

Rektum ve sigmoid kolondaki lateral spreading tümörün endoskopik submukozal diseksiyon ile tedavisi: Olgu sunumu

Treatment of laterally spreading tumor in the rectum and sigmoid colon by endoscopic submucosal dissection: A case report

Fatih ASLAN¹, Emrah ALPER¹, Zehra AKPINAR¹, Neşe EKİNCİ², Ali Rıza ŞEREN³, Melek KÜÇÜK¹, Belkis ÜNSAL¹

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, ²Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, ³Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir

Endoskopik submukozal diseksiyon, submukoza ve lenf nodu tutulumu olmayan, erken evre çok büyük lezyonlarda, lezyonun tek parça çıkarılabilmesini sağlayarak doğru ve kesin patolojik değerlendirilmeyi sağlayan etkin bir tedavi yöntemidir. Kolorektal endoskopik submukozal diseksiyon, kolonun anatomik özellikleri, daha uzun işlem süresi gerektirmesi ve işleme bağlı perforasyonların görülmesi nedeniyle gastrik endoskopik submukozal diseksiyon kadar sık uygulanmamaktadır. Kolorektal endoskopik submukozal diseksiyonla başarılı olarak çıkarılmış olan rektumdan başlayıp sigmoid kolona uzanan, 95x70 mm boyutlarında, "villos adenom zemininde gelişmiş intramukozal karsinom" olgusunu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal endoskopik submukozal diseksiyon, lateral yayımlı tümör

Endoscopic submucosal dissection is an effective and safe method, enabling en bloc complete resection of lesions, even large early-stage gastrointestinal tumors without submucosal and lymph node involvement, providing an accurate and precise pathological examination. Due to the anatomical features of the colon, longer duration of the procedure and increased risk of perforations due to the procedure, colorectal endoscopic submucosal dissection is not as widely performed as gastric endoscopic submucosal dissection. We report a case of "intramucosal carcinoma developed on the basis of villous adenoma" measuring 95x70 mm in diameter, starting from the rectum and extending to the sigmoid colon, which was successfully resected by colorectal endoscopic submucosal dissection.

Keywords: Colorectal endoscopic submucosal dissection, lateral spreading tumor

GİRİŞ

Endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) 1990 yıllarının sonunda Japonya'da geliştirilmiş, erken mide kanserlerinin tek parça olarak çıkarılabilmesini sağlayan yöntemdir (1,2). ESD submukozal ve lenf nodu tutulumu olmayan erken evre çok büyük lezyonlarda bile lezyonun tek parça çıkarılabilmesini sağlayarak doğru ve kesin patolojik değerlendirilmeyi sağlar (3). Kolon lümeninin uzun ve dar olması, keskin ve dar açılardan bulunması ve kolon duvarının ince olması gibi, kolonun anatomik özelliklerinin mide ve özofagustan farklı olması nedeniyle, kolorektal ESD gastrik ESD'ye göre daha zordur (4). Bunun yanında kolorektal ESD gastrik ESD'ye göre daha uzun işlem süresi gerektirmesi ve işlem sırasında ve sonrasında gecikmiş perforasyonların sık görülmesi nedeniyle sık uygulanmamaktadır (4,5). Rektumdan başlayıp sigmoid kolona

uzanan "villos adenom zemininde gelişmiş intramukozal karsinomda" ESD uygulamamızı sunuyoruz.

OLGU

Altmış yaşında erkek hasta, kabızlık ve rektal kanama yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Kolonoskopik incelemede anal kanal girişinden itibaren 5 cm'den başlayıp, sigmoid kolona uzanan, lümenin yarısını tutan, yaklaşık 95x70 mm boyutlarında, bazı alanlarda flat olarak devam eden polipoid karakterde lezyon saptandı (Resim 1A, 1B). Histopatolojik incelemede lezyon "villos adenom zemininde gelişmiş intramukozal karsinom" olarak raporlandı. Endoskopik ultrasonografik incelemede submukoza salimdi ve lenf nodu tutulumu yoktu. Hastaya anestezi altında ESD planlandı. İşlem öncesi lezyon sınırları indigokarmin

