

GEBELİKTE TESPİT EDİLEN KOLOREKTAL TÜMÖRE YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

(Management of Colorectal Carcinoma in Pregnancy: Case Report)

Ayşe Gürbüz*, Ateş Karateke**, Canan Kabaca*, Gözde Kır***, Zeki Şahinoğlu*,
Berna Haliloğlu****, Ahmet Kocakuşak*****

Özet

Gebelikte kolon kanseri 13000 gebelikte 1 olarak izlenmektedir. Otuzyedinci yaşında, 36 haftalık gebeliği olan hastada erken doğuma neden olan sigmoid tümör perforasyonunu ve aynı hastada 1 yıl sonra gelişen metastatik over tümörü olgusunu sunduk. Gebelik sırasında rastlanan kolon tümörü tanısında en önemli faktör, özellikle rektal kanamalı olgularda rektal muayene ve sigmoidoskopi yapılmasıdır. Operasyon sırasında overler gözden geçirilmeli, fertilitatesini tamamlamış olgularda ooforektomi düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Kolorektal tümör, gebelik, tedavi

Summary

The incidence of colon cancer is one in 13000 pregnancies. We presented a case of a perforated sigmoid tumor which resulted in a premature birth in a 37-year-old pregnant woman at her 36th week of gestation and a metastatic ovary tumor in the same patient after one year. In conclusion, rectal digital examination and sigmoidoscopy are the most important factors in diagnosis of colon tumors detected during pregnancy, especially in cases with rectal bleeding. During the laparotomy, ovaries should be explored and oophorectomy must be carried out in cases who do not have any desire to give a birth.

Key words: Colorectal tumor, pregnancy, treatment

* Uzm. Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü

** Doç. Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi

*** Uzm. Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

**** Asist. Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Asistanı

***** Uzm. Dr., Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

GİRİŞ

Gebelik sırasında kolon kanseri, 1/13000 oranında rastlanan nadir bir durumdur ⁽¹⁾. Gebe bir kadında ilk rektal kanser 1842 yılında Cruveilhier tarafından bildirilmiştir ⁽²⁾. Bu ilk yayından sonra 200'ün üzerinde gebelik sırasında kolorektal kanser olgusu literatürde yayınlanmış olup bunların yaklaşık 50 tanesi peritoneal refleksiyonun üzerinde olarak rapor edilmiştir ⁽³⁾. Kolorektal tümör tedavisinde sağlanan gelişmelere rağmen gebelikte prognozun kötü olmasının sebebi, gebede izlenen kanser semptomlarının gebeliğin neden olduğu gastrointestinal şikayetler olarak değerlendirilip geç tanı konulması olabilir. Gebelik etkisiyle bu tümörlerin hızlı büyümesi de prognozu kötüleştiren bir diğer faktördür. Biz bu olgu sunumunda gebeliğin 36. haftasında saptanan peritoneal refleksiyon üzerindeki bir kolorektal tümör olgusunu, klinik özellikleri ve yapılan işlemleri ile birlikte sunmayı ve literatür eşliğinde bu olgulara yaklaşımı tartışmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Otuzyedi yaşında gravida 2, parite 1 kadın hasta 36 haftalık gebe iken şiddetli karın ağrılarının başlaması üzerine hastaneye başvurdu. Fetal bradikardi saptanması üzerine acil sezaryan seksiyon operasyonu ile canlı çocuk doğurtuldu ve yapılan eksplorasyonda batında gaita kokusu ve inen kolonda kitle saptanması üzerine cerrahi konsültasyon istendi. İnen kolonda 8cm çapında, çevreye yapışık perfore tümöral kitle saptandı. Kolon mezosunda multipl lenfadenopatiler gözlemlendi. Optimal rezeksiyonun sağlanması için subtotal kolektomi, ileosigmoidostomi, omentektomi ve yapışıklık nedeniyle sol ooferektomi operasyonu uygulandı. Piyesin makroskopik incelemesinde anüler tipte 8cm çapında, infiltratif gelişmiş, nekrotik ve enfekte alanlar içeren tümör rapor edildi. Mikroskopik incelemede tümör, iyi diferansiye adenokarsinom olarak değerlendirildi ve tüm katlarda invazyon tespit edildi. Tümör çevresi ve tümör dışı lenf düğümlerinde metastaz yoktu. Tümör modifiye Duke's B2 olarak değerlendirildi. Hastada postoperatif 11. gün gelişen subileus tablosu konservatif tedavi ile düzeldi. Postoperatif 18. günde patoloji sonucunun malign gelmesi üzerine bakılan tümör belirteç-

