

## **KLİNİĞİMİZDE KOLON KANSERİ NEDENİ İLE UYGULANAN AMELİYATLAR VE SONUÇLARI**

**Dr. Hilmi Akın \***

**Dr. Ferruh Uzer \*\***

**Dr. Akın Önbayrak \*\*\***

Bugün bile kanser kelimesinin toplum üzerinde yarattığı panik, insanlığa en yakın kimseler olarak biz hekimleri çoğu kez güç durumlara düşürmektedir. Fakat kolon kanseri nedeni ile ameliyat edilmiş vak'aların ameliyat sonu izlenimlerinden aldığımız sonuçlar, diğer organ kanserlerinden alınan sonuçlara oranla daha ümit verici olmuştur.

Prognoz, vak'aların histo-patolojik yapısına, hastanın yaşına, komşu organlara ve lenf nodüllerine olan yaygınlık derecesine bağlıdır. Erken yakalanan vak'alarda kolon kanserleri, cerrahi girişime iyi cevap veren organ kanserlerinden biridir.

Kolon kanseri cerrahisi 18 inci yüzyıl sonlarından günümüze kadar cerrahların dikkatle üzerine eğildikleri önemli ve ilginç bir konudur. Kolon cerrahisi başlangıcından bu yana çesitli devreler geçirmiştir.

İlk kolon rezeksiyonunu 1823'te Reybard yapmışsa da, o tarihlerde genel anestezi, asepsi ve antisepsi teknikleri yeterli derecede gelişmediği için pek üzerinde durulmamıştır (12).

Rankin (1932 - 1945), kolon cerrahisinde ilk adımı atmış kişi olarak kabul edilmektedir. Anestezi, asepsi ve antisepsi teknik yönünden ilerleyince karın cerrahisinin büyük isimleri Billroth, Czerny ve Mikulicz intestinal kanalın bu bölümüne dikkati çekmiş ve kolon rezeksiyonları başlamıştır.

\* A. Ü. Tıp Fakültesi Şirürji Kürsüsü Kürsü Profesörü.

\*\* A. Ü. Tıp Fakültesi Şirürji Kürsüsü Doçenti.

\*\*\* A. Ü. Tıp Fakültesi Şirürji Kürsüsü Uzman Asistanı.

Kolon ameliyatlarının gelişimini dört grupta toplayabiliriz :

1 — Ekstra-peritoneal rezeksiyon (Bloch - Mikulicz - Paul) :

1879'da Schede ve Gusseauer, primer anastomozun imkânsız olduğu vak'alarda, kolon rezeksiyonlarını her iki barsak ucunu karın yüzeyine çıkararak tamamlamışlardır. Bu tekniği rutin bir kolon rezeksiyonu haline getiren 1894'te Kopenhag'lı Bloch'tur. Mikulicz, primer anastomozlu rezeksiyonlardaki % 42.9 oranında olan ameliyat mortalitesini kendi dışarı alma metodu ile % 12.5 oranına kadar indirmiştir (12).

2 — Aseptik anastomozlu intra-peritoneal rezeksiyon :

Halsted (1898), O'Hara (1900), Parker ve Kerr (1908), Schomaker (1921), Faser ve Dott (1924), Pringle (1924), Rankin (1928) ve Wangesten (1940)'ta uygulamışlardır.

3 — Transvers kolostomi ile sol kolonu defonksiyone ettikten sonra yapılan intra-peritoneal rezeksiyon (Devine ameliyatı) :

Cheever (1931), Whipple (1931), Wilkie (1934), Rowlands (1934) ve Turner (1937)'de ortaya atmışlardır. Amaç ameliyat sonu kolonlardaki distansiyonu mümkün olduğu kadar azaltmak ve bu nedenle anastomoz yerini basınçtan korumaktır.

4 — Sulfonamid veya antibiotiklerden sonra antiseptik şartlarda intra-peritoneal rezeksiyon :

#### MATERYAL VE METOD

Bu gelişmelerin ışığı altında 1959 - 1968 yılları arasında kliniğimize yatan 74 kolon kanserli hastada uygulanan çeşitli ameliyatları ve bu hastalar için düzenlediğimiz soru fişlerine verilen cevaplara dayanarak ameliyat sonuçlarını incelemeye çalıştık. Özellikle seçtiğimiz vak'alar, ileo-çekal valv'den itibaren rekto-sigmoid bölgeye kadar olan kolon kısımlarında yerleşmiş tümörleri kapsamaktadır.

Araştırmalarımıza göre bu süre içerisinde kliniğimize yatan hastaların % 3'ünü kolon ve rektum kanserleri teşkil etmektedir. 74 vak'anın kolondaki yerleşme yerlerine göre dağılımı şöyledir.

|    |                                                |        |
|----|------------------------------------------------|--------|
| 26 | Vak'a sağ kolon kanseri (Çekum ve çıkan kolon) | % 34.4 |
| 37 | » sol kolon kanseri (İnen kolon ve sigma)      | % 50   |
| 4  | » transvers kolon .....                        | % 5.4  |
| 3  | » fleksura hepatica .....                      | % 4    |
| 1  | » çekum ve rektumda ayrı ayrı kanser .....     | %      |

Sağ kolon kanserleri rektum dahil bütün kolon kanserlerinin % 16.4'ünü, sol kolon kanserleri ise rektum dahil bütün kolon kanserlerinin % 23.4'ünü teşkil ederler.

