

Aşağı yerleşimli rektum tümörlerinde intersfinkterik rektum rezeksiyonu: Beş olgunun sunumu

Intersphincteric rectum resection for low rectal tumors: Report of five cases

Cemil Çalışkan*, Mustafa Korkut*

Amaç: Intersfinkterik rezeksiyon aşağı yerleşimli rektal kanserlerde abdominoperineal rezeksiyona alternatif olabilecek bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmanın amacı intersfinkterik rezeksiyon hakkında kısıtlı deneyimin gözden geçirilmesidir.

Hastalar ve Yöntem: Aralık 2006- Mart 2009 tarihleri arasında aşağı yerleşimli rektum tümörü sebebiyle müdahale edilen beş olgunun verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Beş hastanın üçü kadındı. Ortalama yaş 61.2 (45-72) olarak saptandı. Tüm hastalar intersfinkterik rezeksiyon, koloanal anastomoz ve sapırtıcı stoma ameliyatı ile tedavi edildiler. Kolostomi üç olguda kapatıldı. Geçici fekal inkontinans dışında morbidite ve mortalite saptanmadı. İnkontinans skorları ve günlük dışkılama sayısı ile değerlendirilen dışkılama fonksiyonu girişimden üç ay sonra kabul edilebilir oranlardadır.

Sonuç: Kesin belirlenmiş kurallar çerçevesinde intersfinkterik rezeksiyon aşağı rektum kanserlerinde sfinkter koruyucu cerrahi yapabilmek için nitelikli bir seçim olabilir.

Anahtar Kelimeler: Rektum adenokarsinomu, abdominoperineal rezeksiyon, sfinkter koruyucu cerrahi, intersfinkterik rezeksiyon

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi AD, Proktoloji BD,
İzmir, Türkiye

