

## Bölüm 70

# TÜMÖR İLİŞKİLİ ALT GİS KANAMALARINDA CERRAHİ YAKLAŞIMLAR

Mustafa TERCAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kanser ABD’ de ikinci en yaygın ölüm nedenidir. Yaşamları boyunca her üç Amerikalıdan biri kanser hastalığı ile yüz yüze gelecek ve üçte biri bu hastalıktan ölecektir(1). Kanser yönetiminde kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi, gerek tedavi , gerekse palyasyon amacıyla yer alır. Palyatif kanser cerrahisi, vücut fonksiyonlarını tehlikeye sokan ağrı, dispne, bulantı-kusma ve kanama gibi semptomlara yönelik olarak uygulanır(2).

Kanser tedavisinde palyatif yaklaşım denilince akla ilk kemoterapi ve radyoterapi gelir. Palyatif tedavide cerrahinin rolü çok yönlüdür. Cerrahi tedavi, hastalığın değerlendirilmesi, lokal kontrol, akıntı ,kanama kontrolü, ağrı kontrolü ve rehabilitasyon sağlanması amacıyla uygulanır(3). Palyasyon , rezeksiyon, rekonstrüksiyon, fonksiyonel onarımlar, drenaj ve biyopsi gibi prosedürleri içerir. Bu uygulamaların temel amacı yaşam kalitesini artırmak, sekonder amacı ise sağ kalımı artırmaktır(4).

### CERRAHİ PALYASYON

Palyatif cerrahi, kanser merkezlerindeki multidisipliner onkolojik yaklaşımın temelini oluşturur. Cerrahi onkolojik literatür çoğunlukla mortalite ve morbiditenin retrospektif değerlendirmelerini içerir(5). Cerrahi palyasyonun tek bir tanımı yoktur. Bu durum cerrahlar ile araştırmacılar arasındaki anlaşmazlığı artırmaktadır. Palyatif yöntemler tümörle ilgili problemleri hafifletmek amacıyla

uygulanır. Diğer amaç ise olası komplikasyonların önlenmesidir. Palyatif girişimler için güvenlik, etkinlik, hasta konforu, ortalama sağkalım, semptomların giderilmesi gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır(6).

Lokal nüks veya uzak metastaz için birçok endikasyon mevcuttur. Bunlar arasında gastrointestinal sistem tıkanıklıkları, kanamalar, ağrı kontrolü, solunum ve beslenme sıkıntılarının giderilmesi, nörolojik semptomların önlenmesi sayılabilir(7). Palyatif cerrahi kararını sağlık personeli ile aile birlikte vermelidir. Yapılacak cerrahi işlemin amacı, potansiyel sonuçları, olası komplikasyonları ayrıntılı olarak tartışılmalıdır. Burada riski en az, yaşam kalitesini en çok yükselten yöntem seçilmeye çalışılmalıdır(8).

Kanser dokusu frajil olduğundan ötürü kanamaya yatkındır. Çevre dokulara invazyonesnasında yeni oluşan damarlar da kanamaya neden olur. Kanama bariz veya mikroskopik olabilir. Erken evre kolon kanserinde kanama sadece testle sap-tanabilirken, ileri evrelerde belirgin, hatta hayatı tehdit eden abondan miktarlarda olabilir. Sindirim sistemi boyunca lokalize olan kanserlerde dışkıda kan tespit edilebilir(9).

### TÜMÖR KANAMASI PATOGENEZİ

Kanama, ilerlemiş kanser hastalarında sık karşılaşılan bir durumdur. Tüm hastaların yaklaşık %10’unda görülür. Bu kanamalar düşük dereceli sızıntıdan abondan kanamalara kadar değişebi-

Kanser hastalarında trombositopeni hastalığının kendisine veya uygulanan kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilere bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tip hastalarda trombosit süpsansiyonu transfüzyonu önerilmektedir. 1 ünite trombosit süpsansiyonu ile trombosit sayısını ortalama 6-10 bin artırmaktadır. Spesifik pıhtılaşma faktörü eksikliklerinde, oral antikoagulan kullanımına bağlı pıhtılaşma durumunun süratle geri çevrilmesinde ve acil cerrahi girişim öncesinde taze donmuş plazma transfüzyonu önerilmektedir(18,19).

### Cerrahi Yaklaşım

Konservatif yaklaşımın başarısız olduğu hasta grubunda cerrahi yaklaşım uygun olabilir. Damar ligasyonu veya kanayan tümör ve/veya organın rezeksiyonu varolan kanamayı durdurmak için yapılan cerrahi prosedürlerdir. Bu yöntemler uygulanırken kanama miktarı, yaşam beklentisi ve başka tedavi metodunun olup olmaması dikkate alınmalıdır. Gözönünde bulundurulması gereken diğer bir durum anestezi riskidir. Günümüzde laparoskopik yaklaşım daha az morbiditeye neden olmaktadır(20).

