

Obstrüksiyon İle Komplike Çekum Kanserlerinde Acil Girişimle Yapılan Anastomozların Güvenilirliği: Retrospektif Bir Çalışma

Safety of Anastomoses Performed During Emergency Operations in Cecum Cancers Complicated with Obstruction: A Retrospective Study

Haluk Recai Ünalp

Mehmet Ali Önal

Mustafa Peşkersoy

Taner Akgüner

Erdinç Kamer

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET

Amaç: Bu retrospektif çalışmanın am acı obstrüksiyon ile komplike olmuş çekum kanserlerinde hastaların demografik özelliklerini, acil şartlarda yapılan anastomozların güvenilirliği, peroperatif ve postoperatif erken dönemdeki mortalite oranlarını değerlendirmektir.

Yöntem: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği'nde 1993 – 2003 yılları arasında çekum kanseri tanısı ile opere edilen olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik evrelendirme sonucu, uygulanan operasyonlar ve komplikasyonları, hastalardaki sağ kalım oranı ve bunu etkileyebilecek kronik hastalık mevcudiyeti araştırıldı. Değerlendirmelerde tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanıldı.

Bulgular: Çekum kanseri tanısı ile izlenen 86 olgunun yaş ortalaması 57.2 yıl olup bu olguların 22 (%25.6)'sinde mekanik barsak obstrüksiyonu nedeni ile acil cerrahi girişim uygulandı. Acil cerrahi girişim gerektiren olguların 13 (%59.1)'ünde kronik hastalık öyküsü mevcuttu. 20 (%90.9) olguya sağ hemikolektomi + ileo-transverostomi uygulandı. Olgulardan biri (%4.5) postoperatif dönemde kardiyopulmoner yetmezlik nedeni ile kaybedildi.

Sonuç: Mekanik barsak obstrüksiyonu ile gelen çekum kanserli olgularda sağ hemikolektomi + ileo-transversostominin güvenli bir cerrahi yaklaşım olabileceği görüşüne varıldı.

Anahtar Kelimeler: Çekum, kanser, obstrüksiyon

SUMMARY

Aim: The aim of the study was to evaluate the demographic features of the patients with cecum cancer who were complicated with obstruction. We also aimed to assess the safety of anastomoses performed under emergency conditions and mortality rates.

Methods: The study included 86 patients with cecum cancer who were operated in 4th General Surgery Clinic in İzmir Atatürk Training and Research Hospital from 1993 to 2003. Demographic features of the

patients, clinical stage of the cancer, operation procedures and complications, mortality rates and presence of chronic illness were recorded. Descriptive statistical assesment was used.

Results: Mean age of the 86 patients with cecum cancer was 57.2 years. Of them 22(25.6%) patients underwent emergency operation because of mechanical bowel obstruction. 13 (59.1%) patients who required emergency operation had chronical medical problems such as diabetes. Right hemicolectomy and ileotransversostomy was performed in 20(90.9%) patients. One (4.5%) died due to cardiopulmonary failure.

Conclusions: We conclude that right hemicolectomy + ileotransversostomy may be performed safely in cancers of cecum complicated with obstruction.

Key Words: Cecum, cancer, obstruction

Başvuru tarihi: 12.04.2004

SSK Tepecik Hast Derg 2004;14(2):115-118

Çekum tümörleri kolorektal tümörlerin içinde 3. sıklıkta görülür (1- 4). Sağ kolonun geniş çaplı olması, ince ve genişleyebilen bir duvarının bulunması ve bu alanda fekal içeriğin sıvı olmasından dolayı sağ kolon kanserlerinde obstrüksiyonasıkrastlanmaz. Çekumtümörlerinde daha sık halsizlik, güçsüzlük ve derin anemigörölmektedir (5-7).

Bu çalışmada, obstrüksiyona neden olan çekum tümörlerinde uygulanan acil laparotomi sırasında yapılan intestinal anastomozların güvenliği, peroperatif ve postoperatif erken dönemdeki mortalite ve morbidite ile hastaların demografik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmamızda 1993 - 2003 yılları arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği'nde kolorektal kanser nedeni ile ameliyat edilen 520 olgudan 86 (%16.5)'sinin çekum kanseri tanısı aldığı, bunlardan 22 (%25.6)'sinin mekanik obstrüksiyon oluşturduğu belirlendi. Olguların tümünde obstrüksiyona ait klinik ve radyolojik bulgular gösterilirken, 18(%81.8)'inde çekuma lokalize tümöral kitlenin varlığı radyolojik olarak preoperatif dönemde saptandı. Hastaların hiçbirine kolon temizliği yapılamadı ve tümü acil olarak opere edildi. Preoperatif dönemde tüm hastalara tek doz 3. kuşak sefalosporin grubu parenteral bir antibiyotik yapılarak ameliyata alındı. Postoperatif dönemde 4.8 gün (1-12 gün) antibiyotik tedavisine devam edildi.

