

Bir Olgu Nedeniyle Kolonda Senkron Tümör Tanısında Güçlükler

**Dr. Türker ERTÜRK (1), Dr. Arslan KAYGUSUZ (2), Dr. Turgay DAĞTEKİN (1),
Dr. Oğuzhan DİNÇEL (1), Dr. Erdem KINACI (1), Dr. Yahya Kemal ÇALIŞKAN (1)**

ÖZET

Kolorektal kanser vakalarında kolonda birden fazla neoplazm da olabilir. Bunlar senkron veya metakron olabilirler. Bir veya birden fazla odakta aynı anda görülen tümörler senkron tümörlerdir. Farklı zamanlarda birbirinden bağımsız pirem odak olarak saptanan tümörler, metakron tümörler olarak adlandırılır. Senkron tümörler ve primer tümörler genelde kolonun iki farklı segmentinde yer alırlar. Gerek soliter gerekse senkron tümörlerin görüldüğü en sık histolojik tipi adeno karsinomlardır. Preoperatif tanıda her kolon tümörü düşünülen olguda kolonoskopi yapılması senkron tümör saptanması açısından önemlidir. Kolonoskopinin yapılamadığı olgularda kontrastlı radyografilere yapılmamış senkron tümörleri saptamak güçtür ve gözden kaçabilir. Bu olguda; kolonoskopi ve batın tomografisinde sadece rektosigmoid bölgede tümör tespit edilen bir hastanın, ameliyat sırasında tesadüfen çekumda ikinci bir tümör görülmesi üzerine subtotal kolektomi yapıldı. Piyeslerin her ikisinin de histopatolojik incelemeleri sonucu iyi diferansiye adeno karsinom olarak tespit edildi. Kolon kanseri ameliyatlarında, senkronize tümörlerin kolonun iki farklı segmentinde daha sık görüldüğünü hatırlayarak, özellikle kolon kanseri saptanan genç hastalarda, tüm kolonu tarayacak şekilde iyi bir karın içi eksplorasyon yapılması önemlidir. Senkron tümör açısından en güvenli yöntem preoperatif kolonoskopi olarak gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolon kanseri, Senkron tümör.

SUMMARY

Difficulties of Diagnosis for Synchronous Tumor in Colon: A Case Report

In colorectal carcinomas, there may be one or more neoplasms in colon. That may be synchronous or metachronous. Tumors that occur at one or more focus at the same time are called synchronous. But, if they are diagnosed in different time, called metachronous. Both synchronous and metachronous tumors are usually observed at different side of colon and, almost always adenocarcinomas histologically. It's important that preoperative colonoscopy is necessary to detect synchronous tumor for all cases with colon carcinoma. If colonoscopy could not be performed, radiographic examinations must be used. Especially, synchronous tumor that's small and not infiltrate the serosa of colon is difficult to diagnose and may be out sight. In these case; a patient have only a rectosigmoid colon carcinoma that indicated by colonoscopy and computerized tomography was operated in which another tumor in caecum was observed and subtotal colectomy was performed. Both of biopsy materials shown adenocarcinoma histopathologically. In operation for carcinoma of colon, synchronous tumor may be kept in mind and it must be remembered that it may occur at different localization of colon. Abdominal explorations is important for especially young colon carcinoma sufferers. Finally, preoperative colonoscopy seems to be important examination for synchronous tumor.

Key Words: Colon carcinoma, Synchronous tumor.

GİRİŞ

Kolon kanserinin görülme oranı gittikçe artmaktadır. Görülme sıklığı; erkeklerde bronş ve prostat kanserinden sonra üçüncü sırayı, bayanlarda meme kanserinden sonra ikinci sırayı almaktadır. Hastaların %94'ü 40 yaşın üzerindedir. Bir insanın yaşam boyunca kolorektal kansere yakalanma olasılığı %5'dir (1). En çok görülme yaşı 65-75 arasındır. Kolon tümörlerinin %25'i çekum ve çıkan kolon, %5'i hepatic fleksura, %10'u transvers ko-

lon, %5'i splenik fleksura, %5'i inen kolon, %50'si sigmoid kolon ve rektumdadır (2).