Dr. Cemil Çalışkan
E-posta: cemil.caliskan@ege.edu.tr

Makale Geliş Tarihi: 27.06.2009
Makale Kabul Tarihi: 06.07.2010

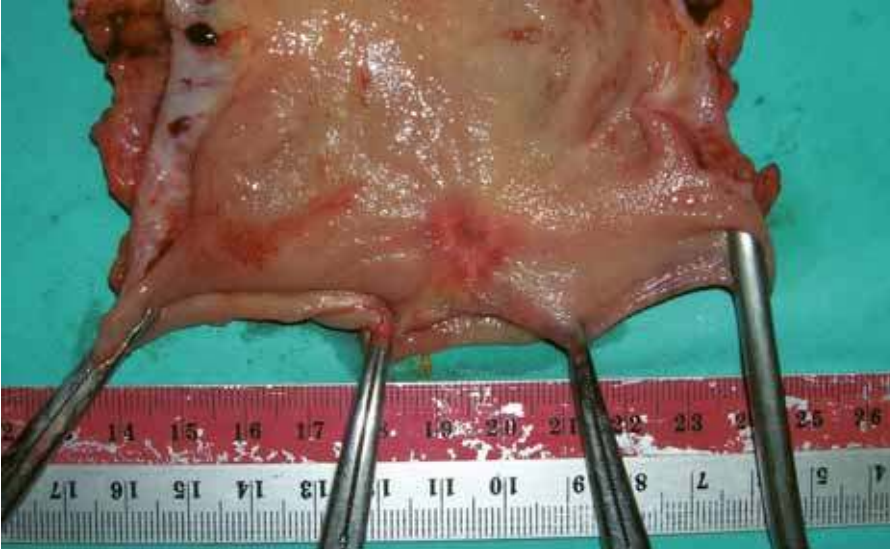
GİRİŞ

Günümüzde her ne kadar cerrahi olmayan onkolojik tedavilerdeki gelişmeler başdöndürücü bir hızla gelişmekte, radyoterapi cihazları geliştirilmekte ve oldukça başarılı kemoterapötikler kullanıma girmekte olsa da onkolojik tedavide sağlam cerrahi sınırlarla tümöral dokunun rezeksiyonu hala temel amaçtır (1). Özellikle anal girimden itibaren 7 cm ve aşağısında olan rektum tümörlerinin tedavisinde de anal fonksiyonların korunması ve kalıcı stomadan kaçınma çabası nedeniyle anastomoz için gerekli stapler cihazlarındaki gelişmelerle birlikte giderek daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir (2). Ameliyat sonrasında lokal rekürrens önlenmesi için tümör alt sınırından 2 cm aşağıya inilerek total mezorektal eksizyon ile birlikte yapılacak gerilimsiz bir anastomoz aşağı rektum tümörlerinin tedavisinin onkolojik prensipleri açısından esastır (3). Bununla birlikte abdominal yoldan bu bölgeye ulaşmak her zaman kolay olmamaktadır. Bu sebeple Schiessel ve ark. (4) 1994 yılında yayınladıkları makale ile intersfinkterik rektum rezeksiyonu ve kolo-

anal anastomozu (IRKA) aşağı yerleşimli rektum tümörlerinin tedavisi için önermişlerdir. Bu yazıda önerilen bu cerrahi metodu uyguladığımız beş olgunun karakteristikleri ve erken tedavi sonuçları tartışılmaktadır.

OLGULAR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD'nda Aralık 2006 - Mart 2009 arasında aşağı yerleşimli rektum tümörü sebebiyle müdahale ettiğimiz beş olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Ameliyatın olası sonuçları, abdominoperineal rezeksiyon olasılığı hakkında hastalar ameliyattan önce bilgilendirilerek gönüllü onam formları alındı. Tüm olgular preoperatif dönemde karın US (ultrasonografi) ve BT'si (bilgisayarlı tomografisi) ile ayrıca TRUS (transrektal ultrasonografi) ile de değerlendirilerek mezorektum içerisindeki şüpheli potansiyel metastatik lenf nodları saptandı. Üç, dört ve beş numaralı olgular ayrıca pelvik MRG (manyetik rezonans görüntüleme) ile de değerlendirildi. Sfinkter fonksiyonları rektal muayene ile kontrol edildi. Tümör boyutla-



Şekil 1. Olgularımızdan 3 numaralı olguya ait spesmenin görünümü. Regresyona uğramış malign ülser kraterini göstermektedir. Spesimde tümör saptanmamış, ancak bir lenf nodülünde tümör saptanmıştır.

rı sebebi ile olguların tümü lokal eksizyon kriterleri dışında idiler. Bir ve iki numaralı olgular hariç, kalan hastalara preoperatif dönemde neoadjuvan radyokemoterapi (RKT) uygulandı. Bir ve beş no'lu olgulara uygulanacak girişimin nihai kararı ameliyat sırasında; 2, 3 ve 4 numaralı olgularda ameliyat öncesinde preoperatif olarak verildi. Tüm olgulara rijit rektoskopi ile jack-knife pozisyonunda rektoskopi yapılarak tümörün uzaklığı değerlendirildi ve biopsi uygulandı. Tüm

mörün histopatolojik olarak doğrulanmasından sonra neoadjuvan RKT'ye yönlendirilen 3, 4 ve 5 numaralı olgular radyoterapi tarihinin bitiminden sonraki 6 hafta içinde ameliyata alındı. Ameliyatlarda barsak hazırlığı sonrasında standart Lloyd-Davis pozisyonunda gerçekleştirildi. Mezorektumun pelvik tabana kadar standart diseksiyonundan sonra çengel ya da ekartör (Lone Star Retractor®, Lone Star Medical Products Inc., Houston, TX, USA) kullanılarak perineal aş-

