

Gebelikte İleusa Neden Olan Sigmoid Kolon Kanseri: İki Olgunun Sunumu

Muhyittin Temiz¹, Ahmet Aslan¹, Sibel Hakverdi², Arif Güngören³, Elif Canbolant¹

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Genel Cerrahi AD, ²Patoloji AD, ³Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Hatay

ÖZET

Gebelikte ileusa neden olan sigmoid kolon kanseri: İki olgunun sunumu

Gebelikte kolorektal kanser çok nadir olup bildirilen insidans %0.001-0.1'dir. Gecikmiş tanı ve hastalığın ilerlemesi nedeni ile prognozu kötüdür.

Sigmoid kolon tümörüne bağlı akut batın gelişmesi çok nadirdir. Gebelik esnasında ileus ile kendini gösteren iki sigmoid kolon kanseri olgusunu literatür eşliğinde sunduk. Biri 35, diğeri 32 yaşında ve sırası ile 32 ve 27 haftalık gebe iki kadın hasta karın ağrısı ve ileus tablosu ile başvurdu. Her ikisinde de eksploratif laparotomide tıkaçıcı sigmoid kolon kanseri tespit edildi. Uterus büyüklüğü izin vermediği için vakaların birinde kolon mezo disseksiyonu geniş olarak yapılamadı. Aynı vakada kolon polipoid lezyonlarla dolu idi.

Gebelerde sigmoid kolon tümörüne bağlı akut batın gelişmesi çok nadirdir ve cerrahi esnasında eksplorasyon tam olarak yapılmazsa tümör kolaylıkla atlanabilir. Klinik şüphe tanıyı koymakta çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, kolon kanseri, poliposis, ileus

ABSTRACT

Sigmoid colon cancer presenting with ileus in pregnancy: Two case reports

Colorectal cancer during pregnancy is very rare with the reported incidence of between 0.001-0.1%. The prognosis is poor due to delayed diagnosis and secondary advanced disease. Acute abdomen due to sigmoid colon tumor is extremely rare. We report two cases presenting with ileus due to sigmoid colon cancer during pregnancy.

Two women 35 and 32 years old with 32nd and 27th week of pregnancy respectively, presented with abdominal pain, obstructive symptoms and ileus. Exploratory laparotomy revealed obstructive sigmoid colon cancer in both. Extended mesocolon dissection was not possible in one of the cases due to enlarged size of the uterus. In the same case lumen of the colon was filled with polypoid lesions.

Acute abdomen due to sigmoid colon tumor in pregnancy is extremely rare and the tumor can be easily missed if a complete routine exploration of the abdomen is not performed during surgery. Currently a high index of clinical suspicion is the only way to make the diagnosis.

Key words: Pregnancy, colon cancer, poliposis, ileus

Bakırköy Tıp Dergisi 2008;4:40-43

GİRİŞ

Gebelikte kolorektal kanser çok nadir olup bildirilen insidans %0.001-0.1'dir (1). Literatürde gebelik sırasında ortaya çıkan kolorektal kanserlerle ilgili yaklaşık 275 olgu bulunmakta olup bunlardan sadece 41 tanesi peritoneal refleksiyonun üst seviyesinden kaynaklanmaktadır (2,3). Bernstein ve arkadaşları, 205 olguluk çalışmalarında, olguların %85'inin peritoneal refleksiyonun altından kaynaklandığını bildirmişlerdir (4). Sık görülen semptomlar bulantı, kusma, karın ağrısı, rektal kanama

ve bağırsak hareketlerinde değişiklik olup bu semptomlar genellikle normal gebelik sırasında da ortaya çıkar. Tanı sıklıkla semptomların gebelikte görülen bulgularla olan benzerliğinden dolayı gecikir. Geciken tanı ve buna sekonder olarak ileri evrede yakalanan tümör kötü prognozun başlıca sebepleridir. Tedavide birinci seçenek halen cerrahi olup fetusun varlığı tedavide en büyük sorunu oluşturmaktadır. Gebelikte kolon kanserine bağlı ileus tablosu ile başvuran iki olguyu sunduk.

