

REKTUM KANSERİ I: 69 Vakanın Klinik Bulguları, Operabilite Kriterleri ve Tedavi Yönünden Değerlendirilmesi

Cahit KUYUCU
Ali Rıza ÜNAL

RECTUM CANCER I: THE EVALUATION
OF 69 CASES FOR CLINICAL FINDINGS,
CRITERIA OF OPERABILITY AND
TREATMENT

Beypazarı Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
Ankara Numune Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği, ANKARA

Geliş Tarihi: 25 Mayıs 1988

ÖZET

Ankara Numune Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde 1979 ile 1987 yılları arasında tetkik ve tedavi edilen 69 anorektal kanser vakası incelendi. Vakaların 44'ü erkek, 25'i kadındı. Ortalama yaş literatürde bildirilenden 10 yaş erken olup, 55 olarak tesbit edildi.

Küratif operabilite oranı %69.5 idi. Rektum ön duvarına lokalize, annüler yapıda ve fiksasyonlarda küratif operabilite şansı daha azdı. Rektum orta sonda (7-11 cm) yerleşim gösteren tümörlerde abdominoperineal rezeksiyon veya anterior rezeksiyon uygulanması, morbidite ve yaşam süresi açısından farklılık göstermedi.

Operatif mortalite oranı %8.3 idi. Küratif cerrahi tedavilerle sağlanan 5 yıllık yaşam süresi kaba %46.6, düzeltilmiş %58.3 idi.

Kemoterapinin prognoz üzerine etkisi önemsiz olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Rektum kanseri
Abdominoperineal rezeksiyon
Anterior rezeksiyon

T Kİ Tıp Bil Aras Dergisi C.7, 5.3, 1989. 164-169

İnsanlardaki malign tümörlerin yaklaşık %7 sini oluşturan rektum kanseri, özellikle gelişmiş toplumlarda kanserden meydana gelen ölümlerin önemli bir bölümünden sorumludur. Rektum kanserlerinin nisbeten erken semptom vermesi ve lezyonların yaklaşık %80'inin rektal tuşe sınırları içinde olması nedeniyle erken dönemde yakalanması mümkündür (5,11). Rektum kanserinin cerrahi tedavisi geçmişten günümüze aşamalar kaydetmiş olup, bugün kullanılan en seçkin yöntem, lenfatik drenaj bölgeleri ile kanserli kolon bölümünün çıkarılmasıdır.

SUMMARY

69 cases with Anorectal carcinoma were diagnosed and treated between 1979 - 1987 at the Third Surgery Clinic of Ankara Numune Hospital 44 of the cases were men and 25 were female.

The mean age was 55; 10 years smaller than the literature data.

The curative operability rate was 69.5%. This rate was smaller for the tumors which were localized at the anterior wall of rectum, which were annular in structure and which were fixed.

There wasn't a significant difference between the survivals of Abdominoperineal resection or Anterior resection procedures for the tumors localized at the rectal midzone (7-11 cm).

The surgical mortality rate was 8.3%.

The 5 year survival rates with curative surgical therapies was 46.6%, roughly and 58.3% corrected.

The effect of chemotherapy on prognosis was found insignificant.

Key Worth: Rectum cancer
Abdominoperineal resection,
Anterior resection

T J Research MM Sel V.7. N.3. 1989. 164-169

Özellikle erken vakalarda uygulanan küratif cerrahi tedavilerin iyi yaşam süreleri sağlaması nedeniyle, hastalık semptomlarının iyi bilinmesi, proktolojik muayenelerin günlük kullanıma girmesi ve rektum kanserli hastaya en uygun tedavi alternatifinin bulunması son derece gereklidir. Operabl vakalarda hastaya en uygun tedavi şeklini belirlemek hastanın ve lezyonun bir takım özelliklerine bağlıdır. Gecikmiş rektum kanseri vakalarında ise değişik palyatif tedaviler yanında kemoterapi uygulanması genellikle kabul görmektedir (5,6,8,11,15,17,22).

Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri ARAŞTIRMA Dergisi C.7, S.3, 1989
Turkish Journal of RESEARCH in Medical Sciences V.7, N.3, 1989

Bu makalede Ankara Numune Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde, 7 yıllık sürede değişik cerrahi yöntemler ve kemoterapi ile tedavi edilen 69 anorektal kanser vakası bazında; hastalığın klinik belirtileri lezyonun ve hastanın özelliğine göre uygulanan tedavi yöntemleri, morbidite ve mortalite oranları ile yaşam sürelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Çalışma; 1 Ekim 1979 ile 1 Ocak 1987 tarihleri arasında, anorektal kanser tanısı ile ANH 3. Cerrahi Kliniği'nde tetkik ve tedavi edilen 69 vakayı kapsamaktadır. 1.1.1985'ten önceki vakalar retrospektif, bu tarihten sonraki vakalar ise prospektif olarak incelenmiştir. Retrospektif incelenen vakalara ait tüm bulgular kayıtlardan elde edilmiş ameliyat sonrası bulguları ve mevcut durumlarını belirlemek için her hasta ile ilişki kurulmuştur. Tüm vakaların 3 aylık periyodik kontrolleri yapılmıştır.

Hastaların yaş ve cinsi, tedavi öncesi interval, semptomlar, lezyonu lokalizasyonu, uygulanan operasyon ve diğer tedaviler, operasyon sonrası interval ve yaşam süreleri belirlenerek ilgili tablolara kaydedilmiştir.

Sonuçlar istatistiksel olarak da incelenmiş, kendi aralarında (t) testi, literatür bilgileri ile khi-kare veya fisher exact testi kullanılarak kıyaslanmıştır. Her 3 testin sonuçlarında (p<0.05) değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Anüs ve rektumda yerleşim gösteren 69 kanser vakasının 44 u (%63.7) erkek; 25'i (^36.3) kadındır. Vakaların büyük bölümü 6. dekadda olup bunu 7,5, 4,3,2 ve 8. dekadlar takip etmektedir (Tablo I).

Tablo - I

Yaş ve Cinslere Dağılımı

YAŞ	OLGU SAYISI	ERKEK	KADIN	ORAN
10 .19	3	1	2	1/2
20 .29	8	2	6	1/3
30 .39	11	7	3	7/3
40 .49	12	8	5	8/5
50 .59	18	12	6	2/1
60 .69	15	12	3	4/1
70 .79	2	2	0	2/0
TOPLAM	69	44	25	25/15

Olgularda, semptomların başlaması ile hastaneye başvuru arasında geçen süre çoğu vakada 6 aydan fazladır. Rektal kanama en yüksek oranda belirlenen semptom olup (%89.9), rektal dolgunluk, tam boşalmama hissi, kabızlık, mukuslu diyare, gaitada şekil değişikliği ağrı, kilo kaybı, iştahsızlık, anemi ve rektal tıkanma takip etmektedir (Tablo II). Vakalarımız-

Tablo - II

Olgularımızda Semptomlar

SEMPTOMLAR	ORAN%
KANAMA	89.9
REKTAL DOLGUNLUK VE TAM BOŞALMAMA HISSİ	75.4
KABIZLIK	60.9
MUCUSLU DAİRE	55.1
GAITADA ŞEKİL DEĞİŞİKLİĞİ	52.2
AĞRI	47.8
KİLO KAYBI	40.6
İŞTAHSIZLIK	17.4
ANEMİ	13.1
REKTAL OBSTRUKSIYON	4.3

da ilk semptomun farkedildiği zamandan, başvuruya kadar geçen sürenin, kütatif tedavi şansını etkilediği görülmektedir.

Tümörün arka, sol ve sağ yan duvarlara lokalize olduğu vakaların hemen tamamına kütatif müdahale yapılabilmişken, ön duvar yerleşimli ve tüm duvarı saran (annüler) lezyonların ancak yansına bu tür bir ameliyat uygulanmıştır (Tablo III).

