

Dr. Tarık Z. NURSAL  
Dr. Erhan HAMALOĞLU  
Dr. Tayfun ENÜNLÜ

## YAŞLI KOLON KANSERİ HASTALARINDA CERRAHİ TEDAVİ

### THE SURGICAL TREATMENT of THE COLORECTAL CANCERS in THE ELDERLY

#### ÖZET

Kanserden ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer alan kolorektal kanserler ağırlıkla ileri yaşlarda gözlenir. Ancak yaş ilerledikçe eşlik eden sistemik hastalıklar artmakta ve hastanın tedavi planını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada 70 yaş ve üzeri 109 kolorektal kanserli hastanın verileri aynı dönemde tedavi görmüş 70 yaş altı 619 hastanın bilgileri ile karşılaştırılmıştır. Yaşlı hastalar gençlere göre daha fazla intestinal obstrüksiyon ile başvurmaktadır (%18.1'e karşı %11.3 (p= 0.029)). En sık görülen yakınmalar olan rektal kanama ile ağrı her iki grupta aynı oranda bulunmaktadır. Rektal muayene ile rektumda kitle saptanan hasta oranı her iki grupta 1/3 düzeyindedir. Gruplardaki hastaların tümör evreleri birbirine yakındır ve uygulanan küratif cerrahi oranı %68'dir. Ameliyat sonrası dönemde yaşlı hastalardaki morbidite ile genç hastalardaki morbidite aynıdır. Ancak yaşlı hastalarda ameliyat sonrası mortalite daha fazladır (%14.7'e karşı %4.2'dir (p=0.005)). Yaşlı hastalar için uygulanan cerrahi tedavi genç hastalara uygulanan tedavi ile aynı olmalıdır. Ancak yaşlılarda eşlik eden hastalıklar nedeniyle ön hazırlık iyi yapılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Kolorektal kanser, Cerrahi, Tedavi, Yaşlı hasta.

#### ABSTRACT

Colorectal cancers which are among the most frequent causes of cancer related deaths are observed mostly in the elderly patients. In this group of patients, incidence of comorbid systemic disease is higher and may affect the course of cancer therapy. In this study 109 elderly colorectal cancer patients which are older than 70 years of age are compared with 619 patients which are younger than 70 years of age who were treated in the same time period. Intestinal obstruction is seen more frequently in the elderly patients (%18.1vs.%11.3 (p= 0.029)). Rectal bleeding and pain are the most frequent symptoms and are observed equally in both groups. One third of patients in both groups have rectal mass in the rectal examination. Tumor stage is similar in both groups and the rate of curative surgery is %68. Postoperative morbidity is same in both elderly and young patients. But the incidence of postoperative mortality is higher in the elderly patients (%14.7 vs. %4.2 (p=0.005)). The same surgical therapy is indicated in both elderly and younger patients. But comorbid diseases must be evaluated promptly in the elderly patients and preoperative preparation should be properly done.

**Key Words:** Colorectal cancer, Surgery, Treatment, Elderly.

**Geliş:** 2707.1998 **Kabul:** 18.09.1998

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Genel Cerrahi Anabilim Dalı-ANKARA

**İletişim:** Dr. Erhan HAMALOĞLU: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Genel Cerrahi Anabilim Dalı-Samanpazarı/ANKARA Tel: (312) 310 35 45/1732-1676

## GİRİŞ

Batı ülkelerinde görülme sıklığı 100.000'de 50 gibi yüksek değerlere sahip kolorektal kanserler, kansere bağlı ölümlerde ilk sıralarda yer alır (4). Ülkemizde görülme sıklığı nispeten daha az olup 7. sıklıkta görülür ve kanserden ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (3).

Normal yapıdaki hücrenin kanser hücresine dönüşmesi olan neoplastik süreç, farklı dokularda değişik hızlarda ilerlemesine rağmen belirli bir zaman gerektirir. Bazı ailesel kanserler dışında kolorektal kanserler bu nedenle ağırlıkla ileri yaşlarda gözlenir (10). Ancak yaş ilerledikçe kişinin genel performansını düşüren kardiyovasküler, akciğer, böbrek ve karaciğer yetmezliği riski artmaktadır. Yaşlı hastalarda eşlik eden bu sistemik hastalıklar gerek cerrahi, gerek adjuvan tedaviyi uygulayan hekimler için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Eşlik eden bu sistemik sorunların daha ciddi hale gelmesi zaman zaman hastanın tedavisinin yönlendirilmesinde belirleyici olabilmektedir.

Bu çalışmada ileri yaştaki kolorektal kanserli hastalar değerlendirilmiş ve tedavi yöntemleri ile cerrahi tedavinin etkileri araştırılmaya çalışılmıştır.