maya geçildi. Bu sırada karın tarafında transekte edilen kolon ansının içinden bir litre antiseptik solüsyonla (Savlex®, %0,5 lik solüsyon, Drogasan, Ankara) rektum güdüğünün içi anüsten boşaltılarak yıkandı. %0.1'lik adrenalın içeren serum fizyolojik solüsyonunun dentat çizgi hizasından intersfinkterik mesafeye enjeksiyonundan sonra dairesel anoderm insizyonu yapılarak internal kas ve intersfinkterik plan ortaya konuldu. Karın tarafından çalışan cerrah ile beraber abdominoperineal rezeksiyona benzer şekilde ilerlenerek internal anal sfinkterin tamamını içeren spesmen anüs tarafından çıkarıldı. Çıkarılan parçanın distal 1 cm'lik kısmı ile tümör yatağının radyal sınırı frozen çalışması için patolojiye gönderildi (Şekil 1). Anal sfinkter kompleksinin internal anal sfinkterinin tamamını içerecek şekilde intersfinkterik rektum rezeksiyonu sonrasında koloanal anastomoz ve transvers kolondan sapırtıcı stoma uygulandı. Tüm olgulara postoperatif dönemde üçüncü kuşak sefalosporin (Ilecef® 500 mg, 3x1, IE Ulagay, İstanbul) ve antianaerobik antibiotik (Biteral® 500 mg, 2x1, Roche, İstanbul) üç gün süresince verildi. Tüm olgulara anastomoz hattının arkasında kalacak şekilde bir nelaton ve bir Jackson-Pratt dren konularak ameliyattan sonraki beş gün boyunca aralıklı olarak bir litre serum fizyolojik ile yıkama uygulandı. Olgular ameliyatın yedinci gününde taburcu edildi. Tümörler Astler-Coller sınıflamasına göre sınıflandı. Üç numaralı olgunun preoperatif evrelendirmesinde 4 cm büyüklüğünde tümörü histopatolojik olarak kanıtlanmış olmasına rağmen rezeksiyon materyalinde neoadjuvan radyokemoterapi nedeniyle tam yanıt alındığından dolayı tümör saptanmadı, ancak lenf nodülü metastazı saptandı. Dört ve beş numaralı olgularda ise tümör kraterinde klinik muayene ile yaklaşık yarı yarıya küçülme (kısmi klinik yanıt) alınmış olmasına rağmen, parçanın histopatolojik incelemesinde tümör dokusu sebat etmekteydi. Bir numaralı olguda gelişen pulmoner emboli sebebiyle adjuvan herhangi bir tedavi uygulanmazken iki numaralı olguya kemoterapinin olası komplikasyonlarını reddetmesi nedeniyle sadece radyoterapi uygulandı. Neoadjuvan RKT uygulanan 3, 4 ve 5 numaralı olgularda ise üç numaralı olguda neoadjuvan RKT'ye rağmen lenf nodu metastazı saptanması sebebiyle, 4 ve 5 no'lu olgularda ise tümör boyutu ve preoperatif dönemde saptanan, ancak parçada benign olarak değer-



Şekil 2. Aynı olgunun anastomoz sırasında perine tarafından görünümü.

Tablo 1. Aşağı yerleşimli rektum tümörü nedeni ile intersfinkterik rektum rezeksiyonu ve koloanal anastomoz (IRKA) uyguladığımız beş hastanın verileri.

| | 1.Olgu | 2.Olgu | 3.Olgu | 4.Olgu | 5.Olgu |
|-------------------|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|---------|
| Cins/Yaş | K/72 | K/68 | E/67 | K/45 | E/54 |
| Neoadjuvan RKT | - | - | + | + | + |
| Histoloji | O.D.D.A | O.D.D.A | O.D.D.A | O.D.D.A | O.D.D.A |
| LNM | 1/23 | 0/14 | 1/13 | 0/16 | 0/24 |
| Astler-Coller | C1 | B1 | C1 | B1 | B1 |
| Morbidite | P. Emboli | - | - | - | - |
| Tm. Boyutu (cm) | 4 | 5 | 4 | 5,5 | 4,5 |
| Tm. Uzaklığı (cm) | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 |
| Rekürrens | - | - | - | - | - |
| Takip (ay) | 17 | 7 | 10 | 9 | 2 |
| Kolostomi/ay | + | 3. ayda kapatıldı | 3. ayda kapatıldı | 4. ayda kapatıldı | + |
| CCIS (3.ay) | - | 3 | 1 | 2 | - |
| Adjuvan RT | - | + | - | - | - |
| Adjuvan KT | - | - | + | + | + |

