

REKTUM MALİGN NEOPLAZMI

9. BÖLÜM

Aytaç BİRİCİK¹

ÖZET

Kanser, hastaların yaşam kalitesini ve süresini etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde yeni tanı alan kanserli hasta sayısı giderek artmaktadır. Rektum kanseri de bu hastalık grubunda önemli bir yere sahiptir. Uzun yıllar sınırlı sağkalım oranları ile tedavi edilmekteydi. Hastalığın prognozunun belirlenmesinde en önemli faktör hastalığın evresidir. Güncel preoperatif görüntüleme yöntemleri ile daha doğru evreleme yapılması mümkün olmaktadır. Yeni gelişen tedavi modaliteleri ile hastalığın evresine göre minimal invazif yöntemlerden, geniş cerrahi rezeksiyonlara kadar farklı cerrahi prosedürlerin kemoradyoterapi ile combine edilmesi sayesinde daha uzun sağkalım oranları ve yaşam kalitesi sağlanabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 verilerine göre her iki cinsiyet ve tüm yaş grupları incelendiğinde 704.376 yeni vaka ile rektum kanseri, tüm kanserler arasında %3,9'luk oran ile yedinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise 8.403 yeni vaka ile tüm kanserler arasında %4'lük bir orana sahiptir.¹ Bu veriler ışığında rektum kanseri ciddi bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Rektum yaklaşık 12-15 cm uzunluğunda kolonun son segmentidir. Rektosigmoid köşede başlayıp anal kanala kadar devam eder.² Üst, orta ve alt olmak üzere 5 cm'lik 3 kısımdan oluşmaktadır. Rektum tümörleri nadiren asemptomatik olabileceği gibi genelde

¹ Uzm. Dr. Aytaç BİRİCİK, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji AD
aytacbiricik@gmail.com

NADİR GÖRÜLEN DİĞER REKTUM TÜMÖRLERİ:

Gastrointestinal Stromal Tümör: Gastrointestinal stromal tümörler daha sıklıkla proksimal intestinal segmentlerde görülmekle birlikte %5-10 oranında kolorektal yerleşimli de olabilmektedir. GİST'ler intestinal Cajal hücrelerinden köken alan mezenkimal tümörlerdir. Risk sınıflaması tümör boyutu ve mitotik aktiviteye göre yapılmaktadır. %30-50 oranında malign formasyonda görülür. Büyük boyuta ulaşmış tümörler kanama, obstrüksiyon ve pelvik ağrıya sebep olabilir. Boyut ve yerleşimine göre lokal eksizyon veya radikal cerrahi ile çıkarılabilir. Lokal nüks oranları yüksektir. Tirozin kinaz inhibitörü olan İmatinib adjuvan tedavide ve metastatik hastalıkta kullanılmaktadır.¹²

Nöroendokrin Tümörler: Nöroendokrin tümörler en sık gastrointestinal sistemde görülmektedir. Rektumda görülme oranı %25'tir. Malinite riski boyutla birlikte artış göstermektedir. Özellikle 2 cm üzerinde tümörler malinite ve uzak metastaz ile ilişkilidir. Rektal nöroendokrin tümörlerde, karaciğer metastazı olmadan karsinoid sendrom görülme oranı oldukça düşüktür. Küçük benign nöroendokrin tümörler transanal eksizyonla çıkarılabilmektedir. Nöroendokrin karsinomlarda ise daha radikal cerrahi uygulamak gerekmektedir. Debulking cerrahisi seçilmiş hastalarda palyasyon amacıyla uygulanabilmektedir.¹²

Miks Adenonöroendokrin Karsinom: Hem nöroendokrin tümörlerin hem de adenokarsinomun histolojik özelliklerini barındırmaktadır. Bölgesel lenf nodlarına yayılımı ve sistemik metastazı sık görülür. Adenokarsinom ile aynı prensiplere göre tedavi edilmektedir.¹²

Leiomyosarkom: Leiomyosarkomlar gastrointestinal sistemde oldukça nadir görülmektedir. Kolorektal yerleşimlilerde en sık rektum tutulmaktadır. Rektum leiomyosarkomları genelde low grade lezyonlardır ve leiomyomlardan ayrılması zordur. Radikal cerrahi ile tedavi edilir. Lokal nüks oranları yüksek ve prognozları kötüdür.¹²