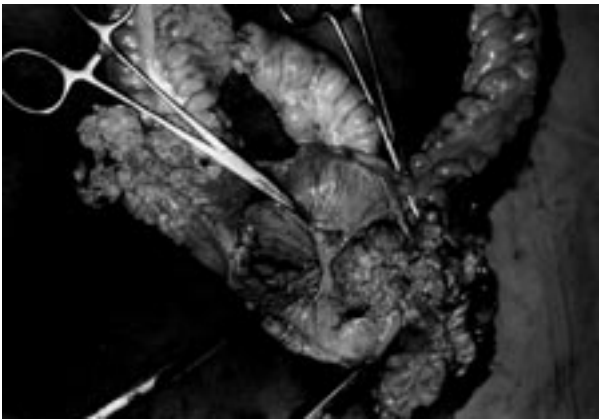
Kolon kanseri metastazları lümen içi, lenfojen veya hematojen yolla yayılabilirler. Kolonda birden fazla neoplazm da olabilir. Bunlar senkron veya metakron, kolonik veya ekstrakolonik olabilirler (3). Bir veya birden fazla odakta aynı anda görülen tümörler senkron tümörlerdir. Farklı zamanlarda birbirinden bağımsız primer odak olarak saptanan tümörler, metakron tümörler olarak adlandırılır (4,5,6). Metakron tümör sıklığı %2-3'dür (2).

Properatif kolonoskopi, baryumlu radyografik tetkikler ve bilgisayarlı tomografi, senkron tümör tanısında kullanılabilir (2,7,8,9). Bu çalışmada preoperatif dönemde tanısını bilmediğimiz bir senkron kolon tümör olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

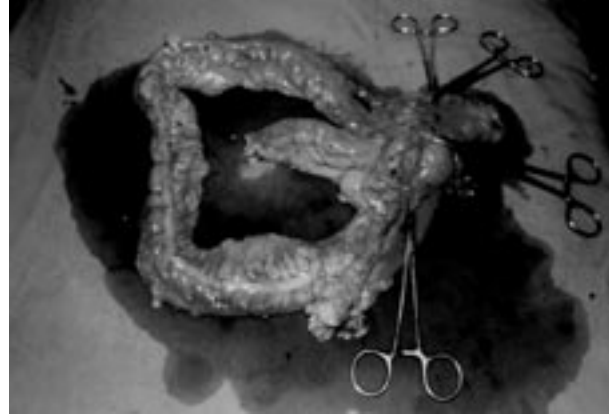
28 yaşında bayan hasta; kabızlık veishal atakları, halsizlik, iştahsızlık, zaman zaman rektal kanama, karın ağrıları, son 3 ayda kilo kaybı ve dışkılama alışkanlığında değişme yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hasta anemikti (hematokrit %28). Kolonoskopisinde; anal kanaldan 18 cm uzakta rektosigmoid bölgede, endoskopun geçisine izin vermeyecek şekilde lümeni tıklayan vejetan kitle gözlemlendi. Alınan endoskopik biopsinin patoloji sonucu karsinomatoz dejenerasyon gösteren tübülo-villöz adenomdu. Tüm batın bilgisayarlı tomografisinde sigmoid kolonda duvar kalınlaşması dışında başka bir patolojik görünüm izlenmedi.

Properatif hazırlıkları yapılan hasta ameliyata alındı. Genel anestezi altında göbek altı ve göbek üstü median insizyonla periton boşluğuna girildi. Eksplorasyonda rektosigmoid bölgede 10 cm çaplı, lümeni tama yakın tıkayan kitle gözlemlendi.



Resim1: Ancak eksplorasyonun devamında çekumda başka bir kitle daha tespit edildi.

Karın içinde başka patoloji saptanmadı.



Resim2: Hastaya subtotal kolektomi uygulanarak uç-uca anastomoz yapıldı.

Postoperatif dönemde herhangi bir sorun yaşanmayan hasta ameliyattan 10 gün sonra taburcu edildi. Piyeslerin her ikisinde histopatolojik incelemeleri sonucu aynıydı; villöz adenom zemininden gelişmiş iyi diferansiye adeno karsinom.