Adres: Fatih ASLAN

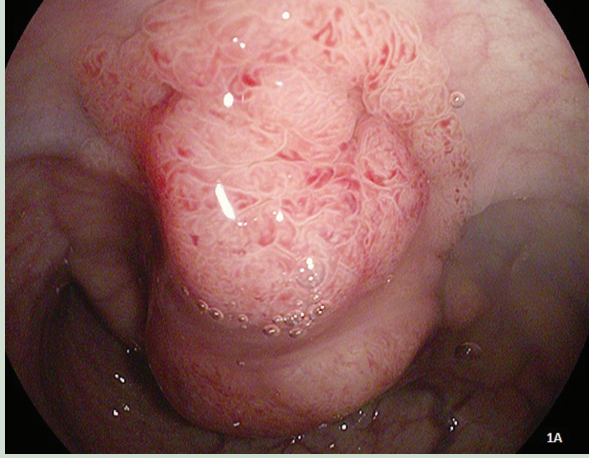
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gastroenteroloji Kliniği 35160, Karabağlar, İzmir, Türkiye

Tel: +90 232 244 44 44 / 1910 • E-posta: drfatihhaslan@hotmail.com

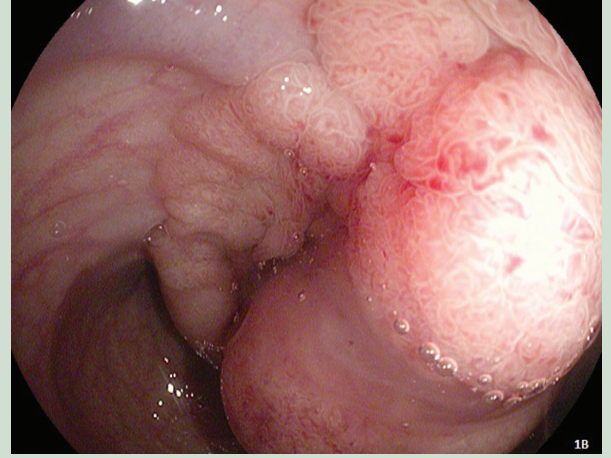
Geliş Tarihi: 13.08.2013 • **Kabul Tarihi:** 26.10.2013

(%0,4) ile boyanarak belirlendi. Lezyon lateral spreading tumor granuler tip, Kudo IV olarak kabul edildi. Lezyon tabanına hyarulonik asit, serum fizyolojik, adrenalin ve indigokarmin karışımı verilerek elevasyon sağlandı. Lezyon kenarları aşamalı olarak Hook Knife (KD-620QR, Olym-

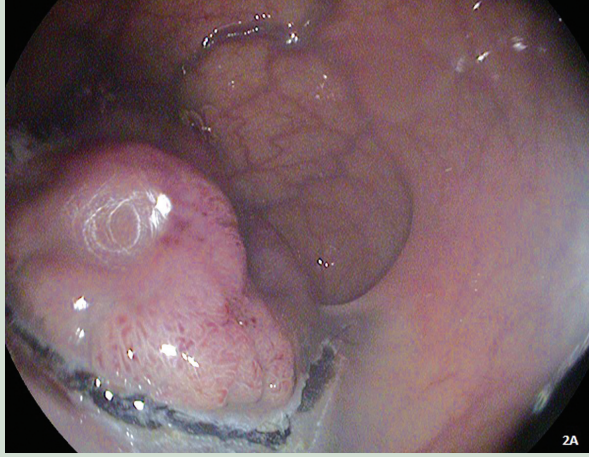
pus-Japonya) ve IT-Knife 2 (KD-611L, Olympus-Japonya) ile kesildi (Resim 2A, 2B). Lezyon tabanı IT-knife 2 ile diseksiyon edilerek lezyon tek parça olarak serbest hale getirildi ve dışarı alındı (Resim 3A). Lezyon tabanındaki kanamalı vasküler alanlar hemostatik forsepsle koagüle edildi. İş-



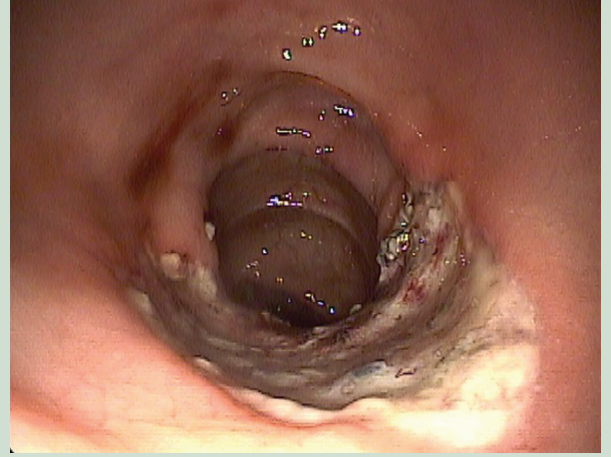
Resim 1A. Lateral yayımlı tümör (Paris 1s+2a) endoskopik görünümü.



