

Kolon ve Rektumun Villöz Adenomalarının Nd-YAG Lazerle Tedavisi

Nd-YAG LASER TREATMENT OF COLORECTAL VILLOUS ADENOMAS

Dr. Ahmet GÖRGÜL, Dr. Gilles THOMAS, Dr. Bernard DUCLOS

Servise d'Hépatogastroentérologie et d'Assistance Nutritionnelle CHU de Hautepierre - STRASBOURG

ÖZET

14 Rektokolik villöz adenomalı olgu endoskopik olarak Nd-YAG Lazerle tedavi edildi. 8 erkek, 6 kadından oluşan grubun yaş ortalaması 70.1 (41-94) idi. Çapı 4 cm'den büyük olan villöz adenomalı olguların %50'sinde (2/4), çapı 1-4 cm arasında olanların %85'inde (5/6), çapı 1 cm'den küçük olanların %100'ünde (4/4) tam bir destrüksiyon sağlandı. Tüm olgular 24 hafta boyunca gözlemlendi ve nüks gözlenmedi. Villöz adenomalann destrüksiyonlannda yaş, seks, displazi derecesi ve tümörün yerleşim yeri önemli değildi. Ancak villöz adenomannın çapıyla destrüksiyon ters orantılıydı. Çalışma boyunca bir olguda asemptomatik rektal stenoz gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Villöz adenoma, Nd-YAG Lazer

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991,2:170-174

SUMMARY

14 patients with colorectal villous adenomas underwent endoscopic Nd-YAG Laser therapy. The group consisted of 8 men and 6 women, and the mean age was 70.1 (41.94). Entire deslncion having a diameter greater than 4 cm, 85% (5/6) of the cases with a diameter of 1-4 cm, 100% (4/4) of the cases with a diameter of less than 1 cm These patients had a mean follow up of 24 weeks and no recurrence was observed. Age, sex, dysplasia grade, or tumor location did not influence the results which were related to the size of the villous adenomas. One complication occurred: An asymptomatic rectal stenosis.

KeyWords: Villous adenoma, Nd-YAG Laser

Turk J Gastroenterohepatol 1991,2:170-174

giriş

Villöz adenoma genellikle rektum ve sigmoidde oturan, yaygın tabanlı, sapsız, üzeri karnıbahar gibi çıkıntılı bir poliptir. Küçük çapta olanları varsa da çoğu büyük, geniş bir kitle oluşturur. Yumuşaktır ve kolay kanar. İleri yaşta ve erkeklerde daha sık görülür. Prevalansı neoplazik poliplerin ancak %10'u kadar olmasına rağmen değişik serilerde %1.8-10'dan (1,2), %24-43'e kadar (1,2,3) değişiklik

göstermektedir. Malignité riski villöz adenomada, tubuler adenomadan 8-10 defa daha fazladır. Mikroskopik olarak lamina propria'nın azlığı, dallanan bir stroma ve bunu örten ileri derecede displazik yapılı, Lieberkühn kriptaları tabanından kaynaklanan ve diferansiye olmamış hücrelerin proliferasyonu ile tanımlanır.

Bu adenomalarda görülen mukus salgısının artması bazen mukuslu diyareye, hipokalemi ve dehidratasyona neden olur.

Villöz adenomalarda seçkin tedavi lokal ekzizyondur. Polibin sapsız ve yaygın oluşu nedeniyle endoskopik koterlerle rezeksiyonları mümkün değilse cerrahi girişim gereklidir. Bu olgularda cer-

Geliş Tarihi: 20.6.1990

Kabul Tarihi: 14.8.1990

Yazışma Adresi: Dr. Ahmet GÖRGÜL
Gazi Univ. Tıp Fak. Gastroenteroloji Kliniği,
ANKARA

rahi bir kontrendikasyon varsa endoskopik lazer tedavisi önerilir (4,5,6,7).