TARTIŞMA

Literatürde ilk senkron kolon tümörü bundan yüzyıl kadar önce Czermy ve ark. tarafından sunulmuştur (2). Senkron kolon kanseri prevalansı %2-%9 arasında değişir. Bu oranlarda ki değişiklikler; hasta popülasyonundaki farklılık, çalışılan zaman periyodundaki farklılık ve tanı kriterlerindeki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Senkron tümörlerin yaklaşık yarısı rezeksiyon sınırı dışında kalmakta ve rezeksiyon sınırları genişletilmek zorunda kalmaktadır (2). Senkron tümörlerin %0,9'u apendikte, %20,4'ü çekumda, %13'ü çıkan kolonda, %5,6'sı hepatic fleksuarda, %13,6'sı transvers kolonda, %3,8'i splenik fleksurada, %5,3'ü inen kolonda, %24,8'i sigmoid kolonda %6'sı rektosigmoid bölgede, %5,3'ü rektumda gözlenir (10). Senkron kolon tümürlü olgular genelde daha gençtir ve bu tümörler sağ kolonda daha sık görülürler (11-13). Bu görüşün tam tersini savunan araştırmalarda yapılmıştır (14). Senkron tümörler ve primer tümörler genelde kolonun iki farklı segmentinde yer alırlar. Gerek soliter gerekse senkron tümörlerin görüldüğü en sık histolojik tipi adeno karsinomlardır (10). Metakron tümörlerin senkron tümörlere oranla daha iyi prognoza sahip olduğunu belirten çalışmalar olmakla beraber (15), 5 yıllık survinin senkron tümörlerde daha iyi olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur (3,16,17). Preoperatif tanıda her kolon tümörü düşünülen olguda kolonoskopi yapılması senkron tümör

saptanması açısından önemlidir (7,18). Kolonoskopinin yapılamadığı veya yetersiz kaldığı düşünülen olgularda oral ve rektal verilen radyoopak maddeler ile çekilen kontrastlı radyografiler yapılmalıdır (1,9). Özellikle küçük ve kolon serozasını aşmamış senkron tümörleri saptamak güçtür ve gözden kaçabilir (8,19,20). Bazı çalışmalarda senkron tümörlerin sadece %50'sinin intraoperatif saptanabildiğini göstermiştir (20). Senkron tümör olgularında ve metakron tümörlerin önlenmesi amacıyla subtotal kolektomi hatta total kolektomi önerilen ameliyatlardır (20-24). Eğer cerrah tarafından primer tümöre segmenter rezeksiyon uygun görülürse ise post-operatif 1. aydan itibaren sık aralıklar ile kolonoskopik takip önerilmektedir (18-20,25,26).

Olgumuzda 28 yaşında bir genç hastada eksplorasyon sonucu saptadığımız sigmoid kolondaki ve senkron tümör olduğu düşünülen sağ kolona infiltre olan çekumdaki tümöral kitle, adeno karsinoma histolojik tipinde bulunmuştur. Hastanın uygun tetkiklerle postoperatif takibi devam etmektedir. Bu olguda; senkron tümörs preoperatif saptanamadığı halde serozaya infiltre ve görünür büyüklükte olduğu için ameliyat esnasında gözden kaçmamıştır. Daha küçük ve serozaya infiltre olmayan bir tümör olsaydı rahatlıkla atlanabilirdi. Preoperatif ve intraoperatif senkron tümörlerin gözden kaçabileceği gerçeği ve metakron tümör oluşma riski, kolon tümörlerinde subtotal ve total kolektomi uygulanması gerektiğine yönelik araştırmaları haklı göstermektedir. Bununla birlikte, senkron ve metakron tümörlerin görülme oranının %2-9 arasında olması, geri kalan büyük bir hasta kitlesinde gereksiz yere rezeksiyon sınırının geniş tutulması anlamına gelir. Bu konudaki tür çelişkileri gidermek için daha fazla bilimsel çalışmaya gereksinim vardır.