Tablo - III

Tümör Lokalizasyonu İle Kütatif Müdahale İlişkisi

TUMORUN LOKALİZASYONU	ÖN	ARKA	SOL YAN	SAĞ YAN	ANNÜLER
HASTA SAYISI	13	14	14	17	21
KÜRATİF OPERASYON SAYISI	7	17	12	7	10
ORAN %	10.1	17.4	17.4	10.1	14.5

Tümörün fiksasyon durumu göz önüne alındığında, mobil olarak değerlendirilen 22 vakanın 21'ine, yarı mobil 20 vakanın 16'sına, buna karşılık immobil 27 vakanın sadece 11'ine kütatif girişim yapılabildiği görülmektedir (Tablo IV). Mobil ve fiks tümörlere uygulanan kütatif cerrahi girişim oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo - IV

Tümörün Fiksasyon Durumu İle Kütatif Müdahale İlişkisi

TUMORUN FİKSASYON HALİ	MOBİL	YARI MOBİL	FİKSE	TOTAL
HASTA SAYISI	22	20	27	69
KÜRATİF OPERASYON SAYISI	21	16	11	48
ORAN %	30.4	23.2	15.9	69.5

Böylece toplam 69 vakanın 48'inde kütatif cerrahi girişim uygulanmıştır. Bunlardan 43 vakada abdominal rezeksiyon (APR), 5 vakada anterior rezeksiyon (AR) yapılmıştır. Kalan 20 vaka, tümörün yaygın oluşu, uzak organ metastazları, ağır kardio-

Tablo - V

Total Tedavi Dağılımı

UYGULANAN TEDAVİLER	HASTA SAYISI	ORAN %
ABDOMİNO PERİNEAL REZ43		62.3
ANTERİOR REZEKSİYON	5	7.3
KOLOSTOMİ	4	5.8
KEMOTERAPİ	5	7.1
KOLOSTOMİ» KT	10	14.5
LOKAL EKSİZYON	1	1.5
TEDAVİ YAPILMAYAN	1	1.5
TOPLAM	69	100.0

vasküler hastalık ve senilite gibi nedenlerle inoperabl olarak değerlendirilmiş olup, palyatif yöntemlerle tedavi edilmiştir. Lezyonun karsinoid tümör olduğu 1 vakada ise lokal çıkarım yeterli bulunmuştur (Tablo V).

Lezyonun anal orifise uzaklığına göre; 0-7 cm de (alt 1/3 zon) lokalize 35 vakaya bu zon için tek radikal girişim olan APR, 7-12 cm de (orta 1/3 zon) Iokaize 11 vakanın 8'ine APR, 3'üne AR yapılmıştır. AR 2 vakada el ile 1 vakada stapler ile gerçekleştirilmiştir. 12 cm nin üstündeki 2 vakada da AR yapılmıştır.

Küratif cerrahi tedaviye uygun olmayan vakalarda lokal tümör eksizyonu ve/veya kolostomi yapılmıştır. Küratif müdahale yapılan 48 vakanın 22'sinde, palyatif yöntemlerle tedavi edilen 18 vakanın 11'inde tedaviye kemoterapi eklenmiştir.

Vakalarda, tümörün histopatolojik tipleri %89.9 oranında (62 vakada) adenokanser, %7.1 oranında (5 vaka) malign melanomdur. Kalan 2 vakanın 1'i (%1.5) yassı hücreli kanser, diğeri (%1.5) karsinoid tümördür (Tablo VI).

Tablo - VI

Histo Patolojik Tiplere Dağılım

TUMORUN HİSTO PATOLOJİK TİPİ	HASTA SAYISI	ORAN %
ADENO KARSİNOM	62	89.9
MALİGN MELANOM	5	7.1
GPİDERMOİD KARSİNOM	1	1.5
KARSİNOİD TÜMÖR	1	1.5
TOPLAM	69	100.0

Dukes evrelendirmesine göre; 62 adenokanser vakasının 6'sı (%9.6) stage A da, 24 u (%38.7) stage B de, 23 u (%37.1) stage C de ve 9'u (%14.6) stage D dedir. Dukes evrelerine göre vakaların operabilite durumları incelendiğinde stage A ve B deki tüm vakalar stage C deki 18 vaka operabl iken, stage C den kalan 5 vaka ile stage D deki 9 vakada inoperabl olarak değerlendirilmiştir (Tablo VII). Stage C deki inoperabl olarak değerlendirilen 5 vaka; laparotomiden sonra etraf dokulara fikse ve invaze olduğu görülerek küratif cerrahi girişimden vazgeçilmiştir.