## YÖNTEM ve GEREÇ

Bu retrospektif çalışmada 1980-1996 yılları arasında kliniğimizde tedavi gören 70 yaş ve üzeri 109 hastanın bilgileri değerlendirilmiş ve aynı dönemde tedavileri yapılan 70 yaş altı 619 hastanın kayıtları ile karşılaştırılmıştır. Hastaların demografik bilgileri yanında geliş yaklaşımı ve süresi, başvuru sırasındaki laboratuvar, tümör marker değerleri, yapılmışsa ameliyat yöntemi ile ameliyat sonrası gelişen komplikasyonları kayıtlardan elde edilmiştir.

Ameliyat mortalitesi ameliyattan sonraki 30 gün içerisinde gerçekleşen ölümler olarak tanımlanmıştır. Ayrıca tümörün histolojik değerlendirmesi Duke's sınıflamasının Astler-Coller modifikasyonuna göre yapılmıştır (1).

Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için Pearson khi kare testi, sürekli değişkenler için Student t testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Yaşlı grubun yaş ortalaması 74.4±3.8 olup hastaların 60'ı erkek (%56), 49'u kadındır (%44). Genç grubun yaş ortalaması ise 50.4±12.9'dır. Bu hastaların 368'i erkek (%59.5), 250'si kadındır (%40.5).

Yaşlı hastaların en sık başvuru yakınmaları defekasyon düzensizliği ve rektal kanamadır. Genç hastalarda da kanama önemli bir yakınmadır ve defekasyon düzensizliğine oldukça sık rastlanmıştır. İleri yaş grubundaki hastalarda obstrüksiyon ile başvurma diğer gruba göre daha sık görülmektedir (Tablo 1).

Yaşlı hastaların yaklaşık %10'unda ailede kanser hikayesi vardır, ancak genç grup (%12.9) ile arasında belirgin fark saptanmamıştır (p=0.399). Fizik muayenenin bir parçası olan rektal muayene hastaların ancak %75'ine yapılmış ve muayene yapılan yaşlı hastaların 36'si (%32.7), genç hastaların 218'inde (%35.2) rektal muayenede kitle saptanmıştır (p=0.689).

Tablo-1: Hastaların başvuru yakınmaları

| Başvuru yakınması       | 70 yaş ve üzeri | 70 yaş altı | p     |
|-------------------------|-----------------|-------------|-------|
| Karın ağrısı            | 42 (%38.1)      | 258 (%41.7) | 0.842 |
| Kanama                  | 56 (%50.9)      | 343 (%55.5) | 0.743 |
| Obstrüksiyon            | 20 (%18.1)      | 70 (%11.3)  | 0.029 |
| Defekasyon düzensizliği | 59 (%53.6)      | 323 (%52.2) | 0.604 |
| Kilo kaybı              | 43 (%39.1)      | 281 (%45.4) | 0.268 |

Hemoglobin değerinin 10 gr/dl altında olması olarak nitelendirilen anemi oldukça sık karşılaşılan bir laboratuvar bulgusu olmuştur. Yaşlı grubun anemi ile başvurma oranı %19.2 olarak saptanmış olup genç grupta bu oran %17.7'dir (p=0.709).

Endoskopi yaşlı ve genç hastalara sırasıyla %46.3 ve %47.2 oranında yapılmış ve doğruluk oranları %88 ve %84 olarak belirlenmiştir. Baryumlu kolon grafisi ise yaşlı ve genç hastaların sırasıyla %52.7 ve %60.3'üne uygulanmış olup %96.5 ve %88.7 doğruluk oranı saptanmıştır. Ultrasonografi hastaların %55.4 ve %56.6'sına yapılmıştır. Bu tetkiklerde uzak metastaz bulguları (karaciğer ve asit) yaşlı ve genç hastaların sırasıyla %16.4 ve %25.4 'ünde saptanmıştır.

Tüm hastalardaki tümörlerin yaklaşık %60'ı rektosigmoid yerleşimlidir (Tablo 2). Ancak gruplar arasında tümör yerleşimi açısından bir fark saptanmamıştır (p=0.718).

Tablo-2: Tümörlerin kolondaki yerleşimi

| Yerleşim        | 70 yaş ve üzeri | 70 yaş altı |
|-----------------|-----------------|-------------|
| anüs            | 3 (%2.7)        | 9 (%1.4)    |
| rektum          | 37 (%33.6)      | 264 (%42.7) |
| sigmoid         | 26 (%23.6)      | 106 (%17.1) |
| sol kolon       | 9 (%9.8)        | 37 (%5.9)   |
| transvers kolon | 6 (%5.4)        | 45 (%7.3)   |
| sağ kolon       | 11 (%10)        | 56 (%9.1)   |
| çekum           | 7 (%6.3)        | 53 (%8.5)   |
| multipl         | 2 (%1.8)        | 15 (%2.4)   |

Yaşlı hastaların %81.6'sına (n=516) genç hastaların %83.4'üne (n=89) ameliyat yapılmıştır. Yapılan ameliyatların yaşlı grupta %84.2 (n=75) ve genç grupta %82.1'i (n=424) küratif amaçlı cerrahi rezeksiyon olmuştur.