RKT: Radyokemoterapi, O.D.D.A: Orta Derecede Diferansiye Adenokarsinom, LNM:Lenf Nodu Metastazi, CCIS: Cleveland Klinik İnkontinans Skoru, RT: Radyoterapi, KT:Kemoterapi, -:Yok, +:Var

lendirilen lenf nodüllerinin olası RKT ye bağlı tam regresyon durumunda olabilecekleri düşüncesiyle barındırdıkları metastaz potansiyeli nedeniyle adjuvan kemoterapi uygulandı. Hiçbir olguda klinik anastomoz kaçağı gelişmedi. Postoperatif dönemde inkontinans ile ilgili şikayetlerin objektif kriterlere dayandırılabilmesi için Cleveland Clinic İnkontinence Score, Klinik İnkontinans Skoru, (CCIS) kullanıldı (2,5). Bir olguda postoperatif ikinci ayda gelişen pulmoner emboli sebebiyle kolostominin kapatılması mümkün olmadı. Kolostomi kapatılmadan önce olgulara radyoopak madde ile kolon grafisi uygulanarak kaçak açısından incelendi. Kolostomisi kapatılan üç olgunun ikisinde postoperatif erken dönemde geçici ve minimal inkontinans gelişti. Kolostomi kapatılmasından üç ay sonraki CCIS skorları Tablo 1’de özetlenmiştir. Kolostomi kapatılmasından sonra ortalama defekasyon sıklığı 3,16±0.57 kez/gün’dir. Bir olgu henüz kolostomilidir. Olgular postoperatif dönemde ilk yıl üç ayda bir, ikinci yıl içinde olanlar altı ayda bir rutin takip protokolü ile girişimin onkolojik ve fonksiyonel sonuçları açısından takip edilmekte olup, halen hiçbirinde rekürrens mevcut değildir. Hiçbir olgumuzda anastomoz bölgesinde striktür saptanmadı. Olguların demografik verileri ve tümör karakteristikleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

İntersfinkterik rektum rezeksiyonu ile koloanal anastomoz aşağı yerleşimli rek-

tum tümörleri için son yıllarda önerilen sfinkter koruyucu, yaşam kalitesini artırıcı bir girişimdir (1,5). Hastayı kalıcı stomadan koruması ve tümörün nüksmesi durumunda nüksün kolaylıkla saptanarak tekrar uygulanabilecek bir abdominal perineal rezeksiyon ile onkolojik açıdan başarı elde edilebilmesi olasılığı yöntemi çekici kılmaktadır (6). Ancak son 15 yılda popülerize olan bu yöntem bazı sınırları ve tartışılabilir konuları da içermektedir. Preoperatif dönemde yapılan biopside kötü diferansiasyon ya da müsinoz komponentin baskın olduğu tümörler için uygun bir yöntem olup olmadığı tartışmalıdır (7). Olgularımızın tamamında preoperatif dönemde biopsi uygulanarak kötü diferansiasyon ve müsinoz komponent ağırlığı ihtimalleri elenmiştir. İnternal anal sfinkterin kısmi ya da tamamen eksizyonu sebebiyle gece kirlenmesi ve postoperatif erken dönemde mukus, gaz ve sıvı feçes ile kirlenme belirgin şekilde fazladır (7,8). Ancak kısıtlı sayıda olgularımızda sfinkter fonksiyonlarının korunabilmiş olması sebebiyle geçici stoma da dahil olmak üzere bu tür kirlenme sorunlarının kolaylıkla tolere edilebildiğini gözlemledik. Dışkılama sayısı kolostomi kapatıldıktan sonraki erken dönemde fazladır ve dışkılamanın algılanmasındaki kusurlar erken postoperatif dönemde daha belirgindir (8). Ancak birinci yılın sonunda dışkılama sıklığı ve algılanması koloanal anastomozla benzerdir. Kontinens ile ilgili değerlendirmemiz kolostomi kapatılmasından sonra üçüncü ayda yapılmış olmasına rağmen konti-