Tablo - VII

Dukes Evrelerine Göre Operabilite Dağılımı

DUKES	HASTA SAYISI	OPERABL VAKA SAYISI	İNOPERABL VAKA SAYISI
STAGE A	6	6	-
STAGE B	24	23	1
STAGE C	23	14	9
STAGE D	9	—	9
TOPLAM	62	43	19

APR uygulanan 43 vakanın 25'inde, idrar retansiyonu, abdominal yara evantrasyonu ve akut mide dilatasyonu gibi erken postoperatif komplikasyonlar ile lokal nüks, kolostomi ağzı stenozu, internai herniasyon ve perineal fistül gibi geç komplikasyonlar meydana gelmiştir. Böylece APR uygulanan yakalardaki toplam morbidite oranı %58.1 dir (Tablo VIII). AR uygulanan 5 vakadan 1'inde (%20) geç devrede lokal nüks saptanmıştır.

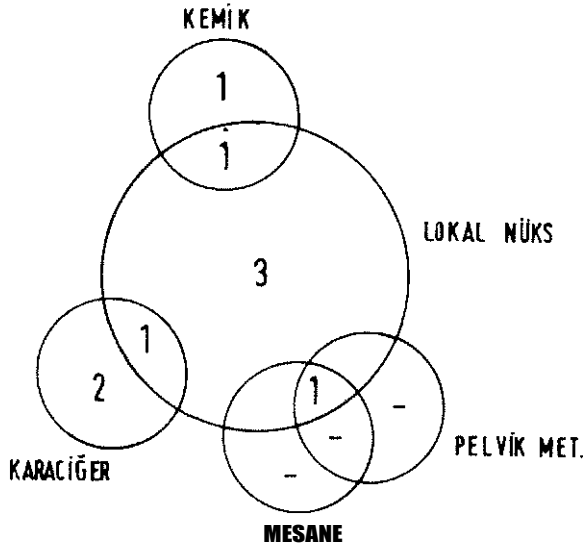
Tablo - VIII

43 APR Olgusunda Morbidite Dağılımı

	MORBİDİTE	HASTA SAYISI	ORAN V.
ERKEN	AKUT MİDE DİLATASYONU	2	4.6
	EVANTRASYON	3	6.9
	MESANE ATONİSİ	8	18.6
GEC	LOKAL RESİDİV	5	tifi
	INTERNAL HERNİASYON	2	4.6
	KOLOSTOMİ AĞZINDA	4	9.5
	PERİNEDE FİSTÜL	1	2.3
TOPLAM		25	58.1

Radikal operasyon uygulanan vakaların 3'ünde (%6.2) karaciğer, 2'sinde (%4.1) kemik, 1'inde (%2.1) mesane mesestazı gelişmiştir (Şekil 1). APR uygulanan 43 vakanın 4'ü operasyon sırasında ve postoperatif birinci ayda kaybedilmiştir. Ölüm nedenleri, 2 vakada solunum-dolaşım yetmezliği, 1 vakada internai herniasyon, diğeri vakada da akut tubuler nekrozdur. AR uygulanan vakalarda mortalite olmamıştır.

Adjuvan kemoterapi ile veya tek başına küratif veya palyatif cerrahi tedavi uygulanan vakaların 1,3 ve 5 yıllık yaşam süreleri Tablo IX da gösterilmiştir. Bunagöre küratif tedaviye adjuvan kemoterapi eklendiğinde yaşam süresinin önemli ölçüde değişmediği, palyatif yöntemlerle tedavi edilen vakalarda ise adjuvan kemoterapinin yaşam süresi üzerine azda olsa etkisi olduğu görülmüştür. Ancak genel olarak adjuvan yada metastatik kemoterapinin bu hastalarda prognoz üzerine etkisinin önemsiz olduğu kanısına varılmıştır.



Şekil-1. Küratif ameliyatlardan sonra metastaz dağılımı.

