

KOLON VE REKTUM KANSERLERİNDE ERKEN TEŞHİS

(102 Kalın Barsak Kanserinin Analizi)

Dr. Özden Uzunaliınoğlu *

Dr. Zafer Paykoç **

Dr. Hamdi Aktan ***

Kalın barsak kanseri gastrointestinal sistemin diğerkanserlerinden farklı olarak erken teşhis edildiklerinde daha yüksek oranda tedavi imkânı olan malign tümörlerdendir. Mide, karaciğerk, mesane ve oral kavite kanseri gibi belirli epidemiyolojik özellik göstermemesine rağmen, genel olarak Kuzey Amerika ve Avrupa'da fazla Japonya ve diğerkdoğru ülkelerinde, Afrika'da, Orta Doğru'da azdır. Amerika Birleşik Devletlerinde kalın barsak kanserinin 100.000 populasnyonda 49 erkek ve 45,2 kadında görölmesine karşı Japonya'da 100.000 populasnyonda 6,6 erkek ve 5,5 kadın oranındadır. Memleketimizde gastrointestinal sistem kanserlerinin epidemiyolojisi üzerine Paykoç ve Aktan tarafından yapılan çalışmada mide kanserlerinden sonra ikinci sıradadır (1). Erken teşhis imkânlarının artışı, prekanseröz lezyonların dikkatli takibi, operasyon tekniğinin gelişmesi ile kalın barsak kanserlerinde tedavi imkânı da son 50 yıl içinde artış göstermiştir. 1930 yılında çeşitli vakalarında rezeke edilme oranı % 45 civarında iken 1960 yılında % 80 - 90'a yükselmiştir. Ayrıca radikal operasyon imkânı olmayan vakalara palyatif tıbbi ve cerrahi tedavi büyük faydalar sağlamaktadır. Bu tedavi imkânlarına kavuşabilmek için hastaların modern teşhis vasıtaları ve tetkik metodlarından faydalanarak zamanında teşhisleri gerekmektedir.

Bu yazımızda Ankara Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde 10 sene içinde yatan 102 kalın barsak kanseri vakasının klinik analizini yapmak ve özellikle erken teşhis imkânlarını tartışmak istiyoruz.

* A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Doçenti.

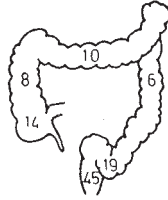
** A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Kürsü Profesörü.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Profesörü.

KLİNİK MATERYEL

1960 - 1970 yılları arasında Ankara Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde 69 erkek, 33 kadın olmak üzere toplam 102 kolon ve rektum kanseri yatarak tetkik ve tedavi edilmiştir. Vak'aların yaş ortalaması 50'dir. En genç hasta 16, en yaşlı hasta 85 yaşındadır. Lezyonların lokalizasyonları 14 çekum (% 13,7), 8 çıkan kolon (% 7,8), 10 transvers kolon (% 8), 19 sigma (% 18,6) 45 rektum (% 44,1) şeklindedir.

Vakalarımızın semptomlarının başlangıcından beri geçen süre ortalama 1 4/12 yıl, en kısa semptom süresi 5 gün ve en uzun 5 yıldır. Genel semptomatolojide tablo I de görüldüğü gibi en çok görülen semptom defekasyon dü-



Semptomlar

Düzensiz defekasyon	60
Konstipasyon veya ince gaita	28
Diare, psodo diare	32
Rektal kanama	48
Karın ağrısı	40
Zayıflama	36

Fizik bulgular

Karında kitle	34
Rektal kitle (tuşe)	32
Tıkanma tablosu	2

Laboratuvar bulguları

Pozitif endoskopi	50
Pozitif X-Ray	58
Anemi	15
Gaitada gizli kan	26

TABLO : I

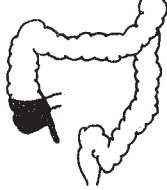
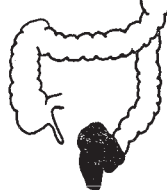
102 KALIN BARSAK KANSERİNİN ANATOMİK DAĞILIŞI,
SEMPTOMATOLOJİ, FİZİK VE LABORATUVAR BULGULARI

zeninde değişmemiştir, 102 vak'arın 60'ında mevcuttur. Bundan sonra semptomatolojide 48 vak'ada rektal kanama, 40 vak'ada karın ağrısı, 36 vak'ada zayıflama vardır. Tablo II de kalın barsağın proksimal ve distal bölümlerinde oturan çekum ve rektum kanserlerinin belirtileri karşılaştırılmıştır. Hastalarımızın fizik bulguları 16 vak'ada negatiftir. 34 hastada karında kitle, 32 vak'ada rektumda kitle, 2 vak'ada ileri derecede distansiyonla mekanik ileus belirtileri tesbit edilmiştir. Laboratuvar bulgularında: 50 vak'ada endoskopi pozitif bulunmuştur. 58 vak'ada kolon grafisinde tümör görülmüştür. 15 hastamızda demir eksikliği anemisi tesbit edildi. 26 vak'ada gaitada gizli kan pozitif idi. Hastalarımızın 4'ünde prekanseröz kolon hastalığı vardı, 1 kolitis ülseroza, 1 familial polyposis, 2 adenomatöz polip.