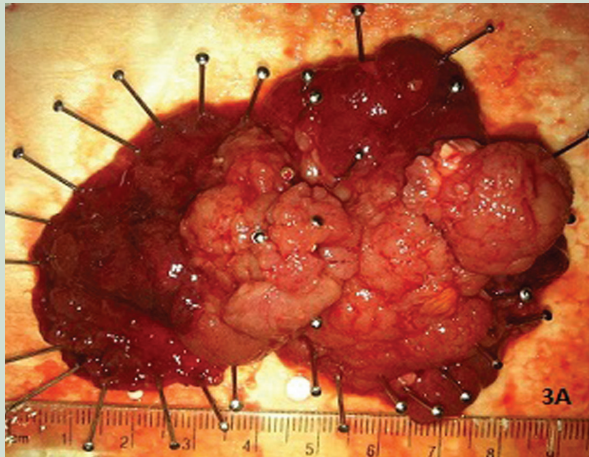
Resim 1B. Lateral yayımlı tümör (Paris 1s+2a) endoskopik görünümü.



Resim 2A. Lateral insizyon.



Resim 2B. ESD'den 1 gün sonra ülser alan (ESD alanı).



Resim 3A. Lezyonun tek parça olarak çıkarılmış görünümü.



Resim 3B. ESD'den 2 ay sonra ESD alanının iyileşmiş endoskopik görünümü.

lem sırasında ve sonrasında komplikasyon olmadı. Histopatolojik incelemede lateral sınırları ve submukozal alanı salim olan "viloz adenom zemininde gelişmiş intramukozal karsinom" olarak raporlandı. Hastanın 1. ay ve 4. ay kontrol kolonoskopisinde nüks lezyon saptanmadı (Resim 3B).

TARTIŞMA

Özofagus ve gastrik ESD Japonya'da standart terapötik işlem olarak görülmesine rağmen, kolorektal ESD teknik zorlukları ve peritonitle sonuçlanabilen artmış perforasyon riskinden dolayı daha az uygulanan ve deneyim gerektiren bir tedavi yöntemidir (4,5). Son çalışmalar ve meta-analizlere göre ESD sırasında ve sonrasında gelişebilecek tüm komplikasyonlar cerrahi tedavi gerektirmeden endoskopik ve medikal tedaviyle düzelebilmektedir (6,7). Komplikasyon riski ve komplikasyona yönelik tedavi yöntemleri dikkate alındığında bu hastalarda ESD uygun bir tedavi seçimi midir? Bu hastalarda kesin tedavi olarak cerrahi tedavinin uygunluğu nerededir? Bu sorular son yıllara kadar hep tartışılmış olmasına rağmen meta-analizlerin ve uzun dönem çalışmaların sonuçlarında, cerrahi tedaviye kıyasla morbitide ve mortalitenin az olması, anatomik yapının korunması ve hastanın yaşam kalitesinin artması bu yöntemin diğer faydalarını ortaya koymaktadır (6-10). Olgumuzda rektum 5. cm'den başlayan ve sigmoid kolona uzanan lezyon için cerrahi tedaviye kıyasla daha az komplike, yaşam kalitesini arttıran, ESD yöntemini uyguladık.

Japon kılavuzlarına göre kolorektal ESD endikasyonlarını; 20-30 mm 2a, 2c veya 2a+2c tip, lateral spreading tümörler-[non-granuler tip (LSTs-NG)], >30 mm 1s-2a lateral spreading tümörler-[granuler tip (LSTs-G)], >30 mm 1s tip viloz adenomlar, 10-20 mm çapında rezidüel veya nüks tümörler, 10-20 mm çapında rektal karsinoid tümörler oluşturmaktadır (4,10). Olgumuzda 95x70 mm boyutlarında, lümenin yarısından fazlasını tutan, Paris sınıflamasına göre 0-1s+2a tip, lateral spreading tümör-granüler tip lezyon mevcuttu.