Tablo - IX
Kemoterapi İle Sürvi

AMELİYAT		KÜRATİF		PALYATİF	
KEMOTERAPİ		+	-	-t-	-
1 YIL TAKİP	HASTA SAYISI	22	13	11	7
	ÖLÜM SAYISI	1	2	3	3
	SÜRVI V.	95.5	84.6	72.7	57.1
3 YIL TAKİP	HASTA SAYISI	12	10	7	3
	OLUM SAYISI	2	3	4	2
	SURVI V.	83.3	70.0	42.8	33.3
5 YIL TAKİP	HASTA SAYISI	7	6	4	—
	OLUM SAYISI	3	3	3	—
	SURVI V.	57.1	50.0	25.0	—

TARTIŞMA

Rektum kanseri, değişik toplumlarda farklı insidans göstermekle birlikte, karbonhidrat ve kaba selülozlu bitkisel gıdalardan fakir yağ ve proteine dayalı beslenme alışkanlığına sahip gelişmiş toplumlarda daha sık görülen malign tümörlerden biridir (2,5). Ülkemizde bu konuda popülasyonu hedef tutan geniş çalışmalar olmamakla birlikte, SSYB yıllık sağlık istatistiklerinde, rektum kanserinin kansere bağlı ölümler içinde yaklaşık %0.5-1 oranında payı olduğu belirtilmektedir.

Rektum kanserinde en geçerli tedavi şekli olan cerrahi girişimin başarısı büyük ölçüde hastalığın erken dönemde tesbit edilmesine bağlıdır. Derin lokalizasyonlardaki diğer organ ve dokuların malign tümörlerinden farklı olarak, rektum kanserlerinin kanama ve defekasyon değişikliği gibi nisbeten erken semptomlar vermesi; rektal tuşe, proktoskopi ve rektosig-

moidoskopi gibi değerli muayene yöntemlerinin bulunması ve rektumdaki lezyonlardan kolay biopsi yapılabilmesi erken tanı konusunda umut vericidir (1,2,6,17). Ancak burada hastanın sosyal ve kültürel düzeyi ile başvurduğu hekimin dikkat ve deneyimi önem kazanmaktadır. Özellikle büyük merkezler dışında, hastalarda tesbit edilen her türlü proktolojik şikayetin dikkatle değerlendirilmesi, gerekli proktolojik muayene yapılamıyorsa, hastaların yeterli donanımı olan merkezlere gönderilmesi ile bu tür vakaların erken yakalanma şansının artacağı muhakkaktır.

Vakalarımızın yaklaşık yarısının 6 ayı aşan bir süre sonunda hastaneye başvurduğu düşünülürse, toplumu bu konuda eğitmenin de ne kadar gerekli olduğu açıkça anlaşılmaktadır. Zira erken vakalarda radikal tedaviler uzun yaşam süreleri sağlarken, gecikmiş vakalar bu tür bir tedavi şansını yitirmektedirler.

Rektum kanserinin kanama ve defekasyon değişikliği gibi bilinen semptomları yanında, vakalarımızda tesbit ettiğimiz en önemli bulgu rektal dolgunluk ve tam boşalamama hissidir. İncelenen kaynakların çoğunda bu bulgu ya tanımlanmamıştır veya daha önemsiz bir semptom olarak belirtilmektedir (2,17, 23). Vakalarımızın yaklaşık %75 inde böyle bir bulgu mevcuttu ve bir kısmında hastalığın ilk ve tek belirtisi idi.

Vakalarımızda da tesbit ettiğimiz gibi rektum kanseri erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 2 kere daha sık görülür. Çalışmamızda 5/3 olarak tesbit edilen erkek/kadın oranı değişik kaynaklarda, 2/1, 6/5, 9/5 olarak bildirilmektedir (2,5,17). Literatürde yaş ortalaması kadınlarda 55.1, erkeklerde 58.6 olarak belirtilirken (5), vakalarımızda kadınlar için 43.6, erkekler için 55 olarak tesbit edilmiştir. Böylece ülkemizde rektum kanserlerinin batı toplumlarına oranla 10 yaş daha erken görüldüğü söylenebilir. Burada muhtemelen ortalama yaşam süresinin kısa oluşu söz konusudur.