TARTIŞMA

Kalın barsak kanserlerinin bugünkü teşhis ve tedavi imkânları hekim, defekasyon düzeninde değişikliklerle beraber abdominal ve rektal şikâyetleri olan her hastayı kolon ve rektum kanseri yönünden tetkik etmeye zorlamaktadır. Bu durum özellikle 30 yaşın üzerinde olan hastalar için önemli ise de 102 kalın barsak kanser vakamızdan 4 vak'a 30 yaşın altında idi. Kolon ve rektum kanserlerinin etyolojisi üzerindeki araştırmalar sonucunda kanserojen spesifik bir madde idantifiye edilmemekle beraber, çevresel faktörlerin önemi belirtilmektedir (2). Anamnezinde çevresel ve genetik faktörleri değerlendirebileceğimiz 2 vak'a mevcuttur: Bu vak'alardan biri 60 yaşında erkek bir hasta idi ve karısı 4 sene evvel kolon kanserinden ölmüştür. Diğer hasta rektum kanseri idi ve yeğenlerinden birinin barsak tümöründen ameliyat olduğunu ifade ediyordu. Ailevi tandansın prekanseröz poliplerle ilişkisi bazı otörler tarafından gösterilmiştir (3). Serimizdeki kalın barsak kanserlerinin lokalizasyonu literatüre uymaktadır (4). Coğrafi farklar ile lokalizasyon değişikliğine ait yayına rastlamadık.

Genel klinik semptomatolojide en önemli defekasyon fonksiyonunun bozulmasıdır. Bu değişiklik ishal, kabız, ince kalibreli ve üst üste birden fazla defekasyon yapmak şeklinde görülür. Aynı derecede önemli diğer bulgu rektal kanamadır. Bu semptomların tümörün lokalizasyonu ile yakın ilişkisi mevcuttur. Tablo II de görüldüğü gibi 45 rektum kanseri hastasının 39'unda rektal kanama mevcut iken, 14 çekum kanserinin yalnız 2'si kanama ile seyretmiştir. Buna mukabil çekum kanseri anemi, müphem karın ağrısı ve zayıflama ile sinsi gidişlidir. Kalın barsağın proksimal ve distal uçla-

	14 Çekum Kanseri	45 Rektum Kanseri
		
Düzensiz defekasyon	4	45
Rektal kanama	2	42
Karın ağrısı	14	16
Zayıflama	6	2
Anemi	12	2
Gaitada gizli kan	14	—

TABLO : II
ÇEKUM VE REKTUM KANSERLERİNDEKİ
BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

rında lokalize kanser dışında ve sol kolon kanserlerinde semptomatoloji daha az farklıdır. Obstruksiyon belirtileri sol kolon kanserinde fazla görülür. Bizim takdim ettiğimiz seride ileus ile seyreden 2 vak'amız da sigma ve inen kolon kanseri idi.

Fizik bulguları hastalığın ilerleme safhasına göre değişir. Karının dikkatli palpasyonu ile çok defa-bilhassa sağ kolon kanserlerinde - tümör palpe edilir. Serimizde 34 vak'ada tümör palpe edilmiştir (% 33, 3). Diğer taraftan çok önemli bir bulgu rektal muayene ile bütün kalın barsak kanserlerinin % 30'unun teşhis edilebilmesidir. 102 kalın barsak kanseri vak'asında 32 hastada rektal tuşe pozitif idi. Fizik muayenenin bir bölümünü teşkil eden rektal tuşenin hiç olmazsa abdominal şikâyetlerle gelen bütün hastalara uygulanmasının gerektiğine inanıyoruz. Metastazların aranması yönünden karaciğer ve lenf ganglionlarının muayenesinden başka şüpheli vak'alarda karaciğerin radyoaktif taramasına baş vuruyoruz. Rutin laboratuvar muayeneleri sonucunda önemli bulgu orta derecede demir eksikliği anemisidir. Vak'alarımızın 15'inde mevcut idi. Fakat bilhassa çekum kanserlerinde (12 vak'a) bu semptom oldukça önem taşır.