Rektal kanser nedeniyle kanama tedavisi için uygulanan cerrahi seçenekler obstrüksiyon için uygulananlara benzerdir. Bununla beraber obstrüktif lezyonların aksine kanamalı lezyonlar nispeten küçük olabilir. Lokal veya transanaleksizyon seçenekleri daha uygun olabilir. Transanaleksizyon, lokal ileri rektal kanser vakalarında küratif bir işlem olmamasına rağmen kanamanın semptomatik olarak iyileşmesinde etkili olabilir. Bu endikasyon için transanal endoskopik mikrocerrahi başarı ile uygulanmıştır (21).

**Anahtar Kelimeler:**Alt GİS kanaması, palyasyon, cerrahi

### KAYNAKÇA

1. Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA .Cancerstatistics 1997. CA Cancer J Clin. 1997;4:75- 7.
2. Stephens RJ, Hopwood P, Girling DJ. Definingandanalyssymptompalliation in cancerclinicaltrials: a deceptivelydifficultexercise. Br J Cancer. 1999 Jan ;79:538- 44.
3. Ball AB, Baum M, BreachNM et al. Surgicalpalliation. DerekDHanksGWC MacDonald N Oxford Textbook of PalliativeMedicine. Oxford, England Oxford Press1998:282- 97.
4. Forbes JF. Palliativesurgery in cancerpatients: principle-sandpotential of palliativesurgery in patientswithadvancedcancer. RecentResultsCancerRes. 1988;108:134- 42.
5. Miner TJ, Jaques DP, Tavaf-Motamen H, ShriverCD. Decisionmaking on surgicalpalliationbased on patientoutcome data. Am J Surg. 1999 Feb;177(2):150-4.
6. Krouse RS, Nelson RA, Farrell BR, Grube B, Juarez G, Wagman LD, Chu DZ. ArchSurg. 2001 Jul;136(7):773-8.
7. Milch RA, DunnGP. The surgeon's role in palliativecare. BullAmCollSurg. 1997;8214- 17
8. Ferrell BR, Eberts MT, McCaffery M, Grant M .Clinicaldecisionmakingandpain. CancerNurs. 1991;14289- 297
9. Dutcher JP. Hematologicabnormalities in patientswithnonhematologicmalignancies. HematologyClin of North Am. 1987 Jun ; 1(2):281-299
10. Gagnon B, Mancini I, Pereira J, Bruera E. Palliativemanagement of bleedingevents in advancedcancerpatients. J PalliatCare. 1998;14(4):50-4.
11. Hutten BA, Prins MH, Gent M, Ginsberg J, Tijssen JG, Büller HR. Incidence of recurrentthromboembolicandbleedingcomplicationsamongpatientswithvenousthromboembolism in relationtobothmalignancyandachievedinternationalnormalizedratio: a retrospectiveanalysis. J ClinOncol. 2000 Sep;18(17):3078-83.
12. Yu HT, Kim TH, Uhm JS, Kim JY, Pak HN, Lee MH, Joung B. ClinicalSignificance of Hematuria in AtrialFibrillationWith Oral AnticoagulationTherapy. Circ J. 2017 Jan 25;81(2):158-64
13. Lee YJ, Park JK, Uhm JS, Kim JY, Pak HN, Lee MH, Sung JH, Joung B. Bleeding risk andmajoradverseevents in patientswithcancer on oral anticoagulationtherapy. Int J Cardiol. 2016 Jan 15;203:372-8
14. Kochhar R, Sriram PV, Sharma SC, Goel RC, Patel F. Natural history of lateradiationproctosigmoiditis treatedwithtopicalsucralfatesuspension. DigDisSci. 1999 May;44(5):973-8.
15. Frank D, FerrisFD , Bezjak A, Sara G, Rosenthal SG. ThePalliativeUses of RadiationTherapy in SurgicalOncologyPatients. SurgOncol of North Am.2001;10(1):185-201
16. Srivastava DN, Gandhi D, Julka PK, Tandon RK. Gastrointestinalhemorrhage in hepatocellularcarcinoma: managementwithtranshepaticarterioembolization. AbdomImaging 2000;25:380-4.
17. Dean A, Tuffin P. Fibrinolyticinhibitorsforcancer-associatedbleedingproblems. J PainSymptomManage. 1997 Jan;13(1):20-4.
18. Kaufman RM, Djulbegovic B, Gernsheimer T, et al. Platelettransfusion: A clinicalpracticeguidelinefromthe AABB. AnnInternMed 2015;162:205-13.
19. Roback JD, Caldwell S, Carson J, et al. Evidence-basedpracticeguidelinesforplasmatransfusion. Transfusion 2010;50:1227-39.
20. Johnstone C, Rich SE. Bleeding in cancerpatientsandtreatment: a review. AnnPalliatMed. 2018 Apr;7(2):265-273.
21. Schäfer H, Pichlmaier H. Role of transanalendoscopicmicrosurgery in thepalliativetreatment of rectalcancer. Scand J Gastroenterol. 1997 Jan;32(1):58-61.