Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi 2018; 28(2):127-130
doi:10.5222/terh.2018.127

Olgu Sunumu

Cerrahi rezeksiyon uyguladığımız "zor" kolorektal polipler

"Difficult" colorectal polyps which we resected surgically

Mustafa Taner BOSTANCI[1], Ahmet SEKİ[1], Alperen AVCI[1], Sanem ÇİMEN[1], Aysun GÖKÇE[2], Mutlu ŞAHİN[1], Kerim Bora YILMAZ[1], Zafer ERGÜL[1]

[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye
[2]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmamızda amacımız endoskopik olarak çıkarılamayıp cerrahi rezeksiyon uygulanan kolorektal polipli hastaların incelenmesidir.
Yöntem: Bu çalışmaya Ocak 2014-Ağustos2017 yılları arasında kliniğimizde kolorektal polip nedeniyle cerrahi rezeksiyon uygulanan hastalar dahil edilmiştir. Olgular ile ilgili olarak hastane veri tabanında geriye dönük olarak hastaların demografik bilgileri, poliplerin lokalizasyonu, endoskopik biopsi sonuçları, yapılan cerrahi işlemler, rezeksiyon materyalinde polibin histopatolojisi ve postoperatif komplikasyon varlığı incelenmiştir.
Bulgular: Kliniğimizde belirtilen süre içerisinde 8 hastaya "zor" polip tanısıyla cerrahi rezeksiyon yapılmıştır. Hastaların 6'sı erkek (6/8) olup, yaş ortalaması 64,12'dir. Poliplerin lokalizasyonu hastaların 3'ünde rektum (3/8), 2'sinde çıkan kolon (2/8), 2'sinde inen kolon (2/8) ve 1'sinde transvers kolon (1/8) idi. Hastaların preoperatif endoskopik biopsileri 5'inde villöz adenom (5/8), 2'sinde tubüler adenom (2/8), 1'inde juvenil polip (1/8) şeklinde raporlanmıştı. Çıkarılan piyeslerin patolojik incelenmesinde 3 hastada villöz adenom + yüksek dereceli displazi (YDD) (3/8)), 1'inde tubüler adenom+ YDD (1/8)), 1'inde tubüler adenom + intramukozal karsinom (1/8)), 1'inde juvenil polip + düşük dereceli displazi (DDD) (1/8) ve 2'sinde (2/8) invaziv karsinom belirlenmiştir. İnvaziv karsinom tespit edilen hastalarda kanser evreleri T1N0M0 ve T3N0M0 şeklinde raporlanmıştır. Çıkarılan poliplerin en büyüğünün boyutu 13,5x8,5 cm iken, en küçüğünün boyutu 4x3 cm idi. İlginç olarak çıkarılan en küçük tümörler invaziv tümör olanlardı.
Sonuç: Polip boyutu operasyon öncesi invaziv karsinom olasılığı konusunda net bir belirleyici değildir. Endoskopik veya lokal rezeksiyon teknikleriyle çıkarılamayan poliplerin endoskopik biyopsi sonuçları ne olursa olsun onkolojik cerrahi prensiplere göre çıkarılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Kolorektal polip, zor polip, cerrahi

ABSTRACT

Aim: In this study, we aimed to investigate the patients with colorectal polyps who underwent surgical resection because of failed endoscopic removal.
Method: Patients who underwent surgical resection for colorectal polyps in our clinic between January 2014 and August 2017 were included in this study. Demographic information of the patients, localization of polyps, endoscopic biopsy results, surgical procedures performed, histopathology of the resected polyp and postoperative complications were investigated retrospectively in the hospital database of the relevant cases.
Results: Eight patients underwent surgical resection with the diagnosis of "difficult" polyps within this specified period in our clinic. Six patients were male (6/8) and the median age was 64.12 years. The polyps were localized in (n=3: 3/8), ascending colon (n=2: 2/8), descending colon (n= 2: 2/8) and transverse colon (n= 1: 1/8). Preoperative endoscopic biopsies of the patients were reported as villous adenoma in five (5/8), tubular adenoma in 2 (2/8) and juvenile polyp in 1 (1/8) case. Pathological examination of the removed specimens revealed the presence of villous adenomas + high grade dysplasia (HGD) in 3 (3/8) , tubular adenoma + HGD in 1 (1/8), tubular adenoma + intramucosal carcinoma in 1 (1/8), juvenile polyp + low grade dysplasia (LGD) in 1 (1/8) and invasive carcinomas in 2 (2/8) cases. Cancer stages have been reported as T1N0M0 and T3N0M0 in patients with invasive carcinoma. The largest, and the smallest extracted polyps were measured as 13.5x8.5 cm, and 4x3 cm, respectively. Interestingly, the smallest tumors were invasive tumors.
Conclusion: The size of the polyp is not a clear determinant of the preoperative probability of invasive carcinoma. We believe that polyps that can not be removed by endoscopic or local resection techniques should be removed according to the principles of oncologic surgery regardless of endoscopic biopsy results.