Rekto - sigmoidoskopik muayene tüm kalın barsak kanserlerinin % 50 - 60 ının teşhisini sağlamaktadır (5). Bu serimizde endoskopi

50 hastada pozitif bulunmuştur. Paykoç ve arkadaşlarının 6440 vak'alık rektal - sigmoidoskopi serisinde rektal kanama şikayeti olan hastalara yapılan endoskopik muayene ile 1/13 oranında kanser tesbit edilmiştir (6). Bu değerler endoskopik muayenenin kanser teşhisindeki önemini gösterir. Kolonun radyografik muayenesi rektum dışındaki tümörler için önemli teşhis metodudur; şöyleki; rektal - sigmoid büküntüye kadar olan kısmın incelenmesi endoskopistin, kolonun diğer kısmının taranması radyologun sorumluluğu içindedir. Baryum lavmanı ve çift kontrast metodu ile kolonun radyografik tetkiki rektum kanseri dışında vak'alarımızın teşhisini sağlamıştır. Rektumun özel pozisyonla radyografik incelenmesi ile tümör gösterilebilirse de daha kolay, emin ve biyopsi alınmasına imkân veren rektal - sigmoidoskopi distal kolon tümörlerinin teşhisinde ön plâna almaktayız. Kalın barsak tümörlerinin teşhisinde eksfoliyatif sitolojiyi kullanmıyoruz. Henüz bu metodun kalın barsak kanserlerinde pratik olmayan ve inandırıcı neticeler vermeyen bir metod olduğu kabul edilmektedir (4).

Kalın barsağın prekanseröz lezyonları 4 vak'amızda tesbit edilmiştir : Bunlardan 1'i kolitis ülseroza vak'ası idi. 45 yaşında kadın olan vak'amıza 1963 senesinde 39 yaşında iken kliniğimizde bu tanı konmuştu. Bütün kolonu attake eden ve şikâyetleri 10 seneden beri devam eden hastamız muntazam aralıklarla kontrole gelmekteydi. son rektal - sigmoidoskopi kontrolünde rektumda şüpheli lezyon görülmüş, biopsi alınarak teşhisine varılmış ve derhal hastaya proktokolektomi yapılmıştır. Hastamız şimdi semptomsuz normal hayatına devam etmektedir. Kolitis ülserozada kanser riski % 2,5-5 arasında değişmektedir (7, 8). Kanser riski hastalığın eskiliği ile ve kalın barsaktaki lezyonun yaygınlığı ile artmaktadır. Diğer 3 vak'adan biri familyal polipozisdir, ameliyat endikasyonunu reddeden hasta 1 sene sonra metastaz yapmış kolon kanseri ile müra-caat etti ve öldü. Kalan 2 hastamızda endoskopik muayenede ve ameliyatta segmenter birden fazla adenomatöz polip tesbit edilmiştir.

Sonuç olarak defekasyon düzeninde bozukluk veya rektal kanama olan her hastaya rektal - sigmoidoskopik muayene ve kolon grafisinin yapılması, ayrıca kolonun prekanseröz hastalıklarında da dikkatli rektal - sigmoidoskopik ve radyografik tetkikin gerektiğine inanıyoruz.

ÖZET

Ankara Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde 1960 - 1970 yılları arasında yatarak tedavi edilen 102 kalın barsak kanseri vak'asının anatomik lokalizasyonu, klinik özellikleri ve uygulanan teşhis metodları takdim edilmiş ve tartışılmıştır.

SUMMARY

Early Diagnosis of Cancer of Large Bowel

During the past 10 years (1960-1970) 102 cases of carcinoma of large bowel were admitted to the Department of Gastroenterology of the University of Ankara School of Medicine. in this paper anatomical distribution, general features, and diagnostic procedures of carcinoma of the large bowel are discussed.

LİTERATÜR

- 1 — PAYKOÇ, Z., AKTAN, H.: Epidemiology of gastrointestinal cancer in Turkey. The proceeding of the 3 rd World Congress of Gastroenterology. Vol : I, pp 139 - 142, 1967.
- 2 — MORSON, B. C.: Control and prevention of intestinal cancer. Brit. Jor. Of. Hospital Med. 2 : 1839, 1969.
- 3 — SHERRY, C K., CORNEL, G. N. T., GLEEN, F.: Carcinoma of the colon and rectum. Annals of Surgery, 169 : 502, 1969.
- 4 — COLE, W. H., ROBERTS, S. S., STREHLE, F. W.: Modern concepts in cancers of colon and rectum. Cancer, 19 : 1347, 1966.
- 5 — BOCKUS.: Gastroenterology, 2 ed. Saunders co. Vol : II : 990 - 1115, 1964.
- 6 — PAYKOÇ, Z., AKTAN, H., UZUNALİMOĞLU, Ö.: Rektal kanamalar. (6440 vak'alık proktosigmoidoskopi serisi üzerinde bir araştırma), Mavi Bülten, I : 274, 1969.
- 7 — AKTAN, H., PAYKOÇ, Z., ERTAN, A.: Ulcerative Colitis in Turkey. Dis. of Colon and Rectum, 13 : 62, 1970.
- 8 — EDWARDS, F. C., TRUELOVE, S. C.: The course and prognosis of Ulcerative Colitis. Gut. 4 : 299, 1963.

(Mecmuaya geldiği tarih: 12.11.1970)