Bu çalışmanın amacı Villöz adenomalı, cerrahi kontrendikasyonu olan veya cerrahi girişimi istemeyen 14 olguda Nd-YAG (Neodmium Yttrium Aliminyum Garnet) Lazerle elde ettiğimiz sonuçları bildirmektir. Ayrıca küçük Villöz adenomalı olgularda endoskopik yoldan Nd-YAG Lazer tedavisi, cerrahiye alternatif olabileceği ve riskin daha az olduğu düşünülerek uygulanmıştır.

MATERYEL VE METOD

Çalışmamızda, Olympus CF 101 ve CFIBW kolonoskoplar ve 100 Watt gücündeki CILAS Nd-YAG Lazer cihazı kullanıldı. Olgular lavmanla temizlendikten sonra Diazepam (Valium) ile premedikasyon uygulandı. Tüm olgularda 60 Watt güç ve 2 saniye aralıklarla uygulama yapıldı. Her seansa 2000-2400 Joule total enerji kullanıldı. Teflonla kaplı 1.6 mm çapındaki fiberden yararlanıldı. Fiberin ucuyla tümör dokusu arasındaki mesafe yaklaşık 1 cm idi.

Lazer uygulamanın amacı, etki alanında koagülasyon, yüzeyde de hafif bir karbonizasyon elde etmektir. Bu amaçla uygulanan lazer seansları tümör destrüksiyonu tam olarak sağlanana kadar haftada iki kez uygulandı. Her seans sonunda olgular bir gün süreyle hastanede tutuluyorlardı. Tümör destrüksiyonu tam olarak sağlandıktan sonra da olgular lazer uygulanan tümör bölgesinde reepitelizasyon gelişene kadar 2 haftada bir tekrar görüyorlardı. Daha sonra 3 ay aralıklarla histolojik kontrolleri yapıldı. Tedavinin amacı, özellikle küçük çaptaki villöz adenomalarda küratif olmasıydı. Biz çalışmamızda tümör dokusunun yok edilmesi kriterleri olarak, tümörün tamamen destrüksiyonunu ve son uygulanan lazer seansından üç ay sonra histolojik olarak düzelmeyi aldık.

Çalışmamızda Rektokolik 14 Villöz adenomalı olgu Lazerle tedavi edildi. 8 Erkek, 6 kadından oluşan 14 olgunun yaş ortalaması 70.1 (41-94) idi. Olguların Lazerle tedavi endikasyonları: Cerrahi girişime kontrendikasyonun varlığı (n = 8) veya cerrahi girişimi kabul etmeme (n = 2) idi. Diğer 4 olguda ise villöz adenoma çapı 1 cm'den küçüktü ve endoskopik lazer uygulama riskinin cerrahi girişime göre daha az olduğu düşünülerek uygulama yapılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Villöz Adenomalı 14 Olgudan 8'inde Görülen Cerrahi Girişim Kontrendikasyonları

Yaş	4
Genel durum bozukluğu	2
Siroz	1
Kardiyovasküleyetmezlik	1

Villöz adenomalar büyüklüklerine göre üç grupta sınıflandırıldı:

Grup 1: Uzun ekseninde çapı 4 cm'den büyük olan Villöz adenomalar (n = 4).

Grup 2: Uzun ekseninde çapı 1-4 cm arasında olan Villöz adenomalar (n = 6).

Grup 3: Uzun ekseninde çapı 1 cm'den küçük olan Villöz adenomalar (n = 4).

Bu gruplarda toplanan olgulardaki Villöz adenomalann lokalizasyonları, makroskopik görünüşleri ve displazi dereceleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

SONUÇLAR

Grup 1: Bu grupta uzun ekseninde çapı 4 cm'den büyük olan (4-6 arasında) 4 Villöz adenomalı olgu yer alıyordu. Bu adenomalann özellikleri Tablo 2'de belirtilmiştir.

Bu grupta yer alan olgulardan bir tanesi 2 lazer seansı sonunda gözden kayboldu, bu nedenle bu olguda elde edilen sonuç yorumlanamadı.