Yara enfeksiyonu, idrar yolu ve akciğer sorunları, intraabdominal kolleksiyon gibi ameliyat sonrası izlemde gelişen komplikasyonlar, yaşlı hastaların 20'sinde (%18.1) genç hastaların 138'inde (%22.3) gelişmiştir. Ameliyat sonrası mortalite ise yaşlı grupta belirgin olarak fazladır. Postoperatif mortalite yaşlı hastalarda %14.7, genç grupta ise %4.2'dir (p=0.005).

Duke's sınıflaması yaşlı ve genç hastaların sırasıyla %60.5 ve %72.4'üne yapılabilmektedir. İki grup arasında Duke's sınıflaması açısından bir fark yoktur (p=0.653) (Tablo 3).

Tablo-3: Hastaların Duker Astler-Coller sınıflamasına göre dağılımı

| Astler-Coller | 70 yaş ve üzeri | 70 yaş altı | Toplam      |
|---------------|-----------------|-------------|-------------|
| A             | 3 (%4.5)        | 10 (%2.2)   | 13 (%2.5)   |
| B1            | 4 (%6.1)        | 49 (%11)    | 53 (%10.4)  |
| B2            | 14 (%21.2)      | 111 (%24.9) | 125 (%24.4) |
| C1            | 1 (%1.5)        | 8 (%1.8)    | 9 (%1.8)    |
| C2            | 15 (%22.7)      | 93 (%20.9)  | 108 (%21.1) |
| D             | 29 (%43.9)      | 175 (%39.2) | 204 (%39.8) |
| Toplam        | 66              | 446         | 512         |

Ameliyat için hastaneye yatırılan hastaların hastanede kalış süreleri hastanın yaşı ile bağlantılı değildir ve hastanede kalış süresi yaşlı hastalarda 2.13±1.57 gün ve genç hastalarda 23.1±16.2 gündür.

Hastalardan yaşlı olanların izlem oranı %45.9 gençlerin izlem oranı %66.8'dir.

Tüm hastalarda yaşlı olan grupta ortalama izlem süresi 15.9+/-23.1 ay olup genç hastalara göre daha azdır (22.8+7-31.6). Ancak bu fark istatistik olarak anlamlı değildir (p=0.076).

İzlemi olan hastalarda yukarıda belirtilen izlem süreleri boyunca rekürrens saptanan hasta sayısı yaşlı ve genç hastalarda sırasıyla 12 (%24) ve 103 (%24.9)'tür. Yaşlı hastaların %26'sı ile genç grubun %31'i metastatik kanser (evre IV) ile izlenmiştir. Bu dönem içerisinde yaşlı ve genç grupta hastalık rekürrensi saptanmadan izlenen hasta oranları sırasıyla %48 ve %41.6 olmuştur.

#### TARTIŞMA ve SONUÇ

Onkogenesis teorisinde geçerli olan displazi, in situ kanser ve son aşama olan invaziv kanser sıralaması belirli bir süreç ve zaman gerektirir (5). Toplumdaki yaşlı birey sayısı arttıkça bu süreçten etkilenenler de artacaktır. Bunu destekleyen veriler kolon kanserinde belirgindir (6). Toplumdaki yaşlı birey sayısı arttıkça başka sorunlar da artmaktadır. Eşlik eden bu hastalıklar, uygulanması öngörülen tedavi planını bile değiştirebilmektedir.

Yaşlılık kavramı toplumlar arası farklılıklar gösterir. İngilizce literatürde yayınlanan birçok çalışma 70 yaş ve üzerini "yaşlı" kabul etmektedir (6-8). Bu çalışmada da 70 yaş ve üzeri yaşlı olarak kabul edilmiştir.

Karşılaştırılan her iki grupta da erkekler biraz daha fazla sayıdadır. Ancak başka yazarlar kadınların ömür beklentisinin daha fazla olması nedeniyle, yaşlı kolorektal kanserli hastalarda kadınların oranının daha fazla olduğunu ileri sürmüşlerdir (9).

Başvuru yakınmaları arasında kanama ve defekasyon düzensizliği en ön sıraları alırlar. Ancak yaşlı hastalarda obstrüksiyon ile başvuru daha sık olmaktadır (9). Bu çalışmadaki hastalarda da bulgular aynı doğrultudadır.

Rektal muayene tüm hastaların yaklaşık 173'ünde kanser lehine bulgular vermiştir. Bu oran rektal muayenenin ne kadar önemli olduğunu ve fizik muayenenin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermektedir.