Bu yerleşme yerlerine göre şu tip ameliyatlar yapılmıştır :

|                                                                                  |        |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 12 sağ kolon kanserinde Radikal ameliyat .....                                   | % 46.1 |
| 14 sağ kolon kanserinde Palyatif ameliyat .....                                  | % 53.8 |
| 11 sol kolon kanserinde Radikal ameliyat .....                                   | % 29.7 |
| 26 sol Kolon kanserinde Palyatif ameliyat .....                                  | % 70.3 |
| 2 Transvers kolon kanserinde Transvers kolon rezeksiyonu ...                     | % 2.7  |
| 2 çıkan kolon kanserinde Çıkan kolon rezeksiyonu .....                           | % 2.7  |
| 2 inen kolon kanserinde İnen kolon rezeksiyonu .....                             | % 2.7  |
| 1 vak'ada total kolektomi .....                                                  | % 1.3  |
| 1 transvers kolon kanserinde Çıkan kolon ve Transvers<br>kolon rezeksiyonu ..... | % 1.3  |
| 1 vak'ada Çekum ve Rektum kanseri nedeni ile<br>İleo-transversostomi .....       | % 1.3  |
| 1 vak'amız inoperabl ve nonrezekabl .....                                        | % 1.3  |

Araştırılan vak'aların :

20 tanesi kadın

54 tanesi erkek Kadın/Erkek oranı ... 1/3.7

En genç hasta 20 yaşında,

En yaşlı hasta 84 yaşında Yaş ortalaması ... 50 - 60 yaş

Hastaların şikâyetlerinin başlamasından kliniğimize başvurmaları arasındaki geçen zaman ortalaması ... 10 ay

Tesbit edilen klinik belirtiler :

41 hastamızda karında ele gelen kitle

45 » karında ağrı

35 » kanama

27 » kilo kaybı

3 » karında asit

1 » sarılık

17 » karında meteorizm

51 Hastamızda dışkılama değişikliği

14 » bulantı ve kusma

15 » subileus belirtileri

Kolon kanserlerinde hastalık tesbit edildikten sonra tedavi tamamen cerrahidir. Hasta ve cerrah için başarı oranı muhakkaki erken klinik tanıya bağlıdır.

Kolon kanserlerinin cerrahi tedavi yöntemleri üç ana unsurda toplanır.

1 — Ameliyat öñü tedavi ve bakım,

2 — Ameliyat,

3 — Ameliyat sonu tedavi ve bakım,

Ameliyat öñü tedavi ve bakım :

Bu ameliyata bir hazırlık devresidir. Burada kolon kanserlerinin sistemik tesirlerini ve hastanın genel durumunu düzenleyici işlemler yanında, kalın bar-

sağın ameliyat gününe kadar sterilizasyonu ve gazdan boşaltılmış bir şekilde hazırlanmasını temin etmek amacını gütmek ana prensipler olmalıdır. Genellikle kolon rezeksiyonu düşünülen bir hastanın 5 günlük klinik bakıma alınması kaçınılmaz bir gerçektir. Bu bölümde şu temel ilkeleri sıralayabiliriz :

- a — Kan transfüzyonu (Hb. % 70'in altında ise),
- b — Diyet,
- c — Vitaminler (B+C vit. kompleksleri),
- d — Gastro-intestinal intübasyon,
- e — Bakteriolojik hazırlama, laksatifler ve kolonun yıkanması :  
 4 - 5 gün süre ile günde 8gr. Sulfathalidin,  
 4 - 5 gün süre ile günde 1 defa apirojen serum fizyolojik lavmanı,  
 Ameliyattan en geç 24 - 36 saat önce başlamak üzere günde 1 gr.  
 Neomisin veya Kanamisin parenteral olarak,
- f — Mesaneye ameliyat sırasında devamlı sonda uygulanması.

Yukarıda sıraladığımız bütün bu bakım ve tedavi devresinden sonra artık kolonlar ameliyata hazır bir duruma gelmişlerdir.

Kanserin kolonda oturduğu yere göre ameliyat şekli ve kesi yeri değişmektedir :

Genellikle sağ kolon tümörlerinde sağ, sol kolon tümörlerinde de sol paramedian bir kesi, oluşumu en iyi şekilde ortaya koyması yönünden tercih edilmelidir. Ancak bir kısım cerrahlar kapatılması daha kolay olduğu gerekçesi ile vertikal adale ayırıcı bir kesiyi daha çok severlerse de, bu tip kesilerde rektus adalesinin medial liflerinde sonradan zayıflama olacağı için bundan kaçınılmalıdır (18). Bu kesilerin kapatılması tabaka tabaka dikmek suretiyle yapılmalıdır.