İki olguda Villöz adenomanın destrüksiyonu tam olarak yapıldı. Ortalama 5 seans lazer uygulandı (3-7). Bu olgulardan birindeki mukuslu daire 3 seans sonunda, diğerindeki rektal kanama ve mukuslu daire ise 5 seans sonunda kayboldu. Bu iki olgu yaklaşık 24 hafta boyunca gözlemlendi. Histolojik kontrolleri yapıldı. Nüks gözlenmedi. Bu iki olgudaki villöz adenoma orta derecede displazi gösteriyordu. Olgulardan birinde asemptomatik rektal slenoz gelişti.

Bu grupta yer alan 4 olguda ise 10 seans lazer uygulaması yapılmasına rağmen villöz adenomanın destrüksiyonu tam olarak sağlanamamış, ancak olguda tedavi öncesi gözlenen mukuslu daire 3 seansdan sonra kaybolmuştur. Bu olgudaki displazi hafif derecedeydi ve yaşının çok ileri olması nedeniyle de başka bir tedavi uygulanamamıştır.

Tablo 2. 14 Olguda Nd-YAG Lazerle Tahrip Edilen Villöz Adenomaların Özellikleri

	Grup I (n = 4) çapı > = 4 cm	Grup II (n=6) çapı 14 cm arasında	Grup III (n=4) çapı < = 1 cm
Lokalizasyon			
Rektum	3	4	3
Sigmoid	1	1	1
İnen kolon	—	1	—
Displazinin Derecesi			
I hafif	1	2	2
Orta	2	3	1
Ağır	1	1	1

Grup 2: Bu grupta uzun ekseninde çapı 1-4 cm arasında yer alan 6 villöz adenomalı olgu bulunuyordu. Bu adenomaların özellikleri Tablo 2'de belirtilmiştir.

Bu grupta yer alan hafif displazi gösteren bir olgu 2 lazer seansı sonunda tedaviye devamı reddetti, bu nedenle bu olguda elde edilen sonuç yorumlanamadı.

Beş olguda villöz adenoma destrüksiyonu ortalama 3 (2-5) seans sonunda tam olarak yapıldı. Bu olgulardan ikisinde tedavi öncesinde var olan mukuslu daire ortalama 2 seans sonunda, birinde görülen rektal kanama ise 3 seansın sonunda kaybolmuştur. Bu olgularda 24 hafta boyunca gözlemlendi, histolojik kontrolleri yapıldı nüks gözlenmedi, komplikasyon gözlenmedi.

Grup 3: Bu grupta da çapı uzun ekseninde 1 cm'den küçük olan 4 villöz adenomalı olgu bulunuyordu.

Bu gruptaki Villöz adenomaların tümünün destrüksiyonları ortalama 2(1-3) lazer seansı sonunda tamamlanmıştır. Bu olgular da yaklaşık 24 hafta boyunca izlendiler, histolojik kontrolleri yapıldı. Hiçbir olguda nüks ve komplikasyon gözlenmedi.

14 villöz adenomalı olguda elde ettiğimiz sonuçlar şu şekilde özetlenebilir;

Küçük villöz adenomalarda %100 (4/4),

Orta boy villöz adenomalarda %85 (5/6),

Büyük villöz adenomalarda %50 (2/4) olguda.

Lazerle destrüksiyon lam olarak sağlanmıştır. Olguların tümü 24 hafta boyunca gözlenmiş, histolojik kontrolleri yapılmış, nüks gözlenmemiştir,

Büyük villöz. adenomalı bir olguda asemptomatik rektal stenoz gelişmiştir.