OLGU

Birinci olgu: 35 yaşında 32 haftalık gebeliği olan hasta acil servise kusma, karın ağrısı ve gaz gaita çıkaramama şikayeti ile başvurdu. Kadın-Doğum kliniği tarafından hospitalize edilen hasta Genel Cerrahi Kliniği'ne konsülte edildi. Fizik muayenesinde karında distansiyon ve bağır-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Muhyittin Temiz
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Hatay

Telefon / Phone: +90-532-789-6906

Elektronik posta adresi / E-mail address: mhytemiz@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 2 Ocak 2008 / January 2, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 14 Ocak 2008 / January 14, 2008

sak peristaltizmde artış saptandı. Peritoneal iritasyon bulgusu saptanmadı. Hastada gebeliğe bağlı obstrüktif semptomlar olduğu düşünülerek konservatif tedavi kararı alındı. Hasta yatışının 3. günü normal vaginal yolla doğum yaptı ancak doğum sonrası semptomları düzelmeyen hasta tekrar Genel Cerrahi Kliniği'ne konsülte edildi. Hastanın ilk acile başvuru esnasındaki fizik muayene bulguları devam etmekte olup tam kan sayımı ve kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Ayakta direkt karın grafisinde hava sıvı seviyeleri görülen hastanın abdominopelvik ultrasonografisi (USG) normal olarak değerlendirildi. Hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide 40. cm de lümenin tıkalı olduğu görüldü. Hava insuflasyonu ile tıkanıklık açılmaya çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Hasta ileus ön tanısı ile acil şartlarda operasyona alındı. Eksplorasyonda sigmoid kolonda 3 cm'lik tümoral lezyonun lümeni tıkamış olduğu görüldü. Hastaya segmenter rezeksiyon ve Hartman prosedürü uygulandı. Patolojik tanı DUKE'S 2B adenokanser ile uyumlu geldi. Hasta postoperatif 12. günde sorunsuz taburcu edildi ve Onkoloji Kliniği'ne yönlendirildi. Radyoterapi ve kemoterapi yapılan hastanın birinci yıl kontrollerinde nüks veya rekürrens bulgusu saptanmadı ve kolostomisi başarılı bir şekilde anastomoz edilerek kapatıldı.

İkinci olgu: 27 haftalık gebeliği olan 32 yaşında hasta acil servise iki gün önce başlayan sürekli karın ağrısı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound müspet bulundu. Bağırsak peristaltizmi artmıştı. Karında distansyon mevcuttu. Tam kan sayımı ve kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Abdominopelvik USG'de sağ alt kadranda duvar kalınlığı 7-9 mm olan bağırsak segmenti izlendi ve akut appendisit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta akut appendisit ön tanısı ile acil şartlarda operasyona alındı. Sağ paramedian insizyon ile girilen hastada appendiksin salim olduğu görüldü. Eksplorasyonda sağ overden kaynaklanan 10x5 cm'lik kistik kitle saptandı ve sağ oofektomi uygulandı. Eksplorasyonun devamında sigmoid kolonda konglomerat oluşturan ve lümeni tıkayan tümoral kitle saptandı ancak uterusun cesameti tümörle kitleye ulaşmaya izin vermediğinden sol paramedian insizyon ile girildi. 10 cm'lik sigmoid kolon segmentinin kitleye bağlı olarak tıkalı olduğu görüldü. Uterusun cesameti nedeniyle hastaya yeterli lenfatik diseksiyonu sağlayacak kolon mezo diseksiyonu ve bunu takiben batin içinde anastomoz yapılamamıştır. Sigmoid rezeksiyon yapıldı. Kolon lümeninin tamamen polipoid lezyonlarla