Sağ veya sol kolon rezeksiyonlarından sonra peritoneal kavite ve parakolik oluğun drenajına çok seyrek başvurulur. Ancak rektumla kolonun anastomoz edilmesinde pararektal boşluğun drene edilmesi akıllıca bir davranış olur. Bir kısım vak'alarda infekte bir neoplazmın çıkarılması için yapılan sağ hemikolektomiden sonra Morisson kesesinin polietilen bir kateterle aktif olarak aspire edilmesi yerinde olur. Bozun rezektabl kabul edilirse 1/500'lik Mercury Perchloride solusyonuna batırılmış bir kompresle oluğun iyice sarılmalıdır. Bu izolasyonun amacı kanser hücrelerinin etrafa saçılmasını önlemektir. Mezanterin dikkatlice palpe edilmesi ve bu suretle buradaki infiltrate lenf nodüllerinin bulunmasına çalışılması, ayrıca kolonun iyice araştırılarak diğer kısımlarında ikinci bir oluşumun veya polipin varlığının ortaya konulması dikkatli bir cer-

rahın öncelikle yapması gereken özelliklerdir. Karaciğerin metastas yönünden araştırılması çok önemlidir. Eğer intra-peritoneal yayım varsa, palyatif rezeksiyon ve uç - uca anastomoz yapılabilirse, hayatı bir süre uzatabildiği gibi tıkanmayı önleyebilecek en iyi metottur. Buna karşılık peritoneal yayım rezeksiyona imkân vermiyorsa, kısa bir ileo-kolostomi, kolo-kolostomi veya kolostomi ilerde olabilecek tıkanmayı önlemek için mutlak uygulanmalıdır. Tıkanmasız rezekabl kolon tümörlerinde tartışmasız seçilecek ameliyat, radikal çıkarılma ve uç - uca anastomozdur. Kolon kanseri cerrahisinde bugün halen iki evreli Mikulicz'in ekstra peritoneal parsiyel kolektomisinin sınırlı da olsa yeri vardır. Lockhart Mummery'nin ileri sürdüğüne göre şu hallerde uygulanabilir (14).

1 — Ameliyatta hastanın genel durumunun bozulduğu hallerde,

2 — Rutin preoperatif hazırlığa rağmen, ameliyatta barsağın beklenilmeyen derecede dolu olması, kolostomi veya çekostominin tatbik edilemediği hallerde.

Bunların yanında Mikulicz ameliyatının ana dezavantajları da şöyle sıralanabilir :

- 1 — Nekahatin uzaması,
- 2 — Sosyal ve ekonomik güçlük,
- 3 — Geçici ileostomi veya kolostominin bulunması,
- 4 — Derideki açıklığı kapatmak için ikinci bir ameliyat gerekmesi,

5 — Anatomikman primer rezeksiyon ve anastomoz kadar radikal olmaması,

6 — Sağ veya sol hemikolektomiye oranla nüks oranının daha fazla olması.

Uygulanacak ameliyatlar ise :

- 1 — Çekum ve çıkan kolon kanserlerinde :

İleo-çekal valv ile hepatik fleksura arasındaki bölgede yer alan tümörlerde rezekabl olan vak'alarda seçilecek ameliyat sağ hemikolektomi ve uç - uca anastomoz tatbikidir.

Teknik şudur : Transvers kolon eksizyonunun ucundan sağlam bir düğümle bağlanır, aynı şekilde ileum da çıkarılacak segmentin proksimal ucundan iyice bağlanır. Gastro - kolik omentum midenin büyük eğriliğinin distal yarısına kadar parça parça ayrılarak bağlandıktan sonra hepato - kolik bağ kesilerek fleksura hepatica serbestleştirilir. Çekum ve çıkan kolon, ileo - kolik ve sağ kolik damarlar Art. Mesenterica superior'a yakın bir kısmından bağlanıp ayrıldıktan sonra Toldt'un beyaz çizgisinin (White-Line), ayrılması ile mobilize edilirler. İleum, ileo-çekal valv'den 30 cm. uzaktan bağlanır. Sağ yarının mezenterisi ve onunla birlikte lenf nodülleri parça ile beraber çıkarılır. Transvers kolon önceden bağlandığı yerden pense edilerek kesilir. Bu ameliyat sırasında korunması gereken organlar şunlar olmalıdır. Sağ üreter, spermatik veya over damarları, V. Cava inf. ve duodenumun retro-kolik kısmı. Rhoads'a göre en fazla dikkati gerektiren organ kolon tümörünün yapışık olabileceği duodenumdur. Art. Colica media'nın sağ dalının bu disseksiyonda izole edilip, bağlanıp kesilmesi gerektiğini belirtmek yerinde olur. Fleksura hepatica tümörü vak'alarında Art. Colica media'nın tamamı parça ile birlikte çıkarılır. İntestinal kanalın devamlılığı uç - uca ileo-kolostomi ile temin edilir. Bu ağızlaşma yapılırken pens kullanılmaması, iç tabakaya tek tek ipek dikişler konulması kolay olduğu kadar da emin bir işlemdir. Sağ hemikolektomi'nin teknik yönü kapalı metodla uç - uca anastomoz yapan Dr. J. Peyton Barnes tarafından tarif edilmiştir. Sağ kolon kanserlerinde primer anastomozla beraber sağ hemikolektomi karın cerrahisinde en çok yüz güldürücü ameliyatlardan biridir. Bu konuda çeşitli dünya literatürleri incelendi ve kliniğimizde uygulanan ameliyat sonuçları ile karşılaştırıldı.