Keywords: Colorectal polyp, difficult polyp, surgery

Alındığı tarih: 15.01.2018
Kabul tarihi: 02.03.2018

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mustafa Taner Bostancı, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Çankaya - Ankara - Türkiye
e-mail: mtanerbostanci@gmail.com

GİRİŞ

Endoskopik polipektomi, kolorektal poliplerin tedavisinde altın standart tedavi yöntemidir. Ancak lezyonların %2-10'unda birçok nedene bağlı olarak bu terapötik yaklaşım yapılamaz [1].

Bu nedenler arasında işlemi yapan operatörün tecrübesi ve kullanılan endoskopik ekipmanların yetersizliği gibi teknik nedenler ve polibin boyutu (lümenin 1/3'den fazlasını veya 2 haustral katlantı arası mesafeyi kaplayan), morfolojisi (flat/sesil), yerleşimi (ileoçekal valv/fleksuralar) gibi polibe ait faktörler yeralır [2].

Buradan yola çıkarak "zor" kolorektal polip tanımlaması yapılmıştır. Lezyonun boyutu, şekli, yerleşimi veya önceden yapılmış girişim nedeniyle oluşan fibrosis varlığında endoskopik olarak çıkarılmasının güç olduğu düşünülen polipler "zor" kolorektal polip olarak adlandırılmıştır [3].

Endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR), standart polipektomiye alternatif daha az invaziv bir yöntemdir ve geniş kolonik poliplerde uygulanır. Olguların %83'ünde tam eksizyon sağlanır [4]. Bununla beraber, kıvrımlı kolonik segment veya mukozal katlantı arkasında yerleşimli lezyonlarda EMR başarısız olabilmektedir [4].

Endoskopik submukozal rezeksiyon (ESD) ise gastrointestinal sistem yüzeyel neoplastik lezyonlar için tanımlanmış bir tekniktir. ESD için tam rezeksiyon oranları Avrupa yayınlarında %70-80 olarak belirtilirken, Japonya yayınlarında bu oran %95'e ulaşmaktadır [5,6]. ESD için de EMR'de olduğu gibi kolon duvarının oranla daha ince olduğu çekum ve çıkan kolon gibi yerleşimler riskli alanlardır. ESD'nin endike olduğu deprese lezyonlar ve non-granüler tip lateral yayılım gösteren tümörlerin tek parça rezeksiyon gerektiriyor olmasından özellikle tecrübesiz ellerde ESD sonrası komplikasyon oranlarının %15'e ulaştığını belirten yayınlar mevcuttur [7].

Endoskopik yaklaşımların başarısız olduğu poliplerin tedavisinde diğer aşama cerrahi tedavi olmaktadır [8]. Biz de bu çalışmada, endoskopik olarak çıkarılamayıp cerrahi rezeksiyon uyguladığımız kolorektal poliplerin klinik ve patolojik özelliklerini incelemek istedik.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya Ocak 2014-Ağustos 2017 yılları arasında kliniğimizde kolorektal polip nedeniyle cerrahi rezeksiyon uygulanan hastalar dahil edilmiştir. Olguların tamamında "zor" kolorektal polip tanısı gastroenteroloji kliniğinde konulmuş olup, genel cerrahi polikliniğine yönlendirilmiştir. Hastanemizde EMR/ESD yapılamadığından hastaların tamamında cerrahi tedavi öncelikle düşünülmüştür.

Preoperatif biopsilerinde malignite tanımlanan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Endoskopik görünümü tümöral kitle olup, biyopsi sonucu benign patoloji gelen hastalar da çalışmaya dahil edilmemiştir çünkü bu hastalar operasyon öncesi malignite düşüncesiyle operasyona alınmıştır.