KAYNAKLAR

1. Inoue H, Takeshita K, Hori H, et al. Endoscopic mucosal resection with a cap-fitted panendoscope for esophagus, stomach, and colon mucosal lesions. *Gastrointest Endosc* 1993;39:58-62.
2. Yamamoto H, Sekine Y, Higashizawa T, et al. Successful en bloc resection of a large superficial gastric cancer by using sodium hyaluronate and electrocautery incision forceps. *Gastrointest Endosc* 2001;54:629-32.
3. Yamamoto H, Kita H. Endoscopic therapy of early gastric cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005;19:909-26.
4. Saito Y, Uraoka T, Yamaguchi Y, et al. A prospective, multicenter study of 1111 colorectal endoscopic submucosal dissections (with video). *Gastrointest Endosc* 2010;72:1217-25.
5. Uraoka T, Saito Y, Yahagi N. What are the latest developments in colorectal endoscopic submucosal dissection? *World J Gastrointest Endosc* 2012;4:296-300.
6. Yamamoto H. Endoscopic submucosal dissection—current success and future directions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2012;9:519-29.
7. Tanaka S, Terasaki M, Hayashi N, et al. Warning for unprincipled colorectal endoscopic submucosal dissection: accurate diagnosis and reasonable treatment strategy. *Dig Endosc* 2013;25:107-16.

LSTs kolonda vertikal yayılımdan daha çok horizontal yayılan ve genellikle >10 mm'den büyük lezyonlardır (11). Morfolojik görünümüne göre granuler tip ve non-granuler tip lezyonlar olarak ayrılırlar (12). LST-NG tip lezyonlarda, LSTs-G tip lezyonlara göre submukozal invazyon sıklığı daha fazladır (sırasıyla %14 ile %7) (13). LSTs-G tip lezyonların büyük nodüllerinde submukozal invazyon olasılığının diğer alanlara göre daha fazla olabileceği bildirilmiştir. (7,13). Bu lezyonların pit paterni genellikle tip II, III ve IV tipinde olup, adenomatöz özellik taşımaktadır. TipVN derin invazyon göstergesidir. Lezyonların pit paterni kromoendoskopiyle (indigokarmin boyama) kolaylıkla ayırt edilebilir (11, 14). Olgumuza kromoendoskopik incelemeye göre LST-Granuler tip, Kudo IV olarak tanı konuldu. Hem işlem öncesi endoskopik ultrasonografik hem de ESD sonrası histopatolojik incelemede invazyon bulgusuna rastlanmadı.

ESD'nin endoskopik mukozal rezeksiyona (EMR) göre en önemli avantajı, önceden cerrahi olarak tedavi edilen büyük lezyonların tek parça olarak çıkarılabilmesini sağlayan yöntem olmasıdır. Meta-analizlere göre kolorektal EMR'de tek parça çıkarılma oranı %42,6 (%19,2-%91,8), perforasyon oranı %0,7 (%0-5,8) ve lezyonların tek parça ve parçalı çıkarılmasıyla lokal rekürrens oranları sırasıyla %4 (%0-17,9) ve %17 (%4,8-31,4) olarak bildirilmiştir (7). Başka bir çalışmada, kolorektal ESD'de tek parça çıkarılma oranı %84-93, perforasyon %3,1-9,1, lokal rekürrens %0,3-2 arasında bildirilmiştir (6). Komplikasyonların çoğu cerrahi tedavi olmaksızın endoskopik yöntemlerle başarılı şekilde tedavi edilmiştir (6, 7). Olgumuza bu nedenle ESD yöntemini uyguladık. Kontrol kolonoskopik incelemelerinde (1. ve 3. ay) hem endoskopik hem de histopatolojik olarak nüks saptamadık.

Sonuç olarak, submukozal tutulumun olmadığı büyük premalign veya malign lezyonlarda, yüksek tek parça çıkarılma oranı ve düşük rekürrens oranıyla, kolorektal ESD etkin ve güvenilir bir endoskopik tedavi yöntemidir.

8. Oka S, Tanaka S, Kanao H, et al. Current status in the occurrence of postoperative bleeding, perforation and residual/local recurrence during colonoscopic treatment in Japan. *Dig Endosc* 2010;22:376-80.
9. Saito Y, Otake Y, Sakamoto T, et al. Indications for and technical aspects of colorectal endoscopic submucosal dissection. *Gut Liver* 2013;7:263-9.
10. Yahagi N. Endoscopic Submucosal Dissection in the Colon. In: Waye JD, Rex KD, Williams CB, Editors, *Colonoscopy: Principles and Practice*, Chapter 44, Second Edition, Wiley-Blackwell 2009;603-6012.
11. Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy* 1993;25:455-61.
12. Kudo S, Lambert R, Allen JI, et al. Nonpolypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa. *Gastrointest Endosc* 2008;68(Suppl):S3-47.
13. Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic indications for endoscopic mucosal resection of laterally spreading tumors in colorectum. *Gut* 2006;55:1592-7.
14. Oka S, Tanaka S, Kanao H, et al. Therapeutic strategy for colorectal laterally spreading tumor. *Dig Endosc* 2009;21(Suppl 1):S43-6.