KAYNAKLAR

1. WHO (2018). Estimated number of new cases in 2018, worldwide, both sexes, all ages 2018. (09.10.20 tarihinde https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2018&-mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=&-key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=0&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0&population_group_globocan_id=#collapse-by_country adresinden ulaşılmıştır).
2. Birnbaum, E. (2017). Surgical Anatomy of the Colon, Rectum, and Anus. Carlo Ratto, Angelo Parello, Lorenza Donisi, Francesco Litta (Eds.), Colon, Rectum and Anus:

- Anatomic, Physiologic and Diagnostic Bases for Disease Management (pp. 9-20). Switzerland: Springer
3. Biondo, S. (2017). *Diagnosis in Coloproctology: From the General Practitioner to the Tertiary Referral Center*. Carlo Ratto, Angelo Parello, Lorenza Donisi, Francesco Litta (Eds.), *Colon, Rectum and Anus: Anatomic, Physiologic and Diagnostic Bases for Disease Management* (pp. 151-166). Switzerland: Springer
 4. Beck, D. (2019). *Diagnosis of Colorectal and Anal Disorders*. Lamsback, W (Ed.), *Gordon and Navitvongs' Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus* (Fourth Ed., pp 69-92). New York: Thieme
 5. Ellebæk SB, Frstrup CW, Mortensen MB. Intraoperative Ultrasound as a Screening Modality for the Detection of Liver Metastases during Resection of Primary Colorectal Cancer - A Systematic Review. *Ultrasound International Open*. 2017; 3: 60-68
 6. Wild JJ, Reid JM. Diagnostic use of ultrasound. *Br J Phys Med*. 1956; 19(11):248-257
 7. Hildebrandt U, Feifel G, Schwarz HP, Scherr O. Endorectal ultrasound: instrumentation and clinical aspects. *Int J Colorectal Dis*. 1986; 1(4):203-207
 8. Wong WD, Orrom WJ, Jensen LL. Preoperative staging of rectal cancer with endorectal ultrasonography. *Perspect Colon Rectal Surg*. 1990; 3:315-334
 9. Harewood GC, Wiersema MJ, Nelson H, et al. A prospective, blinded assessment of the impact of preoperative staging on the management of rectal cancer. *Gastroenterology*. 2002; 123(1):24-32
 10. Thaler W, Watzka S, Martin F, et al. Preoperative staging of rectal cancer by endoluminal ultrasound vs. magnetic resonance imaging. Preliminary results of a prospective, comparative study. *Dis Colon Rectum*. 1994; 37(12):1189-1193
 11. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017 Jul 1;28(suppl_4):iv22-iv40. doi: 10.1093/annonc/mdx224.
 12. Kwaan M.R, Stewart D.B, Dunn K.B. (2019). *Colon, Rectum, and Anus*. F. Charles Brunicaardi (Ed.), *Schwartz's Principles of Surgery* (11 ed., pp.1259-330)
 13. Benson A, Venook AP, Al-Hawary M. NCCN Guidelines Insights: Rectal Cancer, Version 6.2020. *J Natl Compr Canc Netw*. 2020 Jul;18(7):806-815. doi: 10.6004/jncn.2020.0032
 14. Monson J.R.T, Lee L, Wexner S.D. (2019). *Rectal Adenocarcinoma*. Lamsback, W (Ed.), *Gordon and Navitvongs' Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus* (Fourth Ed., pp 548-92). New York: Thieme
 15. Stipa F, Chessin DB, Shia J, et al. A pathologic complete response of rectal cancer to preoperative combined-modality therapy results in improved oncological outcome compared with those who achieve no downstaging on the basis of preoperative endorectal ultrasonography. *Ann Surg Oncol*. 2006;13(8):1047-1053
 16. Maas M, Nelemans PJ, Valentini V, et al. Long-term outcome in patients with a pathological complete response after chemoradiation for rectal cancer: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Oncol*. 2010; 11(9):835-844
 17. Habr-Gama A, Perez RO, Nadalin W, et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. *Ann Surg*. 2004; 240(4):711-717, discussion 717-718
 18. Park IJ, You YN, Skibber JM, et al. Comparative analysis of lymph node metastases in patients with ypT0-2 rectal cancers after neoadjuvant chemoradiotherapy. *Dis Colon Rectum*. 2013; 56(2):135-141
 19. Bonnet S, Berger A, Hentati N, et al. High tie versus low tie vascular ligation of the