nans sorunlarımızın kabul edilebilir düzeyde olması yöntemin uygulanmasına devam etmek için bizi cesaretlendirmektedir. CCIS skoru bu gruplar arasında ilk yılın sonunda belirgin farklılık göstermemektedir. Yöntemin uygulanması sırasında mutlaka doğru ve kesin bir preoperatif evreleme ile sfinkter tutulumunun olmadığı gösterilmelidir (9). Bu açıdan transrektal ultrasonografi ve/veya endocoil MRG ya da MRG uyumlu kontrast madde eşliğinde pelvik MRG ile mutlaka sfinkter kompleksinin salim olduğu ve temiz sınırla bir mezorektal eksizyon yapılabileceği gösterilebilmelidir (10). Pratik uygulamada karşılaşılan zorluklardan ise en belirgin olanlar obeseite ve dar pelvisli erkek hastalardır. Nitekim 3 ve 5 numaralı hastalarımızın erkek olmasından kaynaklanan manüplasyon güçlükleri, kadın hastalarımızın ameliyatlarında kadın pelvisinin imkan verdiği genişlik ve hareket kolaylığı ile kıyaslandığında hasta cinsiyetinin en baştan uygun tedavi ve girişim şeklinin seçiminde rol oynayabilecek bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. **Neoadjuvan radyokemoterapi** tedavisi ile tümör boyutunda sağlanan küçülme özellikle bu hastalarda yöntemin uygulanmasını kolaylaştırarak anal sfinkter kompleksinin korunarak güvenli cerrahi sınırlar ile rezeksiyona katkıda bulunabilmektedir (7). Özellikle son yıllarda hergün daha potent özellikler kazandırılarak piyasaya sürülen pirimidin analogları ve timidilat sentetaz inhibitörleri gibi yeni nesil kemoterapötik ajanlar sebebiyle üç numaralı olgumuzda olduğu gibi alınabilecek tam histopatolojik ve klinik regresyon yanıtının rektum kanserinin tedavisinde cerrahiye ek tedavilerin ağırlığını artıracığını ve tedavi algoritmalarını biraz daha karmaşık hale getireceğini düşünmekteyiz (11). Koloanal anastomozun düz, J poş ya da koloplasti ile birlikte uygulanmasının çeşitli yarar ve sorunlarından bahsedilse de bu anastomoz şekillerinin birbirine üstünlüğü bugüne kadar net olarak gösterilememiştir (12). Bu nedenlerden ötürü biz de anastomoz sırasında girişimin süresini uzatan, yararı net olarak gösterilememiş ancak depolama kabiliyetini teorik olarak artıran bu tür anastomoz biçimlerini şimdilik hastalarımızda tercih etmedik. Gece kirlenmeleri, erken postoperatif dönemde yaşanan inkontinans ve defekasyon aciliyeti sorunlarına karşın IRKA uygulanan hastalar anal fonksiyonun korunabilmiş olmasından dolayı girişimden genellikle memnundurlar (2,13). Sonuç olarak, bugün için hem onkolojik hem de

fonksiyonel sonuçları açısından IRKA, eksternal anal sfinkter ve levator ani kası tutulumu olmayan, lokal eksizyonun mezorektumda yerleşmiş potansiyel metastatik lenf nodüllerinin preoperatif dönemde belirlenmiş olması ya da tümörün

boyutu sebebiyle uygun olmadığı aşağı yerleşimli rektum tümörlerinin tedavisi için kabul edilebilir, yaşam kalitesini artırıcı ve seçkin bir tedavi yöntemi olarak göze çarpmaktadır. Bununla birlikte bu bölgede yerleşen tümörlerin tedavisi için

birinci amacın gerekirse abdominoperineal rezeksiyonla da olsa tümörün onkolojik kurallardan ödün verilmeden çıkarılması olduğu unutulmamalıdır. Kalıcı da olsa stomadan kaçınma tedavide her zaman ikinci amaç olarak kalmalıdır.

