük sağlamadığı gösterilmiştir.² Rezeksiyon ve primer anastomoz yapılan hastalarda lümen içi gaita yükü, proksimal ile distal kolon çap farklılığı anastomozu teknik olarak zorlaştırmaktadır.^{4,7} En sık eleştiri nedeni olan anastomoz kaçak oranındaki artış artık bir çok çalışmada %1-7 arasında ve mortalite %2-9 arasında bildirilmektedir.^{3,5,6} Çalışmamızda rezeksiyon ve primer anastomoz yapılan kısıtlı sayıdaki hastada anastomoz kaçağı görülmemiştir. İki aşamalı kolostomi içeren ameliyatlara ile rezeksiyon primer anastomozu karşılaştıran çok sayıda çalışmada iki aşamalı ameliyatlarda hastanede kalış süresi uzun, morbidite yüksek ve sağ kalım daha düşük olarak tespit edilmiştir.^{3,7,8}

Tıkayıcı sol kolon lezyonlarında diğer bir tedavi seçeneği ise total-subtotal kolektomi, ileum ile rektum veya sigmoid kolon arasında anastomoz yapılmasıdır. Tek girişimde hastanın tümörden ve stoma komplikasyonlarından kurtulması söz konusudur. Bu teknik ile çeşitli serilerde anastomoz kaçağı %2-8, morbidite %10-21 ve mortalite %0-10 olarak bildirilmiş olup çok aşamalı tedavi seçeneklerinden daha düşüktür.^{4,9-12} Çalışmamızda anastomoz kaçağı nedeni ile mortalite %9 ve morbidite %18.2 olarak tespit edilmiş olup literatür ile benzerdir. Hastanede kalış süresi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha kısa, mortalite ve maliyeti daha düşük tespit edilmiştir. Ancak iki aşamalı ameliyatlara genel durumu bozuk olan hastalarda tercih edilmesi nedeni ile morbidite ve mortalitenin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Ameliyat süresinin uzunluğu, postoperatif diyare ve yaşlı hastalarda inkontinans başlıca dezavantajlarıdır.^{2,7} Diyare bir çok hastada kendiliğinden ve medikal tedavi ile birkaç ay içinde düzelmektedir.^{4,7,10} Bazı çalışmalarda %11 oranında (ortalama %5) senkron tümörlerin tek aşamada tedavi edilebilmesi avantaj sağlamaktadır.^{4,7} Ayrıca karın kirlenmeden ileum ile rektum veya sigmoid kolon arasında anastomoz teknik olarak güvenli yapılabilmektedir. Acil şartlarda kolokolik anastomozda kaçak riski daha fazla iken, ileokolik anastomozda ise daha düşüktür.^{7,11,3} Bir çok çalışmada mortalite özellikle ileri yaştaki hastalarda görülmektedir.^{4,9} Bundan dolayı bu çalışmada da görüldüğü gibi total-subtotal kolektomi özellikle seçilmiş hastalarda ve deneyimli ellerde düşük morbidite ve mortalite ile gerçekleştirilebilecek iyi bir alternatif tedavi metodudur.^{4,12}

Hasta sayısının düşük, retrospektif bir çalışma olması ve grupların homojen olmaması bu çalışmanın kısıtlayıcı yönleridir. Yine benzer şekilde total-subtotal kolektominin seçilmiş olgularda uygulanması diğer kısıtlayıcı faktördür. Sol kolon malign obstrüksiyonlarında subtotal-total kolektomi primer anastomozun hastanede kalış süresi daha kısa ve maliyeti daha düşük bulunmuştur. Sol kolon malign tıkayıcı lezyonlarında senkron tümör-polip olasılığı da göz önüne alınca subtotal-total kolektominin deneyimli ellerde diğer tek ve iki aşamalı ameliyatlara iyi bir alternatif olabileceğini düşünmekteyiz. Bu teknik ile seçilmiş olgularda karın içi kirlenmeden daha güvenli primer bir anastomoz yapılabilmektedir.

Kaynaklar

- Osmanoğlu H, Sözbilen M. Tıkayıcı kolon kanserinde yaklaşım. Kolon rektum ve anal bölge hastalıkları. Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D(Eds). S:465-72. Ajans Plaza, İstanbul, 2003.
- Trompetas V. Emergency management of malignant acute left-sided colonic obstruction. Ann R Coll Surg Engl 2008;90:181-6.
- Sökücü N, Balık E. Kolon kanserinde özel durumlar. Kolon ve rektum kanserleri. Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (eds). S:291-300. Seçil Ofset, İstanbul, 2010 1. baskı
- Hennekinne-Mucci S, Tuech JJ, Brehant O, *et al.* Emergency subtotal /total colectomy in the management of obstructed left colon carcinoma. Int J Colorectal Dis 2006;21:538-41.
- Corman ML(Ed). Colon and rectal surgery. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2005.
- Targownik LE, Spiegel BM, Sack J, *et al.* Colonic stent vs. emergency surgery for management of acute left-sided malignant colonic obstruction: a decision analysis. Gastrointest Endosc 2004;60:865-74.

7. Tan KK, Sim R. Surgery for obstructed colorectal malignancy in an asian population: Predictors of morbidity and comparison between left-and right-sided cancers. *J Gastrointest Surg* 2010;14:295-302.
8. Gullino D, Giordano O, Ghione S, *et al.* The single-stage surgery of colorectal neoplastic occlusion. The experience of 33 cases. *Minerva Chir* 1999;54:37-47.
9. Arnaud JP, Cevri C, Duplessis R, *et al.* The role of subtotal/total colectomy in the urgent treatment of obstructive cancer of the left colon. *J Chir* 1997; 134: 267-70.
10. Tohmé C, Chakhtoura G, Abboud B, *et al.* Subtotal or total colectomy as surgical treatment of left-sided occlusive colon cancer. *J Med Liban* 2008;56:198-202.
11. Balogh A, Wittmann T, Varga L, *et al.* Subtotal colectomy for the treatment of obstructive left colon cancer. Follow-up results. *Orv Hetil* 2002;143:1577-83.
12. Vuković M, Moljević N. Total colectomy options in management of acute obstruction of the left-side colon. *Med Pregl* 2008;61:43-7.
13. Cuffy M, Abir F, Audisio RA, *et al.* Colorectal cancer presenting as surgical emergencies. *Sug Oncol* 2004;13:149-57.