

## Bölüm 30

# KOLOREKTAL KANSERLERDE PALYATİF KOLONOSKOPİK YAKLAŞIMLAR

Serhat ÖZER<sup>1</sup>  
Zeynep ALTIN<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Kolorektal kanser (KRK), üçüncü en sık kanser türüdür ve kansere bağlı ölümlerde dördüncü sıradadır (1). 1980'lerin sonlarından itibaren KRK'ya bağlı ölüm oranlarında düşüş gözlenmeye başlasa da halen KRK tanısı alan hastaların yaklaşık %18-20'sinde tanı anında uzak metastazlar mevcuttur (2,3) ve bu hastaların da sadece %16-21'i küratif yöntemlerle tedavi edilebilmektedir (4,5).

Hastaların genel sağlık durumları, yaşları ve eşlik eden hastalıkları göz önünde bulundurularak küratif tedavi edilmesi mümkün görünmeyen hastalarda kolonoskopik yaklaşımın gündeme geldiği, başlıca obstrüksiyon ve kanama olmak üzere iki ana komplikasyon söz konusudur.

### OBSTRÜKSİYON

Tedavi edilemeyen KRK'da agresif tedavi gerektiren en sık durum obstrüksiyondur ve metastatik hastalıkta sıklığı %10-26 olarak bildirilmektedir (6-8). Bu komplikasyon, özellikle kolon çapının az olmasından dolayı sıklıkla sol kolonda yerleşimli tümörlerde görülmektedir. İlginç şekilde sadece rektum tümörlerini içeren serilerde, muhtemelen yerleşim yerine bağlı olarak tanısal yöntemlerin başarısı ve klinik muayene ile tespit edilebilmesi nedeniyle obstrüksiyon daha nadir bildirilmektedir (8). Obstrüktif hastalıkta kolonoskopik yaklaşım başlıca stent yerleştirme ve lazer ablasyondan oluşmaktadır (9,10).

### STENT YERLEŞTİRME

1990'ların ortalarından itibaren kendiliğinden genişleyebilen metal stentlerin (self expandable metal stents – SEMS) argon lazer ve plastik stentlere oranla daha başarılı olduğu gösterilmiş ve kolorektal stenozda hastayı acil cerrahiden kurtarmak için bu yöntem öncelikli tercih konumuna gelmiştir (11). Modern stentlerin çevre tümör dokusuna uyguladığı basınç ile kısmi nekroza yol açtığı düşünülmektedir. Stentin dokuya tutunması ve amaçlanan dokudan kaymasının engellenmesi için kolonik stentler sıklıkla su saati şeklinde üretilmektedir. Stentlerin başarılı şekilde yerleştirilme oranları %75-98 olarak bildirilmektedir (12-17) ve başlıca başarısızlık nedeni kılavuz teli tümörün proksimaline geçirememektir.

İşlem sırasındaki komplikasyonlar arasında perforasyon riski %3,9 – 4,5 olarak bildirilmiştir (12,18). Perforasyon çok sık olmasa da en önemli komplikasyon çeşididir çünkü hayatı tehdit eden akut peritonite ilerleyebilir ve mortalite oranı %20 -100 arasındadır (15, 18). Perforasyon sonucunda aynı zamanda tümörün disseminasyonu da mümkündür (14). Bu komplikasyon durumunda tedavi seçeneği cerrahidir. İşlem sırasında görülebilen diğer komplikasyonlar ise stent migrasyonu (%1,8-9) ve kanamadır (%0,5-4) (14,18).

Palyatif stentlerin uzun dönemdeki komplikasyon oranı %40 civarındadır (14,15,17) ve bu komplikasyonlar başlıca kanama (%21) (14), stent migrasyonu (%12,5-22) (14,15), obstrüksiyon