Kolon kanseri ameliyatlarında, senkronize kolon tümörlerinin düşük oranda da olsa olabileceğini ve senkronize tümörlerin kolonun iki farklı segmentinde daha sık görüldüğünü hatırlayarak, özellikle kolon kanseri saptanan genç hastalarda, tüm kolonu tarayacak şekilde iyi bir karın içi eksplorasyon yapılması önemlidir. Senkron tümör açısından en güvenli yöntem preoperatif kolonoskopi olarak gözükmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Ira J. Kodner, Robert D. Fry, James W, Fleshman, Elisa H. Birnbaum, Thomas E. Read; Colon, rectum and anus.** In: Seymour I. Schwartz, G. Tom Shires, Frank C. Spencer, John M. Daly, Josef E. Fisher, Aubrey C. Galloway, editors. Principles of surgery; Newyork: Mcgraw-Hill international edition. 1346-1352.
2. **Mustafa Keçer. kolon kanserleri.** In: Göksel Kalaycı. Genel cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2002: 1343-1359.
3. **Mitchell ME, Johnson JA, Wilton PB.** Five primary synchronous and metachronous colorectal carcinoma. Br J Surg 1984;23:284-8.
4. **Cunliffe WJ, Hasleton PS, Tweedle DE, Schofield PF.** Incidence of synchronous and metachronous colorectal carcinoma. Br J Surg 1984;71:941-3.
5. **Oncel M, Kurt N, Altuntas YE ve ark. A Patient with metachronous gastric, colonic and thyroid cancers: a case report.** Int Surg 2003; 88:1-5.
6. **Lioka Y, Tsuchida A, Okubo K at all. Metachronous triple cancers of the sigmoid colon, stomach, and esophagus: report of a case.** Surg Today 2000; 30:368-71.
7. **Leon-Rodriguez E, Hernandez MC.** Cancer of the colon in the National Institute of Nutrition. II. Synchronous and metachronous tumors. Rev Invest Clin 1996;48:275-9.
8. **Takeuchi H, Toda T, Nagasaki S et al.** Synchronous multiple colorectal adenocarcinomas. J Surg Oncol 1997; 64:304-7.
9. **Pricolo R, Salvatori P, Rizzitelli E.** Multiple synchronous colorectal carcinomas. Minevra Chir 1993; 48:115-22.
10. **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.
11. **Evers BM, Mullins RJ, Matthews TH et al.** Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum: an analysis of incidences and current trends. Dis Colon Rectum 1988;31:518-22.
12. **Lasser A. Synchronous primary adenocarcinomas of the colon and rectum.** Dis Colon Rectum 1978;21:20-2.
13. **Cunliffe Wj, Hasleton PS, Tweedle DE, Schofield PF.** Incidence of synchronous and metachronous colorectal carcinoma. Br J Surg 1984;71:941-3.
14. **Chu DZ, Giacco G, Martin RG, Guniee VF.** The significance of synchronous carcinoma and polyps in the colon and rectum. Cancer 1986;57:445-50.
15. **Pan Y, Wang J, Liang H.** 116 multiple primary cancers in the digestive system. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi 2002; 24:191-3.
16. **Raab R, Werner U, Lohlein D. Multiple colorectal cancers: properties and long term prognosis.** Chirurg 1988; 59:69-100.
17. **Wang H, Huang X, Wang Y.** Multi-primary colorectal carcinoma. Zhonghua Wai Ke Za Zhi 1995; 33: 765-7.
18. **Villalba Ferrer F, Bernal Sprekelsen JC, Fus-**

- ter Diana CA at all.** Multiple colon tumors. Diagnosis and follow-up of 450 patients with colorectal carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig* 1997; 89:759-63, 765-9.
- 19. Zhang SB.** Multiple primary colorectal carcinoma-an analysis of 28 cases. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* 1991; 13:152-4.
- 20. Gomes Iglesias S, Cunat albert E, Torregrosa Puerta S et al.** Synchronous multiple carcinomas of the colon and rectum: presentation of 18 cases and review of the literature.*Rev Esp Enferm Apar Dig* 1989; 76:316-20.
- 21. Benfatto G, Catania G, Buffone A at all.** Metachronous carcinoma of the colon: report of a clinical case. *G Chir* 2003; 24:285-8.
- 22. Diaconu C, Dogaru C, Scripcariu V at all.** Synchronous colonic cancers. *Chirurgia* 2002; 97:351-5.
- 23. Demeter JG, Freeark RJ.** The role of prophylactic subtotal colectomy in metachronous carcinoma of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:1-7.
- 24. Bartha I, Bodrogi T, Sapy P.** Multiple primary cancer of the colon and rectum. *Orv Hetil* 1989; 24: 130:2077-80.
- 25. Lasser A.** Synchronous primary adenocarcinomas of the colon and rectum. *Dis colon Rectum* 1978; 21: 20-2.
- 26. Patchett SE, Mulcahy He, O'Donoghue DP.** Colonoscopic surveillance after curative resection for colorectal cancer. *Br J Surg* 1993; 80:1330-2.
-