Charles, K. Mc. Sherry ve arkadaşlarının 268 vak'alık sağ kolon kanseri olan serisinde yapılan ameliyatlar ve sonuçları şöyle belirtiliyor (4).

|     |                  |                                                                     |
|-----|------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 166 | vak'aya (% 61.9) | Küratif rezeksiyon                                                  |
| 76  | »                | ..... Palyatif sağ hemikolektomi ve daha azında Proksimal kolostomi |
| 14  | »                | ..... Ameliyat edilmedi                                             |
| 6   | »                | ..... Hastaneye geldikten kısa bir süre sonra öldü                  |
| 5   | »                | ..... Ameliyatı kabul etmedi                                        |

3 » ..... Terminal devrede oldukları için ameliyat edilmedi.

Küratif rezeksiyon yapılan 166 hastada post-operatif ölüm oranı % 6 yani 10 hastadır.

Dukes A lezyonları olan 46 hastadan 28 (% 60.9) i 5 yıldan fazla yaşamış,

Dukes B lezyonları olan 84 hastadan 45 (% 53.6) i 5 yıl yaşamış,

Dukes C lezyonları olan 36 hastadan 10 (% 27.8) i 5 yıl yaşamış.

A. Ü. Tıp Fakültesi 1 Şirürji Kliniğinde 1959 - 1968 yılları arasında tesbit edilen 74 kolon kanserli hastadan 26 tanesinde sağ kolon tümörü tesbit edilmiştir.

26 vak'adan 12 tanesine (% 46.1) Küratif rezeksiyon uygulandı.

26 vak'adan 14 tanesine (% 53.8) Palyatif ameliyatlar uygulandı.

Bu vak'alardan küratif rezeksiyon yapılanlarda :

5 yıldan fazla yaşama şansı oranı % 33.3

5 yıllık yaşama şansı oranı % 25

5 yıldan az yaşama süresi oranı % 41.5

Ameliyat mortalitesi yok.

2 — Fleksura hepatis kanserlerinde :

Philips, Waugh ve Docketry fleksura hepatis'in bölgesel lenfatik drenajı konusunda cerrahi yönden önemi büyük olan bir çalışma yapmışlar ve görüşlerini şöyle belirtmişlerdir (18).

a — Art. Colica media'nın sağ dalını takip eden lenfatik zincir, flx. hepatis'in en önemli lenfatik drenaj yoludur. Bu nedenle kolonun bu segmentindeki bozunlarda, bu yolun lenfatik metastazın yolu olması beklenmelidir.

b — Bazı vak'alarda sağ kolik ve ileo-kolik kanallar flx. hepatis'ten lenf drenajı ederler.

c — Art. Colica media'nın sadece sağ dalının çıkarılması medial kolik zincirini tamamen çıkarılmasını sağlamaz. Bu sebeple nodüllerin esas gurubu genellikle cerrahi çıkarmanın dışında kalır.

d — Hepatik fleksura'daki bir oluşumda, sağ hemikolektomi uygulanması sırasında Art. Colica media'nın tamamen çıkarılması gerekir. Burada ileo-kolik ağızlaşmanın veya sol transvers kolonun kalan kısmının kan dolaşımının tehlikeye gireceğinden korkmamalıdır.

e — Bu şekilde sağ hemikolektominin kolay ve emin olması ana lenf nodüllerine metastatik yayılımın olması dolayısıyla, Art. Colica media'nın çıkış yerinden bağlanması ve ana lenf nodüllerinin çıkarılması ile mümkün olur. Yani oluşum flx. hepatica'da ise Art. Colica media'nın Art. Mesenterica superior'dan çıktığı yerden bağlanması gerekmektedir.

#### Teknik :

Yukardaki çalışmaların ışığı altında hepatik fleksurada oturan tümörler için ideal ameliyatın sağ hemikolektomi olduğuna inanıyoruz.

#### 3 — Transvers kolon tümörlerinde :

Burada yerleşen oluşum, özellikle yüksek derecede olanlar, transvers kolonun orta kısmında bir yerleşme gösteriyorsa, transvers kolonla birlikte ileum'un son 25 cm. lik kısmının, sağ kolonun, flx. splenikanın ve inen kolonun üst yarısının, omentum major ve ilgili mezanterlerinde de çıkarılmasını gerektirmektedir. Ayrıca ileo-kolik, sağ kolik ve orta kolik damarların çıkış yerlerinden bağlanıp kesilmesi genel bir kaidedir. Daha sonra ameliyat uç - uca bir ileo-kolostomi ile tamamlanır. Düşük dereceli tümörlerde medial kolik damarlarla, ilişkin lenf nodülü zincirinde lenfatik yayılım minimal veya negatif olabilir. Bu gibi durumlarda, her iki kolon fleksurasının tamamen mobilize edilerek Art. Colica media, gastro-kolik damarlar ve büyük omentumu rezeksiyon içine almak gerekir. Böylece transvers kolon tamamen çıkarıldıktan sonra ameliyat uç - uca bir kolo-kolostomi ile tamamlanır.