niyle obstrüksiyonu ortadan kaldırmada lazer kadar etkin değildir. Lazer tedavisi ile karşılaştırıldığında APK; uygulanması daha kolay ve ucuz bir yöntem olmakla birlikte taşınabilir özelliği sayesinde ileri evre kolorektal kanserli olgularda tercih edilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127:2893–2917. [PubMed] [Google Scholar]
2. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:10–29. [PubMed] [Google Scholar]
3. Golan T, Urban D, Berger R, et al. Changing prognosis of metastatic colorectal adenocarcinoma: Differential improvement by age and tumor location. *Cancer*. 2013;119:3084–3091. [PubMed] [Google Scholar]
4. Mella J, Biffin A, Radcliffe AG, et al. Population-based audit of colorectal cancer management in two UK health regions. Colorectal Cancer Working Group, Royal College of Surgeons of England Clinical Epidemiology and Audit Unit. *Br J Surg*. 1997;84:1731–1736. [PubMed] [Google Scholar]
5. Park JH, Kim TY, Lee KH, et al. The beneficial effect of palliative resection in metastatic colorectal cancer. *Br J Cancer*. 2013;108:1425–1431. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
6. Rosen SA, Buell JF, Yoshida A, et al. Initial presentation with stage IV colorectal cancer: how aggressive should we be. *Arch Surg*. 2000;135:530–534; discussion 534–535. [PubMed] [Google Scholar]
7. Law WL, Chan WF, Lee YM, et al. Non-curative surgery for colorectal cancer: critical appraisal of outcomes. *Int J Colorectal Dis*. 2004;19:197–202. [PubMed] [Google Scholar]
8. Phang PT, MacFarlane JK, Taylor RH, et al. Effect of emergent presentation on outcome from rectal cancer management. *Am J Surg*. 2003;185:450–454. [PubMed] [Google Scholar]
9. Farouk R, Ratnaval CD, Monson JR, et al. Staged delivery of Nd: YAG laser therapy for palliation of advanced rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*. 1997;40:156–160. [PubMed] [Google Scholar]
10. Courtney ED, Raja A, Leicester RJ. Eight years experience of high-powered endoscopic diode laser therapy for palliation of colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:845–850. [PubMed] [Google Scholar]
11. Rupp KD, Dohmoto M, Meffert R, et al. Cancer of the rectum--palliative endoscopic treatment. *Eur J Surg Oncol*. 1995;21:644–647. [PubMed] [Google Scholar]
12. Watt AM, Faragher IG, Griffin TT, et al. Self-expanding metallic stents for relieving malignant colorectal obstruction: a systematic review. *Ann Surg*. 2007;246:24–30. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
13. Ptok H, Marusch F, Steinert R, et al. Incurable stenosing colorectal carcinoma: endoscopic stent implantation or palliative surgery. *World J Surg*. 2006;30:1481–1487. [PubMed] [Google Scholar]
14. Gianotti L, Tamini N, Nespoli L, et al. A prospective evaluation of short-term and long-term results from colonic stenting for palliation or as a bridge to elective operation versus immediate surgery for large-bowel obstruction. *Surg Endosc*. 2013;27:832–842. [PubMed] [Google Scholar]
15. Fernández-Esparrach G, Bordas JM, Giráldez MD, et al. Severe complications limit long-term clinical success of self-expanding metal stents in patients with obstructive colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:1087–1093. [PubMed] [Google Scholar]
16. Zhao XD, Cai BB, Cao RS, et al. Palliative treatment for incurable malignant colorectal obstructions: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2013;19:5565–5574. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
17. Huhtinen H, Varpe P, Karvonen J, et al. Late complications related to palliative stenting in patients with obstructing colorectal cancer. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2013;22:352–358. [PubMed] [Google Scholar]
18. Meisner S, González-Huix F, Vandervoort JG, et al. Self-expandable metal stents for relieving malignant colorectal obstruction: short-term safety and efficacy within 30 days of stent procedure in 447 patients. *Gastrointest Endosc*. 2011;74:876–884. [PubMed] [Google Scholar]
19. Stipa F, Pigazzi A, Bascone B, et al. Management of obstructive colorectal cancer with endoscopic stenting followed by single-stage surgery: open or laparoscopic resection. *Surg Endosc*. 2008;22:1477–1481. [PubMed] [Google Scholar]
20. Bonfante P, D'Ambra L, Berti S, et al. Managing acute colorectal obstruction by "bridge stenting" to laparoscopic surgery: Our experience. *World J Gastrointest Surg*. 2012;4:289–295. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
21. Karadağ A, Menteş BB, Uner A, et al. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis*. 2003;18:234–238. [PubMed] [Google Scholar]
22. Kimmey MB. Endoscopic methods (other than stents) for palliation of rectal carcinoma. *J Gastrointest Surg*. 2004;8:270–273. [PubMed] [Google Scholar]
23. Rao VS, Al-Mukhtar A, Rayan F, et al. Endoscopic laser ablation of advanced rectal carcinoma--a DGH experience. *Colorectal Dis*. 2005;7:58–60. [PubMed] [Google Scholar]