Vakalarımızda, tümörün histopatolojik tipi en yüksek oranda adenokanserdir. Adenokanserin literatürle uyumlu oranına karşılık (17), malign melanom değişik kaynakların belirttiği oranlardan yüksek bulunmuştur.

Rektum kanserlerinde günümüzde uygulanan en geçerli cerrahi tedavi yöntemleri abdominoperineal rezeksiyon (APR) ile orta ve yukarı zona lokalize tümörlerde uygulanabilen anterior rezeksiyon (AR) dur (4,10,14,19,24,15). Birçok yazara göre, kanserli doku ile birlikte mümkün olduğu kadar geniş lenfatik drenaj bölgesinin çıkarılması esas olduğundan, bu tür bir girişim olan APR rektum kanserinin tedavisinde daha uygun bir yöntemdir (11,12). Üstelik operabl bulunan 48 vakamızın 35'inde lezyonun alt zonda lokalize olduğu düşünülürse; rektum kanserlerinin büyük bir kısmında APR un lokalizasyon nedeniyle

kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Çalışmamız, bu tür radikal girişimlerin; tedavi öncesi intervali kısa, tümörün sadece arka, sol veya sağ yan duvara lokalize ve mobil olduğu erken stage'deki vakalarda mümkün olduğunu ortaya koymuştur. Böylece radikal operasyon için uygun görülen vakalarımızın oranı %69.5 olup, literatürde bildirilen oranlara yakındır.

Gerek lezyonun yeri, gerek daha radikal bir operasyon oluşu nedeniyle APR uyguladığımız vakalardan yeterli takibi yapılanlarda 5 yıllık yaşam oranı %58.3'tür. Değişik çalışmalarda bu oran 1,44-71 arasında bildirilmektedir (12,25). Çalışmamızda AR uygulandıktan sonra 5 yılı dolduran vaka yoktur. Böylece vakalarımızda rektum orta zona lokalize tümörlerde APR ile AR un sonuçları birbirinden farklı değildir. Birçok yazar da APR ve AR un yaşam süresi ve lokal nüks yönünden farklı olmadığını bildirmektedir (4,11,26). Ancak bazı kaynaklarda AR ile 5 yıllık yaşamın, APR a göre daha fazla buna karşılık lokal nüks oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu yazarlar AR dan sonra meydana gelen, anostomoz kaçağı, lokal nüks, inkontinans, defekasyon hissinin kaybı gibi komplikasyonlar nedeniyle APR u savunmaktadırlar. AR da yapılan diseksiyonun yeterince geniş olmaması nedeniyle lokal nükslerin daha yüksek oranda olduğunu belirten yazarlar; APR un AR a göre dezavantajı sayılabilecek kalıcı kolostomiden ise hastaların fazlaca etkilenmediğini belirtmektedirler (25, 26). Çalışmamızda da hastaların büyük kısmının kolostomiye kısa sürede uyum sağlayıp, fazlaca rahatsız olmadıklarını belirledik. Rektum kanserinin kütatif cerrahi tedavisinden sonra nüks ve metastazların hangi yolla oluştuğu tartışmalıdır. Bu tür ameliyatlardan sonra lateralde bir veya daha fazla lenf bezinin kalması veya tümörün diseksiyon sırasında parçalanarak implante olmasının nükse veya metastaza yol açabileceğine inanılmaktadır (12,24). Bir araştırmacı 74 kolorektal kanser vakasında anostomoz yapılacak kolon uçlarını 74 kolorektal kanser vakasında anostomoz yapılacak kolon uçlarını yıkayarak, vakaların %70 inde yıkama suyunda canlı tümör hücreleri saptamış, bunun lokal nüksten sorumlu olduğunu ileri sürmüştür. Böylece lokal nüks oranını azaltmak için operasyondan önce sitostatik ilaçlarla lavman yapılmasının veya operasyon sırasında kesik uçların sitostatiklerle silinmesinin yararlı olacağını belirtmiştir (21).