#### 4 — Splenik fleksuradaki tümörlerde :

Tümör çok seyrek hallerde dalak, sol böbrek, pankreas veya bu organların hepsine birden yapışık olur. Böyle bir durumda radikal bir rezeksiyon, splenektomi, distal pankreatektomi ve sol nefrektomiye de içine alınmalıdır. Çoğu zaman splenik fleksura ve inen kolon tümörlerinde sol hemikolektomi ile iyi sonuçlar alınmaktadır.

5 — İnen kolon kanserlerinde :

Uygulanacak ameliyat sol hemikolektomi olmalıdır. Sol hemikolektomi deyimi ile transvers kolonun sol yarısını, flx. splenika, inen kolon ve sigmoid kolonun da yarısından fazlasının çıkarıldığı bir ameliyat şekli anlaşılmalıdır. Ameliyat V. Mesenterica inferior ve Art. Mesenterica inferior'un aortadan çıktığı noktadan ligatüre edilmesiyle daha radikal şekilde yapılmalıdır. Transvers kolon mobilize edilerek aşağıya doğru çekilir ve intestinal kanalın devamlılığı için rekto-sigmoid veya intra-peritoneal rektum ağzlaştırılır.

6 — Sigmoid kolon tümörlerinde :

Kolonla kanserin en çok yerleştiği yerdir. Art. ve Vena Mesenterica superior bağlanarak rezeksiyondan sonra inen kolon rektumun üst kısmı ile ağzlaştırılır.

Kolon rezeksiyonu ameliyatlarında göz önüne alınacak prensipleri toparlarsak :

- 1 — Hastanın ameliyata iyi hazırlanması,
- 2 — Kolonun ameliyat için en iyi şekilde hazırlanması,
- 3 — Hasta için en uygun anestetik maddenin seçilmesi,
- 4 — Ameliyat için en uygun kesinin planlanması.
- 5 — Çıkarılacak kolonun sınırlarının tesbiti ve buralardan kolon lümeninin bağlanarak kapatılması (İntra-müral yayılmayı önlemek için),
- 6 — Mümkün olduğu hallerde Trunbull'un el değmeyen tekniğinin kullanılması,
- 7 — Ağızlaşma çizgisinde gerginlik olmaması için kolonun yeterli mobilizasyonu,
- 8 — Tümör kitlesi ile birlikte geniş bir çıkarılma yapılması,
- 9 — Ağızlaşacak segmentlerin yeterli beslenmesini sağlamak,
- 10 — Ağızlaşmanın mutlaka uç - uca yapılması, ancak uygun olmayan vak'alarda diğer tiplerin denenmesi,
- 11 — Karnın iyi kapatılması ve hastanın erken ayağa kaldırılması,
- 12 — Anastomoz çizgisinde gerginlik veya beslenmesinde şüphe varsa proksimal bir kolostominin veya çekostominin yapılması.

Yukardaki prensipler içersinde kliniğimizde yapılan kolon ameliyatlarındaki bulgularımız :

- 14 vak'ada Kolon mezosunda irili ufaklı ganglionlar  
 10 » Karaciğer metastası : Bunlardan 4 tanesine me-  
 tastaza rağmen şu ameliyatlar uygulanmıştır.  
     1 tanesine sağ hemikolektomi  
     1 tanesine sol hemikolektomi  
     2 tanesine sigma rezeksiyonu  
 4 » Karın duvarında yapışıklık  
 1 » Midede infiltrasyon. Bu vak'aya çıkın kolon, trans-  
 vers kolon rezeksiyonları, splenektomi, subtotal  
 gastrektomi ve ileo-kolostomi yapılmıştır.  
 1 » Uterusta infiltrasyon

#### Histo-patolojik sonuçlar :

50 vak'anın Papiller veya Mucoïd Adeno kanser

- 1 » Retuculo-cell Ca  
 1 » Leiomyoma  
 1 » Carcinoma simplex  
 1 » Ülserasyonlu nonspesifik iltihap olarak gelmiştir.

#### Görülen yandaş hastalıklar :

1 vak'ada Kolitis ülseroza

1 » Tüberküloz

2 » Polipozis

#### Ameliyat sonu erken karışmalar :

7 vak'ada anastomozdan sızıntı ve lokal peritonit. Bunlardan  
 1 vak'a klinikte öldü (% 9.4).

3 vak'ada anastomozdan sızıntı ve yaygın peritonit. Bu vak'a-  
 lar klinikte kaybedilmiştir (% 4.5).

3 vak'ada ameliyat kesi yerinde süpürasyon (% 4.5).

1 vak'amızı ameliyattan hemen sonra dolaşım yetmezliği ne-  
 deni ile kaybettik.

