

Kolorektal Tümörlerde Distal Yayılım

DISTAL SPREAD IN COLORECTAL TUMORS

Dr.Zafer MALAZGİRT, Dr.Filiz KARAGÖZ*, Dr.Salim GÜMÜŞ, Dr.İlker AKPOLAT*,
Dr.Necati ÖZEN, Dr.Bedri KANDEMİR*, Dr.Kayhan ÖZKAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Genel Cerrahi, (*) Patoloji ABD, SAMSUN

ÖZET

Amaç: Bu prospektif çalışmada kolon ve rektum kanseri tanısıyla rezekte edilen taze spesimenlerde distal intramural ve ektramural yayılım araştırıldı, bulgular hasta ve tümöre ait özelliklerle karşılaştırıldı. **Durum Değerlendirmesi:** Kolon ve rektum kanserlerinde makroskopik bitiş noktasından distale doğru intramural mikroskopik yayılım önemlidir. Ancak formalinle fiksasyondan sonra boyutlar çok kısalmır. Distal yayılımla ilgili çalışmalar bu nedenle yanıltıcıdır.

Yöntem: Spesimenler ameliyattan hemen sonra iğnelerle tesbit edildi, belirli aralıklarla çizildi. Tümörün distale en fazla uzanan bölümünün yer aldığı şerit patolojik yönden incelendi.

Çıkarımlar: Toplam 45 örneğin 35'inde (%77.8) distale yayılım saptandı. Bunlardan 9'unda (%20.0) yayılım 5 mm.den az, 26'sında (%57.8) ise 5 mm.den fazlaydı. On (%22.2) örnekte ise yayılım yoktu. Ortalama distal yayılım 0.6 ± 0.5 (SD) cm idi. TNM evrelemesine göre lenf tutulumu N0 olan 23 hastanın yalnızca 6'sında (%26.1) 0.5 cm'den uzun distal marjın gözlemlendi. Bu oran N1, N2 ve N3 evrelerde sırasıyla %53.9, %87.5 ve %100 idi ($p < 0.05$). Distale yayılım riski, lenf nodu metastazı varlığı kadar, tutulum şiddetiyle de doğru orantılıydı. Yayılım ile en güçlü korelasyon N2 grubundaydı. N0 ve N1'i içeren 36 örnekten 13'ünde (%36.1) ve N2 ile N3 içeren 9 örneğin 8'inde (%88.9) distale yayılım 0.5 cm'den büyüktü ($p < 0.01$).

Sonuçlar: Değerlendirmelerimiz 2 cm'lik distal marjının 43 olguda (%95.6) yeterli olduğunu gösterdi. Bu bilgiler ışığında distal rektumda yerleşen tümörlerde 2-3 cm uzunluğunda bir distal marjının bırakılmasının uygun olduğu, lenf nodu pozitifliği düşünülen olgularda ise distal marjınınin daha uzun tutulması gerektiği kanısına varıldı.

Anahtar kelimeler: Kolorektal kanser, distal marjın, intramural yayılım, TNM klasifikasyonu, anterior rezeksiyon, formaldehid fiksasyon

SUMMARY

The distal intramural and extramural spread of colorectal cancer were prospectively sought in freshly resected colorectal cancer specimens. The distal microscopic spread in colon and rectum cancer is an important factor. Studies dealt with distal margin have misleading results due to the fact that the dimensions shrink considerably with the formalin fixation. Immediately after surgery, the specimens crucified, and striated according to a scale. The strips consisting of macroscopically the most distally extending portion of the tumors were evaluated pathologically. The findings were compared with parameters related to the patient and the tumor. Distal spread was found in 35 (77.8%) in a total of 45 specimens. The average distal spread was 0.6 cm. While 6 (26.1%) of 23 specimens without lymphatic infiltration (N0) had distal spread over 0.5 cm, more than 50% of N1 and 100% of N3 specimens had distal spread above average ($p < 0.05$). The intensity of lymphatic infiltration was as definitive as the presence of infiltration. The distal spread was over 0.5 cm in 13 (36.1%) of 36 N0 and N1 specimens. However 8 (88.9%) of 9 patients with N2 and N3 lymph nodes had a long distal margin ($p < 0.05$). Our results showed that a distal margin of 2 cm was sufficient in 43 (95.6%) patients. However, we think that the distal margin should be kept longer in those with lymphatic invasion.