Değişik kaynaklarda APR dan sonra lokal nüks % 10-15 arasında bildirilirken (4,12,13,23), vakalarımızda %11.6 dır.AR dan sonra %10-25 arasında belirtilen lokal nüks (19,24), 5 vakamızdan 1'inde (%20) tesbit edilmiştir.

Gecikmiş rektum kanseri vakalarında, payiatif amaçla transanal, perineal veya sakral yolla tümör eksizeyonu, devamlı kolostomi, elektrokuagülasyon, radyoterapi, kemoterapi veya bunların değişik kombinasyonları uygulanabilir (5,7,8,11,15,18,27). Karaciğerde tek veya birkaç odakta metastatik lezyon bulunması inoperabilite kriteri olarak düşünülmemekte, soliter metastazların cerrahi çıkarımından sonra 5 yıl yaşam oranının önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir (9). Birçok yazar rektum kanserinin cerrahi tedavisinden sonra lokal ve sistemik metastazları engellemek veya azaltmak amacı ile; kullanımına 1960'lı yıllarda başlanan kemoterapinin, tedaviye eklenmesini öngörmektedir (4,9,15,27). Bu konuda yapılan bir çalışmada, cerrahi tedaviye profilaktik kemoterapi eklenmesinin karaciğer metastazı oluşmasını %22.7 oranında azalttığı belirlenmiştir (18).

Kütatif cerrahi tedavi ve adjuvan kemoterapi uyguladığımız vakalarda 5 yıllık yaşam %57.1 iken, sadece cerrahi tedavi ile %50 idi. Kemoterapinin eklenmesi burada %7'lik bir artış sağlamıştır. Payiatif cerrahi tedavi uyguladığımız vakalarda ise, adjuvan kemoterapinin 5 yıllık yaşamı 9f 25 oranında arttırdığını önemli ölçüde yarar sağladığı düşüncesine vardık.

Rektum kanserinin radikal cerrahi yöntemlerle tedavisinde, ameliyat mortalitesi %2-10 arasında bildirilmektedir (3,4,5,10,11,12,16,19,24). Birçok yazara göre bu tür operasyonların morbidite ve mortalite oranları, diğer kütatif ameliyatlara göre, daha düşük olmasa bile tartışılacak derecede iyidir (4,5,11,26).

Rektum kanserinin prognozu; tümörün, kütatif bir cerrahi girişim yapılabilecek ölçüde erken tesbit edilebilmesi yanında, hastanın ve lezyonun birçok özelliğine bağlıdır. Bu konuda ayrıntılı bir çalışmayı içeren diğer bir makale hazırlanmıştır.

Gerekli tedavileri yapılabilen erken rektum kanseri vakalarında; postoperatif komplikasyonlar, nüks ve metastazların azalması daha iyi yaşam sürelerinin sağlanacağı açıktır. Bu konuda toplumun sosyal ve kültürel yapısının iyileşmesi yanında, proktolojik muayenelerin rutin kullanıma girmesi gerekli görünmektedir (22).

Batı ülkelerinde olduğu gibi bu tür vakaların belli merkezlerde toplanması, vaka sayısını ve bu konudaki deneyimi arttırarak hastaların takip ve analizini kolaylaştıracaktır. Böylece yapılabilecek daha geniş çalışmalar bazı karanlık noktalara ışık tutacağı gibi, daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini de mümkün kılacaktır.

KAYNAKLAR

1. Daniell HW; More advanced colonic cancer among smokers; *Cancer* 1986; 58: 784-787.
2. Edward BJ; Bockus, *Gastroenterology*. Fourth edition. 2531-2575; 1985.