### TARTIŞMA

Buraya kadar kolonların çeşitli segmentlerinde yerleşen olu-  
 şumların bulundukları yere göre radikal ameliyat tekniklerinin se-  
 çiminden bahsettik. Görüyoruzki bugünkü inanış, tümör nerde olur-  
 sa olsun, ameliyatın ana prensibi primer rezeksiyon ve uç - uca  
 anastomoz tekniğine dayanmaktadır. Ağızlaşma tekniğinin ilerle-  
 mesi ve antibiotiklerle ameliyat önu devrede barsağın iyice hazır-

lanmasının mümkün oluşu nedeni ile, artık basıngtan kurtarıcı proksimal kolostomili ameliyatlar eskisi kadar yaygın bir alan bulamamaktadır. Proksimal kolostomiye ancak iyice hazırlanmasına rağmen, barsağı ameliyat sırasında yine de fazla dışkı ile dolu bulursak veyahutta akut tıkanmalı vak'alarda barsağın hazırlanmasına yeterli zaman bulamadığımız anlarda ve acil olarak ameliyata almak durumunda bulunduğumuz hastalarda uyguluyoruz.

Kolon kanserlerinde lokal fiksasyon, uzak lenf metastazlarının bulunması ve komşu organların hastalığa karışma derecesi, inoperabilite sınırları içersine girer. Fakat bu vak'alar için de çeşitli literatürlerde % 95 oranına kadar ulaşan ve inoperabl olduğu halde rezeksiyona elverişli olanların da bulunduğunu biliyoruz. Bu oran gözönünde bulundurulacak olursa, cesur bir cerrah, yeterli bir lenfatik çıkarmanın yapıldığı şüpheli olan vak'alar da bile primer olarak bozunu çıkarmayı düşünmelidir. Karaciğer metastazlarının bulunduğu vak'alarda bile yapılan çıkarmalarda hastalar belki daha uzun süre yaşamıyor, ama hiç olmazsa daha iyi yaşıyorlar. Ancak tümör tamamen çıkarılamaz bir durumda, hattâ palyatif çıkarmayı bile mümkün kılmayacak derecede peritoneal yayılım varsa, bu takdirde diğer palyatif ameliyatları düşünmek gerekir. Araştırmalar göstermiştir ki, inoperabl kabul edilen vak'alarda, palyatif olarak kolostomi yerine rezeksiyon yapılan vak'alarda morbidite belirli olarak düşmektedir. Hattâ palyatif olarak yapılan çıkarmalardan sonra 5 yıllık yaşama oranının % 3.1 olarak gösterildiği araştırmalar vardır (15).

Kolon kanserlerinde cerrahi tedavi sonuçları, kanserin dokunluluğuna ve bunun lokal ve lenfatik yayılma derecesine bağlıdır. Dokunlu oluşumların çıkarılabilme oranının % 95 gibi yüksek bir değerde oluşuna karşılık, ameliyat mortalite oranının % 2.5 gibi düşük düzeyde olması bizi vak'anın operabilite sınırı ne olursa olsun daima cerrahi bir çıkarma düşüncesine zorlamaktadır. İncelenen literatürler bu düşüncemizi destekler yöndedir. Örneğin MAYO kliniğinde 1907 - 1938 yılları arasında kolon kanserlerinden ötürü rezeksiyon yapılan 8000 vak'anın ameliyat mortalitesi % 18.5 iken, 1942 de rezeksiyon yapılan 879 vak'ada mortalite % 5.1 e, 1964'te ameliyat edilen vak'alarda mortalitenin % 2 ye kadar düşüğü belirtiliyor (18). Allen 1945 - 1949 yılları arasında kolon re-

zeksiyonu yaptığı 129 kolon kanseri vak'asında ameliyat mortalitesini % 2.4 olarak tesbit etmiş. A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Şirürji Kliniğinde incelediğimiz 74 kolon kanserli hastada rezeksiyon oranını % 94.5 ve ameliyat mortalitesini % 2.7 olarak tesbit ettik.

Genellikle bütün kliniklerde yeterli çıkarılma yapılan hastalarda 5 yıllık yaşama oranı % 50 olarak bildiriliyor. Rupert Turnbull 950 vak'ada 5 yıllık yaşama süresini % 54.1, operabilite oranını % 84.2 ve ameliyat mortalitesini % 2.3 olarak gösteriyor (21). LAHEY kliniğinin 5 yıllık yaşama oranı % 55 tir. Ransom küratif ameliyat uyguladığı 352 vak'anın : % 72 sinin 3 yıl, % 63 ünün 5 yıl, % 48 inin 10 yıl, % 38 inin 15 yıl yaşadığını ifade ediyor. Smiddy ve Goligher hepatik ve çıkarılamayan metastazı olmayan, radikal sağ veya sol hemikolektomi yaptığı vak'alarda 5 yıllık yaşama oranını % 50 olarak bildirmişlerdir (21).