Olgular ile ilgili olarak hastane veri tabanında geriye dönük olarak hastaların demografik bilgileri, poliplerin yerleşimi, endoskopik biyopsi sonuçları, yapılan cerrahi işlemler, rezeksiyon materyalinde polibin histopatolojisi ve postoperatif komplikasyon varlığı incelenmiştir.

BULGULAR

Kliniğimizde belirtilen süre içerisinde 8 hastaya "zor" kolorektal polip tanısıyla cerrahi rezeksiyon yapılmıştır. Hastaların klinikopatolojik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların 6'sı erkek (6/8) olup, yaş ortalaması 64,12'dir (28-83y). Poliplerin yerleşimi hastaların 3'ünde rektum (3/8), 2'sinde çıkan kolon (2/8), 2'sinde inen kolon (2/8) ve 1'inde transvers kolon (1/8) idi. Hastaların preoperatif endoskopik biopsileri 5'inde villöz adenom (5/8), 2'sinde tübüler adenom (2/8), 1'inde juvenil polip (1/8) şeklinde raporlanmıştı. Hastaların 3'ünde laparoskopik cerrahi (3/8) uygulanırken, 5 hastada açık cerrahi (5/8) uygulandı. Açık cerrahi uygulanan hastalardan biri laparoskopik başlanıp kanama nedeniyle açık cerrahiye dönülen hastadır. Postoperatif dönemde iki hastada yara enfeksiyonu gelişmiş olup, bu hastalardan birisinde daha sonra yara ayrışması gelişmiştir. Bir hastada postoperatif ileus gelişmiş olup, konser-

Tablo 1. Cerrahi rezeksiyon uygulanan "zor" poliplerin klinikopatolojik özellikleri.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Yaş	82	83	64	63	78	39	76	28
Cinsiyet	E	E	K	E	E	E	E	K
Yerleşim	Rektum	Rektum	Transvers kolon	Çıkan kolon	Rektum	Çıkan kolon	İnen kolon	İnen kolon
Endoskopik Biyopsi	Villöz adenom	Villöz adenom	Villöz adenom	Tubüler adenom	Villöz adenom	Juvenil polip	Tubüler adenom	Villöz adenom
Operasyon	AAR	AAR	Segmenter kolon rezeksiyonu	Sağ hemikolektomi*	AAR	Sağ hemikolektomi*	Sol hemikolektomi**	Sol hemikolektomi*
Polip boyut	13,5x8,5	6,5x5	5x5	5,5x1,5	10x9	4,5x3	4x3	4,5x3
Histopatoloji	Villöz adenom + YDD	Villöz adenom + YDD	Villöz adenom + YDD	Tubüler adenom + YDD	Tubüler adenom + intramukozal karsinom	Juvenil polip+DDD	T1N0M0	T3N0M0
Komplikasyon	-	Yara enfeksiyonu+yara ayrışması	-	-	-	Postoperatif ileus	Yara enfeksiyonu	-

laparoskopik cerrahi,konversiyon açık cerrahi*
AAR: aşağı anterior rezeksiyon, YDD: yüksek derece displazi; DDD: düşük derece displazi

vatif yaklaşımla tedavi edilmiştir. Hiçbir hastada mortalite gözlenmemiştir.

Çıkarılan piyeslerin patolojik incelenmesinde 3 hastada villöz adenom +yüksek dereceli displazi (YDD) (3/8), 1'inde tubüler adenoma + YDD (1/8), 1'inde tubüler adenom + intramukozal karsinom (1/8), 1'inde juvenil polip + düşük dereceli displazi (DDD) (1/8) ve 2'sinde invaziv karsinom (2/8) belirlenmiştir. İnvaziv karsinom belirlenen hastalarda kanser evreleri T1N0M0 ve T3N0M0 şeklinde raporlanmıştır. Çıkarılan poliplerin en büyüğünün boyutu 13,5x8,5 cm iken, en küçüğünün boyutu 4x3 cm idi.