dolu olduğu gözlemlendi. Rezeksiyon sonrası proksimalde ostomi yapılan kolon lümeninde gözlenen poliplerden polipektomiler yapılarak biyopsiler alındı. Bu aşamada polipozis koli nedeni ile hastaya mevcut durumu imkan vermediği için küratif tedavi olarak total kolektomi planlanmamıştır. Hastaya çift uç kolostomi işlemi yapıldı. Histopatolojik tanı DUKE'S 2B adenokanser ile uyumlu geldi. Poliplerden üçü villöz adenom ile uyumlu iken diğerleri tubulovilloz adenom olarak değerlendirildi. Postoperatif alınan ayrıntılı aile anamnezinde hastanın halası, babası ve amcasının kolon kanserinden ex olduğu öğrenildi ve hasta Familial Adenomatöz Polipozis olarak değerlendirildi. Hasta postoperatif 13. gün sorunsuz taburcu edildi. 39. haftada normal vajinal yolla sağlıklı erkek bebek doğurdu. Hastaya total kolektomi ve ileorektal anastomoz planlandı.

TARTIŞMA

Gebelikte bildirilen kanser insidansı %0.07-0.1'dir. Gebelikte ilk olarak kolorektal kanser varlığını Evers 1928'de tarif etmiştir (5). O tarihten günümüze gebelikte görülen kolorektal kanser insidansı 0.001-0.1 %'dir (6). Normal popülasyondaki dağılımın aksine gebelikte görülen tümörlerin büyük bir kısmını rektum kanserleri oluşturur. Günümüze kadar bildirilmiş olan kolorektal kanser olgularının sadece 41 tanesi peritoneal refleksiyonun üstünden kaynaklanmıştır.

Gebelikte kolorektal kanser hem anne hem de fetus için ciddi bir tehdittir. Woods ve arkadaşları kolorektal kanser saptanan 32 gebelikten sadece 25'inin normal sağlıklı doğum ile sonuçlandığını bildirmiştir (7). Bu infanlarda artmış prematurite, intrauterin ölüm ve gebeliğin sonlandırılması riski vardır. Kolorektal kanser genç popülasyonda sık değildir. Gebe bir kadında kolorektal kanser tanısı konduğunda mutlaka ayrıntılı aile anamnezi alınmalıdır. Bizim ikinci olgumuzda ameliyat sonrası elde edilen aile anamnezinde hastanın halası, amcası ve babasının genç yaşta kolon kanseri nedeniyle öldüğü öğrenildi.

Familial adenomatos poliposis (FAP) en yaygın adenomatos poliposis sendromu olup otozomal dominant kalıtım gösterir. İnsidansı 7000 ile 16000 doğumda bir olup penetransı %80-100 arasındadır. Ailevi FAP öyküsü olanlarda poliposis başlangıcından itibaren yaklaşık 10-15 yıl içinde kolorektal malignite gelişmesi kaçınılmazdır. Bunlarda histopatolojik evre ve tümör dağılımı genel po-

pulasyonla aynı olmakla beraber senkron karsinom riski daha fazladır. Bu oran yaklaşık olguların %48'ini içerir (8). Son beş yıllık literatür taramamızda gebelerde senkron kanser vakası olarak az sayıda vakaya rastladık (9).

Gebelerde kolon kanseri genel popülasyondaki kolon kanserinden yaklaşım ve survisi itibarıyla farklılık gösterir. Tümörden şüphelenildiğinde tanı amaçlı kolonoskopinin yapılması konusunda yaygın kanı olmasına rağmen fetal güvenlik açısından riskli olabileceği için gebelerde pek önerilmemektedir (8,10).