- inferior mesenteric artery in colorectal cancer surgery: impact on the gain in colon length and implications on the feasibility of anastomoses. *Dis Colon Rectum*. 2012; 55(5):515–521
20. Titu LV, Tweedle E, Rooney PS. High tie of the inferior mesenteric artery in curative surgery for left colonic and rectal cancers: a systematic review. *Dig Surg*. 2008; 25(2):148–157
 21. Lange MM, Buunen M, van de Velde CJ, Lange JF. Level of arterial ligation in rectal cancer surgery: low tie preferred over high tie. A review. *Dis Colon Rectum*. 2008; 51(7):1139–1145
 22. Kim JC, Lee KH, Yu CS, et al. The clinicopathological significance of inferior mesenteric lymph node metastasis in colorectal cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2004; 30(3):271–279
 23. Rutkowski A, Nowacki MP, Chwalinski M, et al. Acceptance of a 5-mm distal bowel resection margin for rectal cancer: is it safe? *Colorectal Dis*. 2012; 14(1):71–78
 24. Hida J, Yasutomi M, Fujimoto K, Maruyama T, Okuno K, Shindo K. Does lateral lymph node dissection improve survival in rectal carcinoma? Examination of node metastases by the clearing method. *J Am Coll Surg*. 1997; 184(5):475–480
 25. Fujita S, Yamamoto S, Akasu T, Moriya Y. Lateral pelvic lymph node dissection for advanced lower rectal cancer. *Br J Surg*. 2003; 90(12):1580–1585
 26. Georgiou P, Tan E, Gouvas N, et al. Extended lymphadenectomy versus conventional surgery for rectal cancer: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2009; 10(11):1053–1062
 27. Jacobs, M., J.C. Verdeja, and H.S. Goldstein, Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc*, 1991. 1(3): p. 144–50
 28. Monson JR, Weiser MR, Buie WD, et al. Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of rectal cancer (revised). *Dis Colon Rectum*. 2013; 56(5):535–550
 29. Nienhüser H, Heger P, Schmitz R. Short- and Long-Term Oncological Outcome After Rectal Cancer Surgery: a Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Open Versus Laparoscopic Rectal Cancer Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2018. Doi: 10.1007/s11605-018-3738-5
 30. Pedziwiatr M, Małczak P, Mizera M. There is no difference in outcome between laparoscopic and open surgery for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis on short- and long-term oncologic outcomes. *Tech Coloproctol*. 2017 Aug;21(8):595-604. doi: 10.1007/s10151-017-1662-4
 31. Li Z, Ying X, Shen Y. Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer: a Clinical Comparative Study. *The Journal of International Medical Research*. 2012; 40: 1599 – 1607
 32. Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, et al. COLOR II Study Group. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med*. 2015;372(14):1324–1332
 33. Stevenson AR, Solomon MJ, Lumley JW, et al. ALaCaRT Investigators. Effect of laparoscopic-assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer: the ALaCaRT randomized clinical trial. *JAMA*. 2015; 314(13):1356–1363
 34. Luca F, Valvo M, Ghezzi TL, et al. Impact of robotic surgery on sexual and urinary functions after fully robotic nerve-sparing total mesorectal excision for rectal cancer. *Ann Surg*. 2013; 257(4):672–678
 35. Kim JY, Kim NK, Lee KY, Hur H, Min BS, Kim JH. A comparative study of voiding and sexual function after total mesorectal excision with autonomic nerve preser-

- vation for rectal cancer: laparoscopic versus robotic surgery. *Ann Surg Oncol*. 2012; 19(8):2485–2493
36. Prete FP, Pezzolla A, Prete F. Robotic Versus Laparoscopic Minimally Invasive Surgery for Rectal Cancer A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Annals of Surgery* 2018 Jun;267(6):1034-1046. doi: 10.1097/SLA.0000000000002523
 37. Kim NK, Kang J. Optimal total mesorectal excision for rectal cancer: the role of robotic surgery from an expert's view. *J Korean Soc Coloproctol*. 2010; 26(6):377–387
 38. Mahmoud N.N, Bleier J.İ.S, Aarons C.B. (TARİH). *Colon and Rectum*. Courtney M. Townsend, R. Daniel Beauchamp, B. Mark Evers (Eds). *Sabiston Textbook Of Surgery* (20. Ed., pp.1312-1393). Philadelphia; Elsevier
 39. den Dulk M, Putter H, Collette L, et al. The abdominoperineal resection itself is associated with an adverse outcome: the European experience based on a pooled analysis of five European randomised clinical trials on rectal cancer. *Eur J Cancer*. 2009; 45(7):1175–1183
 40. Bullard KM, Trudel JL, Baxter NN, Rothenberger DA. Primary perineal wound closure after preoperative radiotherapy and abdominoperineal resection has a high incidence of wound failure. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(3):438–443
 41. Nisar PJ, Scott HJ. Myocutaneous flap reconstruction of the pelvis after abdominoperineal excision. *Colorectal Dis*. 2009; 11(8):806–816