SUMMARY

Intersphincteric rectum resection for low rectal tumors: Report of five cases

Purpose: Intersphincteric resection is an alternative treatment method to abdominoperineal resection for low rectal cancer. The aim of this study is to review our limited experience about intersphincteric resection.

Material and Methods: The medical records of five patients treated for low rectal tumors by intersphincteric resection and coloanal anastomosis in our clinic between December 2006 and March 2009 were retrospectively reviewed.

Three of the five patients were female. The mean age of the patients

was 61.2 years (45-72). All patients were treated with intersphincteric resection, coloanal anastomosis and diverting colostomy. Colostomy closure was performed in three patients. There were no mortalities or morbidities except temporary faecal incontinence. Defecatory function, which was evaluated by the number of bowel movements in a day and continence scores were at an acceptable ratio after three months from the operation.

Conclusion: With strictly marked rules, intersphincteric resection may be an eligible choice for sphincter-preserving surgery in low rectal cancer.

Key Words: Rectum adenocarcinoma, abdominoperineal resection, sphincter preserving surgery, intersphincteric resection

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Cemil Çalışkan, Mustafa Korkut

Verilerin elde edilmesi:
Cemil Çalışkan

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Cemil Çalışkan, Mustafa Korkut

Yazının kaleme alınması:
Cemil Çalışkan, Mustafa Korkut

İstatistiksel değerlendirme:

KAYNAKLAR

1. Schiessel R, Novi G, Holzer B, Rosen HR, Renner K, Hölbling N et al. Technique and long-term results of intersphincteric resection for low rectal cancer, Dis Colon Rectum 2005;48:1858-1867.
2. Renner, K, Rosen, HR, Novi, G, Hölbling, N, Schiessel, R. Quality of life after surgery for rectal cancer: do we still need a permanent colostomy. Dis Colon Rectum 1999;42:1160-1167.
3. MacFarlane JK, Ryall RD, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer Lancet 1993;341: 457-460.
4. Schiessel R, Karner HJ, Herbst F et al. Intersphincteric resection for low rectal tumors. Br J Surg 1994;81:1376-1378.
5. Bretagnol F, Rullier E, Laurent C, et al. Comparison of functional results and quality of life between intersphincteric resection and conventional coloanal anastomosis for low rectal cancer. Dis Colon Rectum 2004;47:832-838.
6. Gamagami R, Istvan G, Cabarro P, et al. Fecal continence following partial resection of the anal canal in distal rectal cancer: long-term results after coloanal anastomoses. Surgery 2000;127:291-295.
7. Bittorf B, Stadelmaier U, Gohl J, et al. Functional outcome after intersphincteric resection of the rectum with coloanal anastomosis in low rectal cancer. Eur J Surg Oncol. 2004;30:260-265.
8. Rullier E, Zerbib F, Laurent C, et al. Intersphincteric resection with excision of internal anal sphincter for conservative treatment of very low rectal cancer. Dis Colon Rectum. 1999;42:1168-1175.
9. Holzer B, Urban M, Hölbling N et al. Magnetic resonance imaging predicts sphincter invasion of low rectal cancer and influences selection of operation. Surgery 2003;133: 656-661.
10. Blomqvist L, Rubio C, Holm T, Machado M, Hindmarsh T. Rectal adenocarcinoma: assessment of tumour involvement of the lateral resection margin by MRI of resected specimen Br J Radiol 1993;72:18-23.
11. Cassidy J, Taberner J, Twelves C, Brunet R, Butts C, Conroy T et al. XELOX (Capecitabine plus Oxaliplatin): Active first-line therapy for patients with metastatic colorectal cancer, Journal of Clinical Oncology 22;2004:2084-2091.
12. Fürst A, Stuttner S, Agha A, Beham A, Jauch K. Colonic J-pouch vs. coloplasty following resection of distal rectal cancer Dis Colon Rectum 2003;46;1161-1166.
13. Bittorf B, Stadelmaier U, Göhl J, Hohenberger W, Matzel KE. Functional outcome after intersphincteric resection of the rectum with coloanal anastomosis in low rectal cancer Eur J Surg Onc 2004;30: 260-265.