Hastaların yaklaşık 175'inde hemoglobün değeri 10 gr/dl'nin altındadır. Yaşlı hastalarda, başka bir bulgu olmasa

bile, anemi saptanırsa bunun nedeninin aydınlatılması erken teşhis ve tedavi için önemlidir.

Çalışmadaki hastaların yaklaşık 273'ünde kanser rektosigmoid bölge yerleşimlidir. Ancak batı ülkelerinde sağ kolon kanser sıklığı geçen yıllar içinde giderek artmaktadır ve son olarak %55 dolaylarına ulaşmıştır (10). Aradaki bu farkın nedeni çok belirgin olmasa bile muhtemel etken sol kolon kanserlerinin daha erken ve belirgin bulgu vermesi ve bu belirgin yakınma nedeniyle hastaların daha erken tıbbi yardım istemesidir. Ancak ilerleyen teknoloji ve tarama yöntemleri ile daha önceleri tanısı zor olan sağ kolon kanseri daha sık teşhis edilmeye başlanmıştır.

Kolon kanserinde küratif tedavi cerrahidir. Ancak ilk başvuru sırasında yapılan tetkiklerinden sonra hastaların ancak %68'ine küratif amaçlı cerrahi bir girişim yapılabilmektedir. Bu sayı literatürde bildirilen %72-80 oranına yakındır (8,9).

Cerrahi sonrasında gelişen komplikasyonlarda yaşlı ve genç grup arasında belirgin bir fark izlenmemiştir. Ancak postoperatif mortalite yaşlı grupta 3 kat daha fazla görülmektedir. Yaş arttıkça mortalitenin arttığı belirtilmiştir (2), ancak yaşlı hastalarda operatif mortalitenin genç hastalara oranla bir farkı olmadığını gösteren veriler de bulunmaktadır (7,8). Eşlik eden hastalıklar nedeniyle mortalitenin arttığını düşünmekteyiz. Ancak bu sorunları %60'ı tedavi ile kontrol altına alınabilir sonuçlardır (6). Bu nedenle hastayı, eğer acil değilse, en optimal koşullarda hazırlayıp ameliyata almak uygun olacaktır.

Hastaların Duker sınıflamasında evre IV kolon kanseri %40 dolayındadır. Diğer serilerde bu oran yaklaşık yarı yarıya daha azdır (8,9). Hastaların tıbbi desteğe ulaştıkları zamandaki gecikmenin metastatik kanser olasılığını artırdığını düşünmekteyiz.

Kolon kanserinde erken teşhis, küratif amaçlı tek tedavi yöntemi olan cerrahinin uygulanma olasılığını artırır. Özgül olmayan rektal kanama, defekasyon düzensizliği en sık karşılaşılan yakınmalardır. Bu yakınmalarla başvuran hasta iyi değerlendirilmeli; özellikle anemisi varsa kolon kanseri ekarte edilmelidir. Yaşlı hastalarda uygulanması gereken tedavi genç hastalardan daha farklı değildir. Ancak eşlik eden sorunlar nedeniyle hasta ameliyat öncesi dönemde iyi hazırlanmalı ve optimal koşullarda ameliyat edilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Astler VB, Goller FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg* 1954; 139:846-52.
2. Coburn MC, Pricolo VE, Soderberg CH. Factors affecting prognosis and management of carcinoma of the colon and rectum in patients more than eighty years of age. *J Am Coll Surg* 1994; 179:65-69.
3. Fırat D, Hayran M. In Cancer statistics in Turkey and in the world (1990-1992). Ankara: İz Matbaacılık 1995.
4. Jessup JM, McGinnis LS, Steele GD, Menck HR, Winchester DP. The national cancer data base report on colon cancer. *Cancer* 1996; 78:918-926.

5. Kodner IJ, Fry RD, Fleshman JW, Birnbaum EH. Chapter 26: Colon, Rectum and Anus in Principles of Surgery 6th edition. Eds Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC. McGraw-Hill Company 1994 New York; 1191-1306.
6. McGinnis LS. Surgical treatment options for colorectal cancer. *Cancer (supl)* 1994; 74(7):2147-2150.
7. Mulcahy HE, Patchett SE, Daly L, Donoghue DP. Prognosis of elderly patients with large bowel cancer. *BJ Surg* 1994; 81:736-738.
8. Thomas RM, Sobin LH. Gastrointestinal cancer. *Cancer* 1995; 75(suppl):154-70.
9. Vivi AA, Lopes A, Cavalcanti SD, Rossi BM, Marques LA. Surgical treatment of colon and rectum adenocarcinoma in elderly patients. *J Surg Oncol* 1992; 51:203-206
10. Whittle J, Steinberg EP, Anderson GF, Herbert R. Results of colectomy in elderly patients with colon cancer, based on medicare claims data, *Am J Surg* 1992; 163:572-576.