Kolon kanserlerinde prognozu etkileyen unsurlar arasında :

- a — Yaş ve cins,
  - b — Mikroskopik yayılma ve lenf nodüllerine olan yayımın genişliği,
  - c — Tümörün yerleşme yerinin etkisi.
- gibi özellikleri de saymak gerekir.

a — Genç hastalarda genellikle prognozun daha kötü olduğu bilinen bir gerçektir. Yapılan bir araştırmaya göre : 40 yaş altındakiler için 5 yıllık yaşama oranı % 35.2, 40 yaşın üstündeki için ise % 39.1 olarak gösteriliyor (15). 40 yaşın üstündeki kadınlar için bu oran daha da yüksek bulunmuştur. % 47.3 gibi.

b — Kolon kanserlerinde belirtilerin başlangıcı ile ameliyat arasındaki zamanı kıyaslayarak erken klinik tanının rolünü değerlendirmek imkânsızdır. Buna rağmen tümörü etkileyen ve onunla ilgili birçok faktörün öğrenilmesi ile, erken tanı ve tedavinin yaşama şansı oranını arttırmasındaki önem meydandadır. Yaşama şansını etkileyen en önemli unsurlardan birisi hiç şüphe yoktur ki lenf nodüllerine olan makroskopik ve mikroskopik yayımın genişliğidir. Barsak duvarındaki yaygınlık derecesi dikkate alınmazsa, ameliyattan sonraki 3 - 15 yıl arasında yaşama oranını etkileyen önemli bir sebeptir.

Özellikle seçtiğimiz vak'alar arasında total adenektomi uygulanan ve uygulanmayan vak'alarda 5 yıllık yaşama oranı yönünden farklar tesbit ettik. 5 yıllık yaşama oranı adenektomi yapılanlarda % 33.3, adenektomi yapılmıyanlarda ise % 25 olarak bulundu.

c — Genellikle prognoz, sağ kolon tümörlerinde sola oranla daha iyidir. Gilchrist ve David yayınladıkları bir seride, sağ kolon kanseri nedeniyle ameliyat edilen hastalarda, piyesin mikroskopik incelemesinde lenf nodüllerinin infiltre olduğu tesbit edilen vak'alarda bile yaşama oranını % 70 olarak vermişlerdir (18). Halbuki aynı yazarlar sol kolon için bu oranı % 32 olarak veriyorlar. Maurice Galante ve arkadaşlarının verdikleri incelemelerde sağ kolon için bu oran % 67.1, sol kolon için ise % 58.6 dır (15). A. Ü. Tıp Fakültesi 1. Şirürji Kliniğinde aynı oran sağ kolon % 33.3, sol kolon için ise % 16.6 olarak tesbit edilmiştir.

Bu incelemelerimizin ışığı altında bütün kolon kanserlerinde radikal bir ameliyattan alınacak sonuca etki eden faktörleri şöyle sıralıyabiliriz :

- 1 — Erken klinik tanı,
- 2 — Hastanın genel durumu ve yaşı,
- 3 — Hastanın ameliyata hazırlanması,
- 4 — Tümörün yerleşme yeri,
- 5 — Hastalığın yaygınlık derecesi ve uygulanacak ameliyatın iyice planlanması.

### ÖZET

1959 - 1968 yılları arasında, kliniğimizde tedavi edilen 74 kolon kanseri vak'ası incelendi. 74 vak'ada yaş ve cins, klinik belirtiler, tümörün lokalizasyonu, yapılan ameliyat şekli üzerinde durulmuştur.

Ameliyat öncesi hazırlığını öneminden, ameliyat bulgularına ve tümörün lokalizasyonuna göre uygulanacak radikal ameliyatların seçiminden bahsedilmiştir.

74 vak'adan 50 sinin ameliyattaki yaygınlık derecesi, 54 ünün histo-patolojik tnaısı verilmiş, 4 vak'ada yandaş olarak rastlanılan hastalıklar ve 14 vak'ada erken karışmalardan bahsedilmiştir.

Kolon kanserlerinin prognozu üzerinde durulmuş, yaşlı hastalarda (% 39.1), gençlere oranla (% 35.2), rezeksiyon sırasında total adenektomi yapılan vak'alarda (% 33.3), yapılmıyanlara oranla (% 25) 5 yıllık yaşama süresinin daha uzun olduğu, sağ kolon tümörlerinde, sola oranla prognozun daha iyi sonuçlandığına işaret edilmiştir.

Bütün kolon kanserlerinde ameliyatla alınacak sonuca etki eden faktörler tartışıldığı zaman, erken klinik tanının, hastanın genel durumunun ve yaşının, tümörün lokalizasyonu ve yaygınlık derecesinin, uygun ameliyat seçiminin önemli etkenler olduğu ortaya çıkmıştır.

#### SUMMARY

Operations performed for colon cancers in our clinic aid their results

74 Colon cancer cases treated between 1959 - 1968 in our clinic has been discussed. The age, sex, clinical findings, localisation of the tumor and the type of operation employed an these cases has been expressed.

The importance of preoperative preparation and the choise of radical method due to findings at operation and to the localisation of the tunor has been reported.

The prognosis in all colon cansers has been followed. The 5 year survival rate has been found better in aged patients (39,1 %) than in young (35,2 %) and in cases with total adenectomy during operation (33,3 %) than cases without total adenectomy (25 %). Besides the prognosis has been found better in right colon cansers than in the left sited cases.

In discussing the factors influensng the results in all colon cansers operations, early clinical diagnosis, the age and general condition of the patient, the localisation and extend of the tumor and the choise of proper type for operation was evaluated as features of great importance.