Gebelikte kolon kanserinin sık görülen semptomları bulantı, kusma, karın ağrısı, anemi ve rektal kanamadır. Bu semptomlar normal gebeliğin seyrinde de sıktır ve bu benzerlik nedeniyle kadın doğum hekimlerince tanı sıklıkla gecikir. Ayrıca tanı amaçlı yapılacak işlemlerin fetusa potansiyel riskleri nedeniyle bazı tetkiklerden kaçınmak ve gençlerde kanser insidansının azlığı nedeniyle birtakım belirgin tümör semptomlarını gözardı etmek de bir diğer gecikmiş tanı sebebidir (8). Gecikmiş tanı ilerlemiş hastalığa bağlı yüksek mortalite ve morbiditenin major sebebidir. Kolon kanseri olan gebe hastalarla ilgili yayınlanmış en geniş klinik seride hastaların %75'i Dukes B, %33'ü Dukes C ve %0'ı Dukes D olarak tespit edilmiştir (4,11). Bizim her iki hastamız Dukes B adenokanser olarak gelmiştir. Şu ana kadar gebelik sırasında kolorektal kanser tanısı alan hiçbir hastada survi 5 yıldan uzun olmamıştır.

Gebelikte kolorektal kanserin sürvisi gebe olmayanlardan gerçekten farklıdır fakat bunun sebebi; şikayetlerin gerek yaş ve gerekse mevcut gebelik nedeniyle genellikle uygun bir şekilde değerlendirilmemesi ve kolorektal kanserin tanısında kullanılan genellikle noninvaziv (direkt grafi, kontrastlı grafiler vb.) ve minimal invaziv (kolonoskopi vb.) yöntemlerin tanıda kullanılamaması gibi nedenlerden tanının gecikmesi; son trimesterde bulunan hastalarda tedavinin fetus gözden tamamen çıkarılmadığından yeterince uygun yapılamaması ve cerrahi tedavi sonrası kemoterapi ve radyoterapinin doğum sonrasına ertelenmesidir (5,12).

Kolorektal kanserin tanısız değerlendirilmesi zordur. Gebelikte tomografi ve direkt grafiler radyasyon etkisi nedeniyle kontraendikedir (5). Manyetik rezonans incelemesi (MRI) daha güvenli bir yöntem gibi görünmektedir. Abdominopelvik USG'de bilgisayarlı tomografiye (BT) alternatif bir yöntem olabilir.

Cerrahi girişim öncesi veya sırasında tespit edilen tümöre eşlik eden poliplerin varlığı cerrahi sınırların geniş-

liğini değiştirebilir. Senkron polipozis koli varlığında total kolektomi ve ileorektal anastomoz önerilmekle beraber geniş sınırlarla yapılan rezeksiyon sonrası geride bırakılan kolondaki poliplerin endoskopik takibi de yapılmaktadır. Ancak endoskopik biyopsilerle takibi yapılamayacak kadar fazla sayıda polipleri olan vakalara total kolektomi ve ileorektal anastomoz yapılmalıdır (13,14,15).

Gebelikte tedavi yaklaşımları hastanın yaşı, gestasyonel yaş, kanserin evresi, dini prensipler, operatif ve teknik zorlukların yanında cerrahi gerekliliğinin acil veya elektif oluşuna göre değişmektedir (16,17). Gestasyon haftası tedaviyi belirleyen major faktörlerin başında gelir. Tanı ilk 20 haftada konduğunda gebeliğin sonlandırılması önerilir. Üçüncü trimesterde tanı konulduğunda fetus yaşayabilecek duruma erişene kadar cerrahi işlem birkaç hafta geciktirilebilir. Biz her iki vakada da hastalarımızı akut batın tanısı ile operasyona aldık. Her iki olgumuzda da kolorektal kanserden şüphelenilmemişti. İntraabdominal sepsis ve kaçak problemi engellemek için aynı seansta anastomoz planlanmamıştır. Kalıcı barsak devamlılığını sağlamak için daha sonra ikinci bir cerrahi girişim düşünülerek ilk hastaya Hartman işlemi, ikinci hastaya ise sigmoid rezeksiyon sonrası uç kolostomi ve distal kısım müköz fistül olarak batın duvarına ağızlaştırılarak Paul Mikulicz işlemi uygulanmıştır. Hastaların postpartum immün sistemi ve pelvik organların fizyolojik durumlarından dolayı anastomoz güvenliği olamayacağı düşünülerek anastomozlar uygulanmamıştır.