TARTIŞMA

Villöz adenomaların yüksek malignite riski taşımaları total rezeksiyonlarını ve komple histolojik incelemelerinin yapılmasını gerektirmektedir. Küçük çaptaki villöz adenomalar endoskopik olarak koterize edilebilirler, diğer olgularda ise cerrahi girişim zorunludur, bu girişim rektal yerleşim gösteren olgularda transanal veya transsakral yoldan gerçekleştirilir (8,9). Transanal rezeksiyon sonrasında nüks görülme yüzdesi %25-42 arasında değişir (9,10). Cerrahi tedaviyi reddeden veya inoperabl kabul edilen olguların yararlanabileceği 4 konservatif tedavi yöntemi vardır. Lokal radyoterapi (11), elclrokoagulasyon (10,12), Kriyoşürji (11) ve Lazer (4,5,7) radyoterapi çapı 3 cm'den küçük villöz adenomalarda uygulanabilir, rektal görülme yüzdesi oldukça yüksektir (11). Elclrokoagulasyon büyük villöz. adenomaların rezeksiyonunda uygun değildir ve tedaviyi takiben nüks görülme yüzdesi 25-32 arasındadır (10,12), Kriyoşürjiyle ilgili doğrulayıcı çalışmalar çok yeterli değildir, ayrıca uygulama sırasında genel anestezi gerektirir (13). Bu üç teknikten başka villöz adenomaların destrüksiyonları endoskopik olarak lazer kullanımıyla da mümkündür, Sadece rektumdaki değil, kolonda yerleşen villöz adenomalar da bu yolla tahrip edilebilirler.

Bu konuda bugüne kadar üç önemli makale yayınlanmıştır; Malhus, Vliegen ve Tytgat 67 olgu içeren bir grubu endoskopik yoldan Nd-YAG lazer

kullanarak tedavi ettiler. Bu olguların %55'i Tubulavillöz veya villöz adenomalı olgulardı. Çapı 4 cm'den büyük adenomalann %58'i ortalama 9 (2-19) lazer seansı sonunda, çapı 1-4 cm arasındaki adenomalann %67'si ortalama 4 (1-7) seans sonunda, 1 em'den küçük adenomalann %100'ü ortalama 2 (1-4) seans sonunda tamamen tahrip edilmişlerdi (7).

Escourrou ve arkadaşlarıysa villöz adenomalı 46 olgunun %81'inde tam bir destrüksiyon sağladıklarını bildirmişlerdir (5). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarsa şöyleydi:

Çapı 4 em'den büyük villöz adenomalı olgularda %50 ortalama 5 (3-7) lazer seansı sonunda, çapı 1-4 cm arasındaki villöz adenomalı olgularda %85 ortalama 3 (2-5) lazer seansı sonunda, çapı 1 em'den küçük villöz adenomalı olgularda ise %100 ortalama 2 (1-3) lazer seansı sonunda tam bir destrüksiyon sağladık. Brunctaud ve arkadaşları ise Nd-YAG ve Argon lazer kullanarak 42 olgukluk serilerinde tam bir destrüksiyon sağladıklarını bildirdiler (4).

Çalışmalarda incelenen faktörler arasında Displazi derecesi, cinsiyet, yaş ve adenomanın yerleşim yeriyle destrüksiyon arasında ilişki olmadığı ancak Villöz adenomanın büyüklüğüyle, destrüksiyonun ters oranlı olduğu belirtiliyordu. Bu ilişkiler bizim çalışma grubumuzla da uyumluydu. Yayınlanmış olan üç çalışmada ve bizim serimizde tümörün destrüksiyonuna parçel olarak mukuslu daire ve rektal kanama gibi bulguların hızla düzeldiği gözlenmiştir.

Komplikasyonlar hakkında Mathus, Vliegcn ve Tytgat: Adenom çapı 4 em'den büyük olan olgularda; ikisi asemptomatik olan dört stenoz ve bir perforasyon, adenom çapı 1-4 cm arasında olan olgularda 2 kanama ve 2 asemptomatik stenoz, çapı 1 em'den küçük olan olgularda ise bir asemptomatik stenoz oluştuğunu bildirdiler (7). Brunctaud'un serisinde 2 asemptomatik stenoz ve 2 hemoraji bildirildi (4). Escourrou ve arkadaşlarının çalışmasında ise 2 hemoraji saptandı (5). Bizim 14 olgukluk serimizde ise daha önceki üç çalışma, özellikle son ikisiyle uyumlu olarak 1 asemptomatik stenoz meydana geldi.