Keywords: Colorectal cancer, distal margin, intramural spread, TNM classification, anterior resection, formaldehyde fixation

Kolon ve rektum kanserlerinde makroskopik bitiş noktasından daha distale doğru intramural mikroskopik yayılım, özellikle anterior rezeksiyonda önem taşır. Distal veya retrograd mikroskopik yayılım, ektramural veya intramural olabilir. Intramural yayılım tümörün makroskopik bitiş noktasından distale doğru bir ya da birkaç duvar tabakasını infiltrate ederek ilerlemesidir (1). Ektramural yayılım ise lenfatik akımla ilgilidir ve proksimal lenfatik obstrüksiyona bağlıdır. Anterior rezeksiyonun yapılmaya başlandığı 1940'lardan günümüze, anal sfinkteri de kapsam pahasına, tümörün distalinde 5 cm.lik bir distal marjinin çıkarılması kuraldı (2). Son yıllarda 2 cm. ve hatta daha kısa bir distal marjinin lokal klerans yönünden yeterli olduğu fikri benimsenmiştir (3). Öte yandan, distale doğru yayılımı inceleyen çalışmaların önemli bir bölümü, fikse edilmiş spesimenlerde yürütülen retrospektif çalışmalardır. Ancak distal marjinin uzunluğu, ölçümün yapıma zamanıyla doğrudan ilişkilidir (4). Rezeksiyondan hemen sonra kolon ve rektum büzölmeye başlar. Formalinle fiksasyondan sonra ise boyutlar daha da kısalır. Postoperatif yapılan değerlendirmeler bu nedenle gerçeği yansıtmamaktadır.

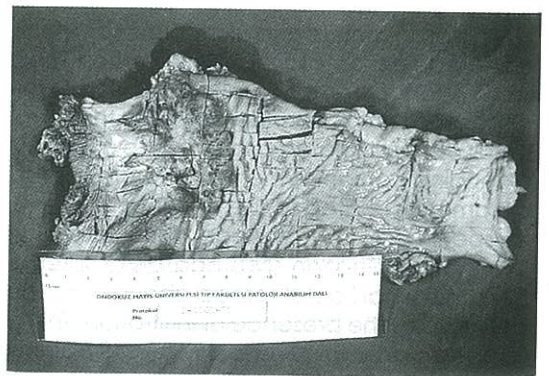
TABLO 1: KOLOREKTAL SPESİMENLERDE DİSTAL YAYILIM İLE KARŞILAŞTIRMALI ARAŞTIRILAN PARAMETRELER

Hastanın yaşı
Cinsi
Tümörün yeri
Tümörün çapı
Intramural yayılımın varlığı
Intramural yayılımın uzunluğu
Lenf nodu tutulumu
TNM evresi
Duke evresi
Diferansiasyonu
Kolloid içeriği
Lenfositten zenginliği
Damar ve lenfatik invazyon

Bu prospektif çalışmada kolon ve rektum kanseri tanısıyla rezeke edilen taze spesimenlerde ölçümler yapılarak distal intramural ve ektramural yayılım araştırıldı. Uzun ve kısa yayılım gösteren örneklerde hasta ve tümöre ait özellikler karşılaştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Şubat 1996'dan başlayarak iki yıl süreyle kolon veya rektum karsinomu tanısıyla palyatif veya küratif amaçla anterior ve abdominoperineal rezeksiyon uygulanan toplam 45 hastanın taze örnekleri üzerinde prospektif çalışıldı. Hastaların yaşı ve cinsi ile her örnekte çok sayıda histopatolojik parametre araştırıldı (Tablo 1). Rezeksiyondan sonra ilk 15 dakika içinde spesimen tümöre zıt yanından açıldı, makroskopik değerlendirme ve tümör çapı ölçümleri yapıldı. Kolon bir polivinil köpük plaka üzerine yatırıldı. Spesimen çepeçevre ve, birkaç uygun yerde, doku üzerinden yerleştirilen tesbit iğneleriyle tutturuldu. Tümör proksimalinden spesimenin distal ucuna kadar uzun eksende 2.5 cm, kısa eksende ise 1.0 cm aralıklarla mukoza ve kısmen submukozaya inen doğrusal kesiler yapıldı. Spesimeni taşıyan polivinil plaka, %10 formalin içine ters döndürülerek yerleştirildi. Yirmidört saatlik fiksasyonun peşinden enine ve boyuna kesilerle haritalandırılmış spesimenin yüzeyinde tümörün distale en fazla uzanan bölümü tesbit edildi. Bu bölümün yer aldığı şerit ile her iki yanındaki komşu şeritler, tümör proksimalinden distal cerrahi sınıra kadar numaralandırıldı (Resim 1). Uygun teknikte dilimlenen ve kesitleri alınan numaralı her parça, hematoksilen eozinle boyandı. Hazırlanan preparatlar ışık mikroskopunda (Reichert-Jung Microstar 110, New York, A.B.D.) incelendi. Distal intramural infiltrasyonun olup olmadığı ve, eğer varsa, hangi preparatta sonlandığı araştırıldı (Resim 2). Distale doğru numaralı parçalar incelenerek skip lezyonlar da tesbit edildi. Mikroskopik ölçüm



Resim 1: Spesimenin, taze iken iğnelerle sabitlenmesi, dilimlenmesi ve daha sonra %10 formalinde fikse edilmesini göstermektedir.