

Bölüm 2

REKTUM KANSERİNDE LOKAL CERRAHİ TEDAVİLER

Hüseyin Onur AYDIN¹, Ebru Hatice AYVAZOĞLU²

Giriş

Rektum kanserinde ideal cerrahi tedavi, intestinal devamlılığı sağlarken en iyi onkolojik sonuçları elde etmektir. Bu amaçla tanımlanan total mezorektal eksizyon (TME), uzun dönemde en iyi onkolojik sonuçları vermektedir. Bunun yanında TME'nin anastomoz kaçağı, kronik iyileşmeyen yaralar ve fonksiyonel bozukluklar gibi kendi özgü komplikasyonları bulunmaktadır (Stewart, Hollenbeak & Boltz, 2011). Radikal cerrahi uygulanan erken evre rektum kanserlerinde 5 yıllık lokal rekürrens oranları %2 ile %8 arasında bildirilmektedir (Enriquez-Navascue & ark.,2011). Bu nedenle de çalışmalarda erken evre rektum kanserlerinde radikal cerrahiye benzer onkolojik sonuçlara sahip lokal cerrahi tedavi seçenekleri gündeme gelmiştir.

Rektum kanserinde lokal eksizyon (LE) ilk olarak 1830 yılında Dr. Jacques Lisfranc tarafından tanımlanmıştır (Corman, 1983). Tanımlandığı yıllarda distal rektum tümörlerinin basit cerrahi eksizyonu ile ablasyonunu içermekteydi. Daha gelişmiş cerrahi enstrümanların kullanıldığı teknik ise 1968 yılında distal rektumda bulunan villöz lezyonun eksizyonu ile Sir Alan Parks tarafından tanımlanmıştır (Parks, 1968). Takip eden yıllarda tanımlanan teknik geliştirilmeye devam edilerek negatif cerrahi sınırlarla daha düşük lokal rekürrens oranları bildirilmeye başlanmıştır (Morson, Bussey & Samoorian, 1977).

LE, rektumda bulunan tümörün negatif cerrahi sınırla perirektal yağ dokuya kadar eksizyonu olarak tanımlanmaktadır. Bu eksizyonda drene olan lenfatiklerin eksizyonu gerekli görülmemektedir. Bu amaçla transanal eksizyon (TAE), transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM) ve transanal minimal invaziv cerrahi uygulanmaktadır (TAMIS).

Hasta Seçimi

Genel olarak, görüntülenen lenf nodu olmayan T1 tümörlerde LE uygulanmaktadır. Rutin evrelendirme ameliyat öncesi dönemde yapılmalıdır. Bu amaçla uzak metastaz taramaları haricinde rektal digital muayene, proktoskopi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve endorektal ultrasonografi (EUS) kullanılarak invazyon derinliği ve lenf nodu varlığı araştırılmalıdır (NCCN, 2016). Lenf nodu disseksiyonu yapılmadığı için ameliyat öncesi dönemde evrelendirmeye özen göstermek gerekmektedir.

¹Dr.Öğr.Gör., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, dronuraydin@hotmail.com

²Dr.Öğr.Gör., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, ebruayvazoglu@gmail.com

Sonuç

Erken evre rektum kanserinde lokal cerrahi tedaviler TME'ye göre daha az komplikasyon ve benzer onkolojik cerrahi sonuçlar sunmaktadır. Radikal cerrahi girişimlerin getirdiği anastomoz riski, stoma ihtiyacı, uzamış hastanede yatış süresi ve fonksiyonel yapıda bozulma olmaması nedeniyle lokal cerrahi tedaviler üstün görülmektedir. Bununla beraber hastalara lokal cerrahi tedavi uygulamadan önce yeterli ve güvenilir düzeyde evreleme yapılması gerekmektedir. Özellikle tümörün boyutu, invazyon derinliği, histolojik yapısı ve lenf nodu varlığı ameliyat öncesi dönemde ayrıntılı olarak belirlenmelidir. Hasta ve tümörün özelliklerinin yanında sofistike sistemlerin kullanılması nedeniyle cerrahi bilgi ve tecrübe seçilecek yöntem üzerinde etkili olan en önemli faktörlerdendir. Literatürde randomize kontrollü çalışmaların az olması, bildirilen yayınlarda geniş hasta kitlesinin bulunmaması nedeniyle çok merkezli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Yine de elde olan veriler ışığında uygun hastalarda cerrahi ve onkolojik sonuçları yeterli olarak güvenle uygulanabilmektedirler.