Olguların tümüne histopatolojik inceleme yapıldı ve tümörlerin adenokarsinoma olduğu bildirildi. Evreleme TNM sınıflamasına göre yapıldı. Operatif mortalite terimi operasyon sırasında veya postoperatif bir ay içinde ölen hastalar için kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 57.2 (43-84) yıl olup kadın/erkek: 9/13 bulundu. Olguların 13(%59.1)'ünde diabet, kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik hastalık saptandı.

Postoperatif dönemde hastaların tümünün adenokarsinom olduğu, TNM sınıflamasına göre bir olgunun (%4.5) evre-II, 14(%63.6)'ünün evre-III ve 7(%31.8)'sinin evre-IV olduğu belirlendi. Hastaların 2(%9.1)'sinde tümör irrezekektabl olarak değerlendirilerek ve biopsi alınarak yan yana ileo-transversostomi yapıldı. Kalan 20 (%90.9) olguya ise sağ hemikolektomi + ileo-transversostomi uygulandı. Anastomozlar sırasında çap farkları ileuma yapılan oblik kesiyle giderildi ve anastomoz iç sırası 2/0 kromik katgüt ile kontinü, dış sırası 3/0 ipek ile tek tek sütürlerle iki sıra üzerinden yapıldı. Hiçbir olguya koruyucu ileostomi açılmadı. Postoperatif dönemde 5 (%22.8) olguda yara enfeksiyonu, 2(%9.1) olguda evantrasyon görülürken, 2(%9.1) olguda pulmoner komplikasyon gelişti. Bir (%4.5) olgu kardio-pulmoner yetmezlik nedeniyle kaybedildi. Anastomoz kaçağı görülmedi (Tablo 1). Hastanede ortalama kalış süresi 8.1 (5-17 gün idi.

Tablo 1. Evrelerine göre yapılan ameliyatlar ve postoperatif sonuçlar.

TNM	n	Uygulanan Operasyon	Yara enfeksiyonu (%)	Evantrasyon (%)	Pulmoner komplikasyonlar (%)	Operatif mortalite (%)
Evre II	1	SH-İT*				
Evre III	14	SH-İT*	3 (21.4)			
Evre IV	7	2 Bypass 5 SH-İT*	2 (28.6)	2 (28.6)	1 (7.1)	1 (7.1)
TOPLAM	22		5 (22.7)	2 (9.1)	1 (4.5)	1 (4.5)

*Sağ hemikolektomi + ileotransversostomi

TARTIŞ MA

Çekum tümörleri daha çok gelişmiş ülkelerde ve posasız diyetle beslenenlerde görülür ve lokalizasyon sıklığı açısından kolorektal tümörlerin içinde 3. sırayı oluşturur (1-4). Çalışmamızda tüm kolorektal tümörlerin %16.5'inin çekum tümörü olduğu saptanmıştır.

Sağ kolonun geniş çaplı, ince, genişleyebilen bir duvarı vardır ve çekumda fekal içerik katı değildir. Bu nedenle çekum tümürlü olgularda barsak alışkanlığında değişiklikler ve intestinal obstrüksiyon sık görülen bulgular değildir. Sol kolon kanserlerinde daha sık görülen obstrüksiyona ileoçekal valvi tıkayan büyük çekum kanserlerinde de zaman zaman rastlanabilir(5-7). Çekum kanserleri yaşlı popülasyonda daha sık görülür ve bulguları genellikle halsizlik, güçsüzlük ve derin anemidir. Lokalizasyonları gereği bazen appendicitisi ya da invajinasyonları taklit edebilir (4,5,8-10).

Armstrong ve ark. (11)çekum tümörü olan olguların 1/3'ünün acil hasta olarak hastaneye müracaat ettiklerini ve bunların yarısında obstrüksiyon saptandığını, elektif şartlarda ameliyat edilen olguların yarısının başvuru nedeninin ise kronik anemi yakınmaları olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda çekuma lokalize tümörlerin %25.6'sında mekanik obstrüksiyon bulgularının olduğu belirlendi.

Çekum tümörleri de dahil, sağ kolonun rezektabl tümörlerinde uygulanan klasik cerrahi tedavi sağ hemikolektomi + ileotransversostomidir (5,12). Çalışmamızda obstrüksiyon yapan çekum

tümörlerinin %63.6'sının evre-III, %31.8'inin evre-IV tümör olduğu, böylece olguların %95.4'ünde tümörlerin ileri evrede iken obstrüksiyona neden oldukları belirlendi. Olgulardan 2(%9.1)'sinde tümör irrezekektabl olarak değerlendirildi ve biopsi alınarak yan yana ileo-transversostomi yapıldı. Kalan 20 (%90.9) olguya sağ hemikolektomi + ileo-transversostomi uygulandı.

Sağ hemikolektomi yapılacak hastalarda barsak temizliği yapmanın anastomoz güvenliğine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (13). Çalışmamızda da hastalara kolon temizliği yapılmamış ve acil ameliyata alınmıştır.