LİTERATÜR

- 1 — AKTAN, H.: Kolonun prekanseröz hastalıkları. Onkoloji Enst. Konferansları 2: 159, 1967.
- 2 — BACON, H. E. and TAVENNER, M. C.: Multiple Primary Malignant Tumors Involving the Colon and Rectum: Report of Ninety-Four Cases. Amer. J. Surg., 83: 55, 1952.
- 3 — BARONO FSKY, I. D.: Primary resection and Aseptic End-o-End anastomosis for Acute or Subacute Large Bowel Obstruction Surgery., 27: 664, 1950.
- 4 — CHARLES, K. McHERRY, M. D., GEORGE, N. CORNELL, M. D.; FRANK GLENN, M. D.: Carcinoma of the Colon and Rectum. Annals of Surg. 169: 502, 1969.
- 5 — COHN, I. Jr.: Neomycine-Nystatine for Preoperative Preparation of Colon. Amer. Surg. 22: 301, 1956.
- 6 — DUKES, C. E.: The Surgical Pathology of Rectal Cancer. Proc. Roy. Soc. Med., 37: 131, 1944.
- 7 — DUKES, C. E.: The Classification of Cancer of the Rectum. J. Path. Bact., 35: 323, 1932.
- 8 — DUNPHY, J. E., PATTERSON, W. B. and LEGG, M. A.: Etiologic Factors in Polyposis and Carcinoma of the Colon. Amer. Surg., 150: 488, 1959.
- 9 — GORBON, B.: Cerrahi patoloji, 715 İstanbul 1950.
- 10 — HARTMANN, G. and HAUCHILD, E.: Ergebnisse Nach Behandlung des Carcinoms, Langenbecks Arch. Clin. Chir., 314: 207, 1966.
- 11 — HURT, H. H. and BRODERS, A. C.: Multiple Primary Malignant Neoplasm. J. Lab. Clin. Med., 18: 765, 1933.
- 12 — J. G. GOLIGHER: Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Bailliere Tindal, Cassel Second Edition. 1, 26, 522, 1967.
- 13 — LANGMAN, M. J. S.: Current Trends in the Epidemiology of Cancer of The Colon and Rectum. Proc. R. Soc. Med., 60: 210, 1967.
- 14 — LOCKHART-MUMMERY, H. E.: Discussion on the Management of Acute Large Bowel Obstruction due to Carcinoma., Proc. R. Soc. Med., 44: 785, 1951.
- 15 — MAURICE GALANTE, M. D., J. ENGLEBERT DUNPHY, M. D. WILLIAM S. FLETCHER, M. D.: Cancer of the Colon. Ann. Surg., 165: 732, 1967.
- 16 — PELTOKALLIO, P.: Carcinoma of the Colon. A. Clinical Study of 603 Patients. Acta Cris. Scaud. Suppl., 350: 1, 1965.
- 17 — QUEN, J.: Traite de Technique de Chirurgicale., 6: 890, 1955.
- 18 — RODNEY MAINGOT: Abdominal Operations. Appleton-Century-Crofts 1969. P. 1614, 1620, 1623, 1625, 1626.
- 19 — ROUSSELOT, L. M. COLE, D. R. SLATTERY, J., GROSSI, C. E. and GONZALES, E. M.: Intraluminal Chemotherapy Adjuvant. To Operation for Cancer of the Colon and Rectum. Amer. Surg., 162: 87, 1965.

- 20 — RUFF, C. C., DOCKERTY, M. P., FRICK R. E. and WAUGH, J. M. : Preoperative Radiation Therapy for Adenocarcinoma of the Rectum and Recto-Sigmoid. Surg. Gynec. Obstet. 112: 715, 1961.
- 21 — RUPERT, B. TURNBULL, Jr. M. D., KENNETH KYLE, M. B., M. CH., FRANK R. WATSON Ph. D., JOHN SPARTT. M. D. : Cancer of the Colon. Ann. Surg. 166: 420, 1967.
- 22 — SAMES, C. P. : Resection of Carcinoma of the Colon in the Presence of Obstruction. Lancet, 2: 948, 1960.
- 23 — SMIDDY, F. G., GOLIGHER, J. C. : Results of Surgery in Treatment of Cancen of the Large Intestina. Brith. Med. J : 1: 793, 1957.
- 24 — SURGERY PRIUCIPLES and PRACTICE J. B. : Lippincott Company Second Edition 1961 Philadelphia-Montreal. P. 977.
- 25 — W. A. ALTEMEIER, M. D. F. A. C. S. : The Surgical Clinics of North America. 45: 1087 - 1965.
- 26 — WILDER, T. C., DOCKERTY, M. B., and WAUGH, J. M. : A Clinicopat-hologic Study of Obstructing Carcinomas of the Right Portion of the Colon. Surg. Gynec. Obstet. 113: 353, 1961.
- 27 — YAYCIOĞLU, A. : Sağ kolon kanserlerinin prognoz ve mortalitesi üzere bir çalışma. A. Ü. Tıp Fak. Yayınları. S. 149 - 1968.

(Mecmuaya geldiği tarih : 15 Eylül 1970)