Kaynakça

- Atallah, S., Albert, M. & Larach, S. (2010). Transanal minimally invasive surgery: a giant leap forward. *Surgical Endoscopy*, 24 (9), 2200-5. Doi: 10.1007/s00464-010-0927-z.
- Bentrem, DJ. & ark. (2005). T1 adenocarcinoma of the rectum: transanal excision or radical surgery? *Annals of Surgery*, 242 (4), 472-7.
- Brunner, W. & ark. (2016). Predictors for regional lymph node metastasis in T1 rectal cancer: a population-based SEER analysis. *Surgical Endoscopy*, 30 (10), 4405-15. Doi: 10.1007/s00464-016-4759-3.
- Buess, G. & ark. (1984). A system for a transanal endoscopic rectum operation. *Der Chirurg*, 55 (10), 667-80.
- Clancy, C. & ark. (2015). Transanal endoscopic microsurgery versus standard transanal excision for the removal of rectal neoplasms: a systematic review and meta-analysis. *Diseases of the Colon & Rectum*, 58 (2), 254-61. Doi: 10.1097/DCR.0000000000000309.
- Corman, ML. (1983). Jacques Lisfranc 1790-1847. *Diseases of the Colon & Rectum*, 26 (10), 694-5.
- Enríquez-Navasque's, JM. & ark. (2011). Patterns of local recurrence in rectal cancer after a multidisciplinary approach. *World Journal Gastroenterology*, 17 (13), 1674. Doi: 10.3748/wjg.v17.i13.1674.
- Heintz, A., Mörschel, M. & Junginger, T. (1998). Comparison of results after transanal endoscopic microsurgery and radical resection for T1 carcinoma of the rectum. *Surgical Endoscopy*, 12, 1145-8.
- Keller, S. & ark. (2016). Transanal minimally invasive surgery: review of indications and outcomes from 75 consecutive patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 222 (5), 814-22. Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.02.003.
- Kim, E., Hwang, JM. & Garcia-Aguilar, J. (2008). Local excision for rectal carcinoma. *Clinical Colorectal Cancer*, 7 (6), 376-85. Doi: 10.3816/CCC.2008.n.050.
- Kumar, S. & ark. (2001). Complications of transanal endoscopic microsurgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 56 (3), 295-300. Doi: 10.1097/DCR.0b013e31827163f7.
- Masaki, T. & ark. (2001). The indication of local excision for T2 rectal carcinomas. *The American Journal of Surgery*, 181 (2), 133-7.
- Morson, BC., Bussey, HJ. & Samoorian, S. (1977). Policy of local excision for early cancer of the colon-rectum. *Gut*, 18 (12), 1045-50.
- Nascimbeni, R. & ark. (2002). Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of rectum. *Diseases of the Colon & Rectum*, 45 (2), 200-6.
- National Comprehensive Cancer Network. (2016). *Rectal cancer*. (09/09/2018 tarihinde https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal_blocks.pdf adresinden ulaşılmıştır.)

Parks, AG. (1968). A Technique for excising extensive villous papillomatous change in the lower rectum. *Proceedings of Royal Society of Medicine*, 61 (5), 441-2.

Rafaelsen, SR., Kronborg, O. & Fenger, C. (1994). Digital rectal examination and transrectal ultrasonography in staging of rectal cancer: a prospective, blind study. *Acta Radiologica*, 35 (3), 300-4.

Rai, V. & Mishra, N. (2016). Transanal approach to rectal polyps and cancer. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 29 (1), 65-70. Doi: 10.1055/s-0035-1570395.

Stewart, DB., Hollenbeak, C. & Boltz, M. (2011). Laparoscopic and open abdominoperineal resection for cancer: how patient selection and complications differ by approach. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 15 (11), 1928-38. Doi: 10.1007/s11605-011-1663-y.

You, YN. &ark. (2007). Is the increasing rate of local excision for stage I rectal cancer in the United States justified? *Annals of Surgery*, 245 (5), 726-33. Doi: 10.1097/01.sla.0000252590.95116.4f.