TARTIŞMA

Kolorektal kanserin önlenmesi büyük oranda adenomatöz poliplerin belirlenmesi ve çıkarılmasına bağlıdır. Vogelstein yaptığı çalışma [9] ile adenoma-karsinoma sekansını ortaya koyarak adenomatöz poliplerin kolorektal kanser için öncü olduğuna açıklık getirmiştir.

Adenomu olan hastalarda 5 yıl sonunda kanser gelişim riski %4, 10 yıl sonunda ise %14 olarak belirtilmiştir ki bu normal popülasyona göre oldukça yüksek bir orandır [10].

Poliplerin çıkarılması için endoskopik, cerrahi ve kombine metodlar gibi bazı yöntemler vardır [11].

Kolonoskopi eşliğinde konvansiyonel polipektomi teknikleri, kolonik poliplerin büyük kısmının çıkarılmasında yeterlidir. Ancak "zor" polip olarak tanımlanan lezyonlarla karşılaşıldığında alternatif yaklaşımlar gerekebilmektedir. Bu lezyonlar büyük veya geniş tabanlı, mukozal katlantıların arkasında veya kıvrımlı kolonik segmentlerde yerleşimli, tam çıkarılabilmesi için tam olarak havalandırılamayan veya yüksek komplikasyon riski taşıyan lezyonlar olarak tanımlanmaktadır [12].

EMR ve ESD ile tam rezeksiyonda başarı oranını %80'nin üzerinde olduğu belirtilse de her iki işlemde de "zor" polip olarak tanımlanan lezyonlarda başarısızlık gözlenebilmektedir. Dolayısıyla bu tür lezyonlarda bir sonraki yaklaşım cerrahi tedavidir ve sağladığı avantajlar nedeniyle laparoskopik yaklaşım önerilen cerrahi yöntemdir [13-15].

Son yıllarda bu tip lezyonlar için laparoskopi yardımlı endoskopik polipektomi tekniklerini öneren yayınlar vardır ve bu yayınlarda sonuçların laparoskopik kolektomilerle benzer olduğu belirtilmektedir [16].

Bu teknikte, laparoskopik cerrah intraperitoneal manipülasyonlar ile endoskopik rezeksiyona yardım etmektedir ve aynı zamanda da olası perforasyon

durumunu gözlemlemektedir. Bu teknik gereksiz barsak rezeksiyonlarını önlemek üzerine geliştirilmiştir; ancak zorlukları mevcuttur. Bir kere operasyon sahasında aynı anda farklı cerrahi ekip ve ekipmanların hazır olmasını gerektirmektedir. Ayrıca, tüm spesmenler intraoperatif malignite açısından cerrah ve hatta patolog tarafından klasik bir onkolojik rezeksiyon kararı verebilmek için değerlendirilebilmelidir.

"Zor" polip olarak tanımlanan lezyonlarda işlem öncesi belirlenmesi güç olan konu hangi lezyonda invazif kanser belirlenebileceğini öngörebilmektir. Artan polip boyutu ile lezyonun kanserleşme olasılığı arasındaki ilişki bilinmektedir [17]. Bununla beraber, cerrahiye yönlendirilen bir hastada polibin boyutu malignite için öngörü oluşturamayacağı gibi bu olasılığı ortadan da kaldıramamaktadır. Itah ve ark. [14] çalışmalarında, cerrahi rezeksiyon yaptıkları 64 kolon polibi olgusundan 9'unda (%33) malignite ile karşılaştıklarını ve bu 9 lezyondan 6'sının ≤2 cm olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamıza dahil olan hastalar incelendiğinde invaziv karsinom belirlenen hastalardaki polip boyutlarının diğer poliplere göre çok daha küçük boyutta olduğu görülmektedir. Bu da bize polip boyutunun operasyon öncesi invaziv karsinom olasılığı konusunda net bir belirleyici olmadığını göstermektedir.