Kolorektal kanserler fetusu çok nadir etkiler ancak bu hastaların bebeklerinin prematüre olma ihtimali, intrauterin ölüm riski ve annenin sağlık durumu yönünden bazı durumlarda gebeliğin sonlandırılması gibi artmış riskleri beraberinde getirir. İlk vakamızda doğum 32. haftada olmuştur ancak infant 1 hafta sonra ölmüş, ikinci olgumuzda ise doğum 39. haftada gerçekleşmiş olup bebek halen hayatta ve sağlıklı durumdadır.

Gebelerde kolon ve rektum karsinomu oldukça nadir olup ölümcül olabilen ciddi seyir gösterebilir. İlerlemiş hastalık ve gecikmiş tanıya bağlı olarak prognozu genelde kötüdür. Gebelerde sigmoid kolon tümörüne bağlı akut batın gelişmesi gerçekten çok nadir bir durumdur. Özellikle tümörden şüphelenilmemiş akut batın tablosu olan gebelerde cerrahi esnasında eksplorasyon tam olarak yapılmazsa tümör kolaylıkla atlanabilir. Neticede surviye katkıda bulunmanın ve tanıyı koymanın en önemli yolu tümör olabileceğinden şüphelenmektir. Özellikle ileus tablosu ile gelen gebelerde yapılan kolon tümörü

cerrahisi sonrası kaçak risklerinin artmış olması nedeni ile operasyonun ostomilerle sonuçlandırılıp, daha sonra

yapılacak bir cerrahi ile kolon devamlılığının sağlanmasının daha uygun olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Girard RM, Lamarche J, Baillot R. Carcinoma of the colon associated with pregnancy: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 473-475.
2. Cappell MS. Colon cancer during pregnancy. The gastroenterologist's perspective. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 27: 225-256.
3. Komurcu S, Ozet A, Ozturk B, Arpacı F, Altundag MK, Tezcan Y. Colon cancer during pregnancy; a case report. *J Reprod Med* 2001; 46: 75-78.
4. Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 172-178.
5. Minter A, Malik R, Ledbetter L, Winokur TS, Hawn MT, Saif MW. Colon cancer in pregnancy. *Cancer Control* 2005; 12: 196-202.
6. Papathanasiou K, Tolikas A, Savvidis A, Traianos V, Tzafettas J. Advanced sigmoid colon cancer in pregnancy presented as an abscess. *J Obstet Gynaecol*. 2004; 24: 319-320.
7. Woods JB, Martin JN, Ingram FH, Odom CD, Scott-Conner CE, Rhodes RS. Pregnancy complicated by carcinoma of the colon above the rectum. *Am J Perinatol* 1992; 9: 102-110.
8. Huang WS, Lin PY, Wang JY, Chin CC, Hsieh CC. Urgent colectomy and caesarean section of a pregnant familial adenomatous polyposis: a case report. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 847-848.
9. Lolis ED, Likoudis P, Voiniadis P, Hassiakos D, Samanides L. Synchronous rectal and colon cancer caused by familial polyposis coli during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2007; 33: 199-202.
10. Vitoratos N, Salamalekis E, Makrakis E, Creatsas G. Sigmoid colon cancer during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104: 70-72.
11. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part II. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51: 135-142.
12. Cappell MS. Colon cancer during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 341-383.
13. Bat L, Neumann G, Shemesh E. The association of synchronous neoplasms with occluding cancer. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 149-151.
14. Byrd RL, Boggs HW, Slagle GW, Cole PA. Reliability of colonoscopy. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:1023-1025.
15. Langevin JM, Nivatvongs S. The true incidence of synchronous cancer of the large bowel. *Am J Surg* 1984; 147: 330-333.
16. Walsh C, Fazio VW. Cancer of the colon, rectum, and anus during pregnancy. The surgeon's perspective. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 27: 257-267.
17. Medich DS, Fazio VW. Haemorrhoids, anal fissure, and carcinoma of the colon, rectum, and anus during pregnancy. *Surg Clin North Am* 1995; 75: 77-88.