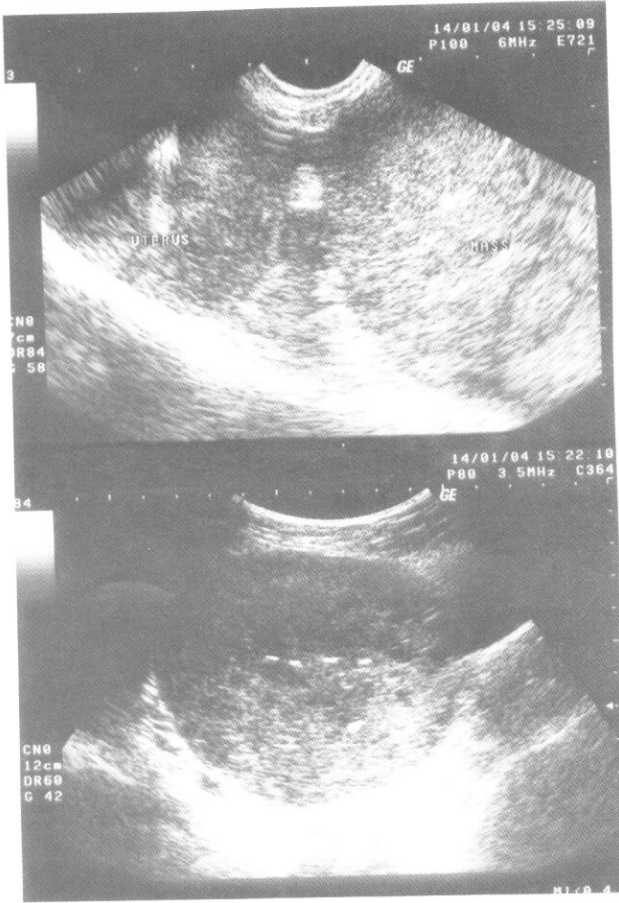
leri; karsinoembriyonik antijen (CEA)=3.1 ng/ml (n: <3.4 ng/ml), CA 19-9=61.5 U/ml (n: 0-27 U/ml) şeklinde idi. Batın ultrasonografik incelemesi ve batın tomografisi normal idi. Hastanın anamnezinden gebeliğin ikinci ayında rutin gebelik kontrolü nedeniyle gittiği jinekolog tarafından batın sol tarafında kitle saptandığı, yapılan ultrasonografik incelemede kitle gözlenmesi üzerine rektoskopi gerekirse sigmoidoskopi önerildiği ancak hastanın bu testi kabul etmediği öğrenildi. Gebeliği sırasında hasta da rektal kanama, şişkinlik gibi hiçbir gastrointestinal semptom izlenmemişti ve dışkılama alışkanlığında değişiklik yoktu. Hastaya 28 günde bir, 6 kür 5 günlük 5-FU 425 mg/m² ve Ca Folinat 20 mg/m² tedavisi uygulandı. Kemoterapi kürleri sona eren hastanın postoperatif birinci yılda yapılan üst batın ultrasonografisi normal sınırlarda idi. Jinekolojik ultrasonografide sağ overde 95x95x81mm ebadında yuvarlak düzgün konturlu miyometriuma göre hafif hipoekojen, santral ve periferinde en büyüğü yaklaşık 1cm çapında olan çok sayıda anekoik alan ve milimetrik çaplarda kalsifiye odaklar içeren solid lezyon izlenmiştir (Resim 1). Spektral (doppler) incelemede rezistif indeks 0.4 olarak bulundu. Batında minimal asit mevcuttu. Bu bulgular ile metastatik over kanseri veya primer over kanseri tanısı ile total abdominal histerektomi ve sağ salpingooferektomi operasyonu uygulandı. Tümörün histopatolojisi metastatik over karsinomu olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Kolorektal kanser, kadınlardaki kansere bağlı ölümlerin üçüncü önde gelen nedenidir. Kırk yaş altındaki olgular ise olguların %8'ini oluşturur ⁽⁴⁾. Gebelikte belirlenen olguların %50-56'sında annenin erken dönemde kaybedildiği bildirilmiştir. Son 30 yılda kolorektal kansere bağlı ölümlerde gözlenen %29 oranındaki düşüşe rağmen gebelikte rastlanan kolorektal kanser olgularında sağkalımda iyileşme olmaması geç tanı koyulması veya gebeliğe ilişkin olaylara bağlı olabilir ^(5,6).