SONUÇ

Çalışmamızda "zor" polip tanısıyla cerrahi rezeksiyon uyguladığımız hastaların tamamında lezyonların premalign veya invaziv tümör görülmesi nedeniyle endoskopik veya lokal rezeksiyon teknikleriyle çıkarılamayan poliplerin endoskopik biyopsi sonuçları ne olursa olsun onkolojik cerrahi prensiplere göre çıkarılması gerektiği kanısındayız. Uygun hastalarda da laparoskopik cerrahi yeğlenmesi gereken yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Delaney CP, Champagne BJ, Marks JM, Sanuk L, Ermlich B, Chak A. Tissue apposition system: new technology to minimize surgery for endoscopically unresectable colonic polyps. Surg Endosc. 2010;24(12):3113-8. https://doi.org/10.1007/s00464-010-1098-7
2. Church JM. Experience in the endoscopic management of large colonic polyps. ANZ J Surg. 2003;73(12):988-95. https://doi.org/10.1046/j.1445-2197.2003.t01-23-.x
3. Jung M. The 'difficult' polyp: pitfalls for endoscopic removal. Dig Dis. 2012;30(2):74-80. https://doi.org/10.1159/000341898
4. Iishi H, Tatsuta M, Iseki K, Narahara H, Uedo N, Sakai N, et al. Endoscopic piecemeal resection with submucosal saline injection of large sessile colorectal polyps. Gastrointest Endosc. 2000;51(6):697-700. https://doi.org/10.1067/mge.2000.104652
5. Saito Y, Uraoka T, Yamaguchi Y, Hotta K, Sakamoto N, Ikematsu H, et al. A prospective, multicenter study of 1111 colorectal endoscopic submucosal dissections (with video). Gastrointest Endosc. 2010;72:1217-25. https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.08.004
6. Yamamoto H, Yahagi N, Oyama T. Mucosectomy in the colon with endoscopic submucosal dissection. Endoscopy. 2005;37:764-8. https://doi.org/10.1055/s-2005-870166
7. Vormbrock K, Mönkemüller K. Difficult colon polypectomy. World J Gastrointest Endosc. 2012 July 16;4(7):269-80. https://doi.org/10.4253/wjge.v4.i7.269
8. Voloyiannis T, Snyder MJ, Bailey RR, Pidala M. Management of the difficult polyp referred for resection: resect or rescope? Dis Colon Rectum. 2008;51(3):292-5. https://doi.org/10.1007/s10350-007-9175-2
9. Cho KR, Vogelstein B. Genetic alterations in the adenoma-carcinoma sequence. Cancer. 1992;70:1727-31. https://doi.org/10.1002/1097-0142(19920915)70:4+<1727::AID-CNCR2820701613>3.0.CO;2-P
10. Wasif N, Etzioni D, Maggard MA, Tomlinson JS, Ko CY. Trends, patterns, and outcomes in the management of malignant colonic polyps in the general population of the United States. Cancer. 2011;117:931-7. https://doi.org/10.1002/cncr.25657
11. Monkemuller K, Neumann H, Malfertheiner P, Fry LC. Advanced colon polypectomy. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009;7:641-52. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2009.02.032
12. Soetikno R, Gotoda T. Con: colonoscopic resection of large neoplastic lesions is appropriate and safe. Am J Gastroenterol. 2009;104(2):272-5. https://doi.org/10.1038/ajg.2009.75
13. Lipof T, Bartus C, Sardella W, Johnson K, Vignati P, Cohen J. Preoperative colonoscopy decreases the need for laparoscopic management of colonic polyps. Dis Colon Rectum. 2005;48(5):1076-80. https://doi.org/10.1007/s10350-004-0908-1
14. Itah R, Greenberg R, Nir S,Karin E, Skornick Y, Avital S. Laparoscopic Surgery for Colorectal Polyps. JSLS. 2009;13:555-9. https://doi.org/10.4293/108680809X12589998404407
15. Audrius Dulskas A, Kuliešius Z, Samalavičius NE. Laparoscopic colorectal surgery for colorectal polyps: experience of ten years. Acta Med Litu. 2017;24(1):18-24.
16. Lascarides C, Buscaglia JM, Denoya PI, Nagula S, Bucobo JC, Bergamaschi R. Laparoscopic right colectomy vs laparoscopic-assisted colonoscopic polypectomy for endoscopically unresectable polyps: a randomized controlled trial. Colorectal Dis. 2016 Nov;18(11):1050-6. https://doi.org/10.1111/codi.13346
17. Consolo P, Luigiano C, Strangio G, Scaffidi MG, Giacobbe G, Di Giuseppe G, et al. Efficacy, risk factors and complications of endoscopic polypectomy: ten year experience at a single center. World J Gastroenterol. 2008;14(15):2364-9. https://doi.org/10.3748/wjg.14.2364