3. Enker WE, Pilipshen SJ, Heilweil ML, Stearns MW, Janov AJ, Hertz RL, Sternberg SS; *Annals of surgery*. 1986; 203: 426-433.
4. Glass RE, Ritchie JK, Thompson HR and Mann CV; The results of surgical treatment of cancer of the rectum by radical resection and extended abdomino-iliac lymphadenectomy. *Br.J.Surg.* 1985; 72: 599-601.
5. Goligher JC: *Surgery of the anus, rectum and colon*. Fifth edition, London, Bailliere Tindoll, P: 1-48, 590-794; 1980.
6. Gürel E, Kayabalı L, Başkan S, Gürel M; *Cancer du rectum: Etude statistique de 137 cas*. XVI. Balkan Tıp Kongresi. Bükreş, 1980.
7. James RD, Panton RS, Martin S; Local radiotherapy in the management of squamous carcinoma of the anus. *Br.J.Surg.* 1985;72:282-285.
8. James RD, Schofield PF; Resection of inoperable rectal cancer following radiotherapy. *Br.J.Surg.* 1985; 72: 279-281.
9. Kemeny MM, Goldberg D, Beatty D, Blayney D, Browning S, Doroshov J, Ganteaume L, Hill RL, Kokal WA, Riihimaki DU, Terz JJ; Results of a prospective randomized trial of continuous regional chemotherapy and hepatic resection as treatment of hepatic metastases from colorectal primaries. *Cancer* 1986; 57: 492-498.
10. Lazorthes F, Fages P, Chiotasso P, Bugat R; Synchronous abdominotrans-sphincteric resection of low rectal cancer: New technique for direct colo-anal anastomosis. *Br.J.Surg.* 1986; 73: 573-575.
11. Maingot R; *Abdominal operations*. Seventy edition. New York Appleton-Century-Crofts. 2221-2343; 1980.
12. McDerrnott PT, Hughes ESR, Pihl EJ, Johnson WR, Price AB; Local recurrence after potentially curative resection for rectal cancer in a series of 1008 patients. *Br.J.Surg.* 1985; 72: 34-37.
13. Norgren J, Sevnsson O; Anal implantation metastasis from carcinoma of the sigmoid colon and rectum-A risk when performing anterior resection with the EEA stapler? *Br.J.Surg.* 1985; 72: 602-603.
14. Pypker PC, Parks TG; Melanoma of the anal canal. *Br.J. Surg.* 1984; 71: 671-672.
15. Smith DE, Muff NS, Swetabi H; Combined preoperative neoadjuvant radiotherapy and chemotherapy for anal and rectal cancer. *Am.J.Surg.* 1986; 151: 577-580.
16. Tagart REB; Restorative rectal resection: An audit of 220 cases. *Br.J.Surg.* 1986; 73:70-71.
17. Tamoney JR HJ, Kaplan BJ; cancer of the rectum. An analysis of 171 patients in a community hospital. *Dis. colon Rectum* 1970; 13: 308.
18. Taylor I, Machin D, Mulee M, Trotter G, Cooke T, West C; A randomized controlled trial of adjuvant portal vein cytotoxic perfusion in colorectal cancer. *Br.J.Surg.* 1985; 72: 359-363.
19. Troloipe ML, Cohen RG, Lee RH, Cannon WB, Marzoni FA, Cressman RD; A 7 year experience with low anterior sigmoid resections using the EEA stapler. *Am. J.Surg.* 1986; 152: 11-15.
20. Ulusal Proktoloji Kongresi 11.18-22 Eylül. Data 1986.
21. Umpleby HC, Fermor B, Symes MO, Williamson RCN; Viability of exfoliated colorectal carcinoma cells. *Br. J.Surg.* 1984;71:659-661.
22. Weber CA, Deveney KE, Pellegrini CA, Way LW; Routine colonoscopy in the management of colorectal carcinoma. *Am.J.Surg.* 1986; 152:87-90.
23. Welch JP, Donaldson GA; Recent experience in the management of cancer of the colon and rectum. *Am.J. Surg.* 1974; 127: 258.
24. Williams NS; The rationale for preservation of the anal sphincter in patients with low rectal cancer. *Br.J.Surg.* 1984;>71: 575-581.
25. Williams NS, Durdey P and Johnston D; The outcome following sphincter saving resection and abdominoperineal resection for low rectal cancer. *Br.J.Surg.* 1985; 72: 595-598.
26. Williams NS, Johnston D; Survival and recurrence after sphincter saving resection and abdominoperineal resection for carcinoma of the middle third of the rectum. *Br.J.Surg.* 1984;71:278-282.
27. Yorkshire Gastrointestinal Tumour Group; Chemotherapy after palliative resection of colorectal cancer. *Br. J.Surg.* 1984;71:283-286.