Total nüks yüzdesi yayınlanan üç çalışmaya göre %4 (5)'den %54'e kadar değişiyordu. Bizim

çalışma grubumuzda ise nüks gözlemedik (7). Ancak sonuçlar olgu gruplarının takip süreleri çok farklı olduğundan zorlukla karşılaştırılabiliyordu. En kısa süreyle gözlem yapılan grup 8.4 ay ile Escourrou ve arkadaşlarına aitti, en az nüks'de (%4) bu grupta gözlenmişti (5). Takip süresinin uzamasıyla nüks görülme oranının artması birbirine paralel gitmektedir. Bizim olgu grubumuzu kısa gözlem (6 ay) nedeniyle diğer gruplarla şimdilik karşılaştırmayı uygun bulmuyoruz. Ancak takip süresinin artmasıyla karşılaştırma imkanı bulabileceğiz.

Villöz adenomalann Nd-YAG lazer ile endoskopik yoldan tedavisi oldukça fazla sayıda lazer seansı uygulaması gerektirmesine rağmen düzenli histolojik kontrollerin yapılması kaydıyla kuralif tedavi amacıyla önerilebilir. Çapı 4 em'den küçük villöz adenomalı olgularda eğer cerrahi bir kontrendikasyon varsa veya olgu cerrahi girişimi reddediyorsa ilk tercih edilecek tedavi şekli endoskopik yoldan Nd-YAG lazer uygulaması olmalıdır. Çapı 4 em'den büyük villöz adenomalı olgularda Nd-YAG lazer tedavisi ortalama %55 oranında palyatif tedavi imkanı sağlamasına rağmen süregelen semptomların kaybolmasını sağlar. Ayrıca cerrahi ve anestezi morbiditesinin olmayışı, sistemik yan etkilerinin azlığı, nükslerde tekrarlanabilmesi de endoskopik lazer tedavisinin diğer tedavi yöntemlerinden üstün yanlarıdır.

KAYNAKLAR

1. Morson JI: Genesis of colorectal cancer. Clinics Gastroenterol 1976; 5: 505-525
2. Quan SHQ. Castro LI: Papillary adenomas (villous tumors). A review of 215 cases. Dis. Colon rectum 1971; 11:267-280
3. Nival vongs S, Nicholson JD, Rothenberger DA, Balcos I:O, Christenson CM, Nemec I'D, Schotter JL, Golberg SM: Villous adenomas of the rectum, the accuracy of clinical assessment. Surgery 1980; 87: 549-551
4. Brunctaud JM, Mosque! L, Houcke M, Scopelliti JA, Rane L.A, Coriot A, Pans JC: Villous adenomas of the rectum. Results of endoscopic treatment with Argon and Nd: Y A G lasers. Gastroenterology 1985; 89: 832-837
5. ESCOURROU J, Delvaux W, Dieckmann I, Lrexmos J, Ribet A: Traitement par laser Nd-YAG des tumeurs villosités rectales: experience de 57 cas. Gastroenterol Clin Biol 1987; 11: 276A (Res)

6. Lambert R, Sabben G: Ixiser therapy in colorectal tumors: Early results. *Gastroenterology* 1983; 84: 122 (abstr).
7. Mathus-Vhegen EMII, Tytgat GNJ: Nd: Y A G laser photocoagulation in colorectal adenoma. Evohiation of its safely, usefulness and efficacy. *Gastroenterology* 1986; 90: 1865-1873
8. Christiansen J: Excision of mid-rectal lesions by the Kraske sacral approach. *BrrJ Surg* 1980; 67: 651-652
9. Delile P, Marche CL, Edelmann G: Les tumeurs vilieuses du rectum et du cōlon. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Statistique de 78 cas. *Ann chir* 1977; 31: 829-842
10. Thomson JP: Treatment of sessile villous and lubuovillous adenomas of the rectum: I experience of St Mark's I laspital. 1963-1972. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 467-472
11. Raymond A, Manot JC, Quillaud M, Papillon J, Guillemin G: Les tumeurs vilieuses coliques et rectales. *J Chir* 1977; 114: 153-186
12. Bou G: Traitement par électrocoagulation des tumeurs vilieuses du rectum. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1979; 15: 327-331
13. Regairaz C. Ix Pivert P, Berthas D, Cuillerat J: Le traitement des tumeurs vilieuses du rectum par la cryo-chirurgil A propos de 10 observations. *J Chir* 177: 241-243