Gebelikte kalıcı gastrointestinal sistem semptomlarının olması durumunda, özellikle mukoid diare ve tenezme eşlik eden rektal kanama varlığında mutlaka gastrointestinal sisteme yönelik araştır-

Resim 1. Overe metastaz yapmış kolon kanserinin ultrasonografik görüntüsü



ma yapılmalıdır. Ayrıca bizim olgumuzda olduğu gibi sadece batında saptanan bir kitle de tek bulgu olabilir. Bu bulgulardan bir veya birkaçı olduğunda rektal digital inceleme, gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi ve kolonoskopi uygulanmalıdır. Baryumlu enema ve bilgisayarlı tomografi gebelikte kontraendikedir (7). Van Voorhis and Cruikshank (8) gizli rektal kanamalı iki olguda hipokrom mikrositer anemi bildirmişlerdir. CEA gebeliğe bağlı olarak yüksek olduğundan tanı için kullanımı uygun değildir ancak takipte kullanılabilir. Tanıda magnetik rezonans görüntüleme ile beraber, hepatik metastaz takibi için üst batın ultrasonografisi kullanılabilir.

Gebelikte saptanan kolorektal kanserin tedavisi gebe olmayan kadınla aynıdır. Primer tümörün ve bölgesel mezenterik lenf düğümlerinin cerrahi yöntemle çıkartılması tek tedavi yöntemidir. Klasik yöntem, tümörün gros tümör kenarının 5 cm tümör serbest güvenli alanla birlikte çıkarılmasıdır. Çeşit-

li yazarlar tarafından gebenin gestasyonel yaşı ile ilişkili olarak tedavi planlaması yapılmıştır (3,5,7). İlk 20 haftada gebelik hiç yokmuş gibi tedavi edilir ve terapötik abortus yaptırılması zorunlu değildir. Eğer uterus rektuma ulaşmayı engelliyor veya tümör uterusu invaze ise total abdominal histerektomi uygulanır. Eğer bu saydığımız durumlar yok ise doğum için karar obstetrik endikasyonlar ile verilir. Gebelik 20 haftadan büyük ise gebelik fetal viabiliteye ulaşılıncaya kadar beklenir. Vajinal doğum tercih edilebilir ancak aşağı yerleşimli tümörler doğum kanalını obstrükte edebilirler. Vajinal doğumdan sonra tümörün cerrahi tedavisi, uterus involusyonu ve pelvik vasküler konjesyonu sağlamak amacı ile birkaç gün ertelenir. Alternatif olarak cerrahi tedavi ile sezaryan doğum birlikte planlanabilir. Nesbitt ve ark. (7) kolorektal cerrahi sırasında overe wedge biopsi ve frozen uygulamayı önermektedir. Bunun sebebi, 40 yaşın altındaki olgularda %24 oranında eşlik eden okült over metatazı bildirilmesidir (9). Bu nedenle fertilitisini tamamlamış olgularda, bizim olgumuzdaki mükerrer operasyon ve literatürdeki veriler göz önüne alındığında profilaktik ooforektominin uygun yaklaşım olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Wood JB, Martin JN Jr, Ingram FH, Odom CD, Scott-Conner CE, Rhodes RS. Pregnancy complicated by carcinoma of the colon above the rectum. *Am J Perinol* 1992; 9: 102 - 10.
2. Cruveilhier J. Anatomie pathologique du Corps Humain. Paris: Bailliere, 2 (32 ed Livre) 22: 1835-42.
3. Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum* 1993;36:172-8.
4. Cappell MS. Colon cancer during pregnancy: The gastroenterologist's perspective. *Gastroenterol Clin* 1998; 27: 225.
5. Disaia PJ, Creasman WT. Cancer in Pregnancy. In: Disaia PJ, Creasman WT, eds. Clinical Gynecologic Oncology, 5th ed. St Louis: Mosby - Year Book., 1997: 429.
6. Parker SL, Tong T, Bolden S. Cancer statistics, 1997. *CA Cancer J Clin* 1997; 47: 5-27.
7. Nesbitt JC, Moise KJ, Sawyers JL. Colorectal carcinoma in pregnancy. *Arch Surg* 1985; 120: 636-40.
8. Van Voorhis B, Cruikshank DP. Colon carcinoma complicating pregnancy: a report of two cases. *J Reprod Med* 1989; 34: 923-7.
9. Pitluk H, Poticha SM. Carcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 335-7.