Çekum tümörü nedeniyle sağ hemikolektomi uygulanan hastalarda yara enfeksiyonu oranının %14.8, anastomotik fistül oranının %4-6, operatif mortalite oranının %2.6-10.3 arasında olduğu bildirilmiştir (4,14-16). Çalışmamızda 5 (%22.7) olguda postoperatif morbidite saptandı. Evre-III tümör nedeniyle opere edilen 14 olgudan 3 (%21.4)'ünde ve evre-IV tümör nedeniyle opere edilen 7 olgudan ise 2 (%28.6)'sinde yara enfeksiyonu gelişti. Tüm yara enfeksiyonu oranı %22.8 bulundu. Yara enfeksiyonu gelişen olgulardan 2(%9.1)'sinde ise evantrasyon ortaya çıktı. 2 (%9.1) olguda pulmoner komplikasyon (atalektazi) saptanırken 1 olguda (%4.5) kardio-pulmoner yetmezlik nedeniyle postoperatif 3. günde mortalite gelişti. Hastalarda ileri evre tümörlerin olması ve buna bağlı katabolik fazın ortaya çıkardığı immün yetersizlik, olguların %59.1'unda ilave hastalıklarının bulunması, obstrüksiyona ikincil bozulmuş metabolik durumları ve hastaların acil şartları

gereği yeterince hazırlanamadan operasyona alınmalarının postoperatif morbiditeyi artırdığını düşünmekteyiz. Hastaların hiçbirinde post-operatif dönemde anastomoz kaçağı görülmedi.

Çekum tümörlerinin mekanik obstrüksiyon yapma oranının düşük olmasına karşın, özellikle evre III ve evre IV çekum tümörlerinde obstrüksiyonun da görülebileceği, diğer yandan bu tümörlerin çoğunun rezektabl olduğu ve bu olgularda acil şartlarda bile ileo-transversostominin güvenle yapılabileceği kanısına varıldı. Bu durum son yıllardaki rasyonel antibiyotik kullanımı, yoğun bakım şartlarının yeterli olması ve cerrahi teknikteki gelişmelerle açıklanabilir.

KAYNAKLAR

1. Rovito PF, Verazin G, Prorok JJ. Obstructing carcinoma of the cecum. *J Surg Oncol* 1990; 45: 177-9.
2. Amin MA, Khan MA, Ayub M, Mahmood M, Ashraf M, Choudhry AR. Delay in the diagnosis and prognosis of caecal carcinoma-a study of 20 cases. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2001;13:28-31.
3. Sayek İ. Kolorektal Karsinomlar. In: Sayek İ (Ed). Temel Cerrahi Cilt 1. İkinci baskı. Ankara: Güneş Kitabevi;1996.p:1169-78.
4. Gennaro AR. Carcinoma of the cecum. *Surg Gynecol Obstet* 1977;144:504-6.
5. Broders CW. Carcinoma of the cecum. *Surg Clin North Am* 1986;66:787-91.
6. Shelton AA, Wong W. Colorectal Cancer. In: Cameron JL (Ed). Current Surgical Therapy. Sixth edition, Philadelphia: Mosby;2001.p:217-27.
7. Chang GJ, Shelton A, Schrock TR, Welton ML. Large Intestine. In: Way W, Doherty GM (Eds). Current Surgical Diagnosis and Treatment. 11 th edition. USA. McGraw-Hill Companies;2003.p: 705-56.
8. Alley PG, McNee RK. Age and sex differences in right colon cancer. *Dis Colon Rectum* 1986;29: 227-9.
9. Fabri PJ, Carey LC. Cecal carcinoma presenting as acute appendicitis: a reappraisal. *J Clin Gastroenterol* 1980;2:173-4.
10. Erbil Y, Eminoglu L, Calis A, Berber E. Ileocolic invagination in adult due to caecal carcinoma. *Acta Chir Belg* 1997;97:190-1.
11. Armstrong CP, Ahsan Z, Hinchley G, Brodribb AJ. Carcinoma of the caecum. *J R Coll Surg Edinb* 1990;35:88-92.
12. Rubbini M, Fabbri N, Adani G, Rosa D, Morri A. Cancer of the right colon: biological features and extent of the surgical resection. *Chir Ital* 2001;53: 461-5.
13. Jansen JO, O'Kelly TJ, Krukowski ZH, Keenan RA. Right hemicolectomy: mechanical bowel preparation is not required. *R Coll Surg Edinb* 2002; 47:557-60.
14. Khavina EM, Osmolovskii SV, Gorokh OV, Meller ES, Komarov DV. Surgical treatment in cancer of the right half of the colon complicated by occlusive ileus. *Vestn Khir Im IIGrek* 2000;159:37-9.
15. Cusumano F, Del Bo R, Delledonne V, Orefice S, Santoro G, Sylvestre Begnis G, et al. Complications in surgery of the right colon. *Ital J Surg Sci* 1988; 18:41-4.
16. Lee YM, Law WL, Chu KW, Poon RT. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions. *J Am Coll Surg* 2001;192:719-25.

Yazışma adresi:

Op. Dr. Haluk Recai ÜNALP
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4. Genel Cerrahi Kliniği, Yeşilyurt / İZMİR
e-mail: drhru@hotmail.com
