

Familiyal Adenomatöz Polipozis Koli'li Hastalarda Klinik ve Cerrahi**Tedavi Sonuçlarımız****Our Clinical and Surgical Treatment Results in Patients with Familial Adenomatous Polyposis Coli**

Ramazan GÜNDOĞDU¹  **Hakan YABANOĞLU¹**  **Serkan ERKAN¹**  **Murat KUŞ¹** 

ÖZ

Amaç: Familiyal adenomatöz polipozis koli (FAP) kolorektal bölgede çok sayıda adenomatöz polip ile karakterizedir. FAP hastalarında kolorektal kanser riski kaçınılmaz olduğundan cerrahi tedavi en belirleyici unsurdur. Bu çalışmada FAP tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan hastaların sonuçlarının ve kliniğimizin deneyimlerinin literatüre sunulması amaçlanmıştır.

Araçlar ve Yöntem: Merkezimizde 2011-2020 tarihleri arasında FAP nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Çoklu veri eksikliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. 30 hasta çalışmaya alındı. Hastaların bulguları kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 13'ü (%43) erkek, 17'si (%57) kadındı. Hastaların 17'sine (%57) total proktokolektomi (TPK), 13'üne (%43) TK yapıldı. Hastaların kolonoskopilerinin 15'i malignite şüphesi içeriyordu. Bu hastaların kolonoskopik biyopsilerin 8'i adenokanserdi. Hastaların 20'sinde (%67) spesmen patolojisi adenokanserdi. Hastaların 10'unda (%33) komplikasyon ve 1'inde mortalite görüldü. Komplikasyonlar TPK (%60) yapılan hastalarda daha çoktu.

Sonuç: FAP daha çok kolonu ilgilendirse de üst gastrointestinal sistemi de tutabilmektedir. Cerrahi, halen tedavinin en önemli basamağını oluştursa da komplikasyon oranları azımsanmayacak düzeylerde. Yapılacak cerrahinin türüne hastanın yaşı, polip yaygınlığı ve takiplere olan uyum durumuna göre karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: familiyal adenomatöz polipozis; kanser; kolektomi

ABSTRACT

Purpose: Familial adenomatous polyposis coli (FAP) is characterized by multiple adenomatous polyps in the colorectal region. Surgical treatment is the most decisive factor in FAP patients, as the risk of colorectal cancer is inevitable. In this study, it was aimed to present the results of patients who underwent surgical treatment with the diagnosis of FAP and the experiences of our clinic to the literature.

Materials and Methods: The files of patients who underwent surgery for FAP between 2011 and 2020 in our center were retrospectively reviewed. Patients with multiple data deficiencies were excluded. 30 patients were included in the study. The findings of the patients were recorded.

Results: 13 (43%) of the patients were male, 17 (57%) were female. Total proctocolectomy (TPK) was performed in 17 (57%) of the patients, and TK was performed in 13 (43%) of them. 15 of the patients' colonoscopies included suspicion of malignancy. Eight of the colonoscopic biopsies of these patients were adenocarcinoma. Specimen pathology was adenocarcinoma in 20 (67%) of the patients. Complications were seen in 10 (33%) of the patients and mortality was seen in 1. Complications were more common in patients with TPK (60%).

Conclusion: Although FAP mostly involves the colon, it may involve the upper gastro intestinal system. Although surgery is still the most important step of the treatment, the complication rates are substantial. The type of surgery to be performed should be decided according to the age of the patient, the prevalence of polyp and compliance with follow-up.

Key Words: familial adenomatous polyposis; cancer; colectomy

Gönderilme tarihi: 03.09.2020; Kabul edilme tarihi: 30.04.2021

¹ Başkent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği Adana, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Uzm. Dr. Ramazan Gündoğdu, Başkent Üniversitesi Dr. Turgut Noyan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği Adana, Türkiye.
e-posta: dramazang@gmail.com

Makaleye atf için: Gündoğdu R, Yabanoğlu H, Erkan S, Kuş M. Familiyal adenomatöz polipozis koli'li hastalarda klinik ve cerrahi tedavi sonuçlarımız. Ahi Evran Med J. 2021;5(3):184-190. DOI:10.46332/aemj.790063

GİRİŞ

Familiyal adenomatöz polipozis coli (FAP), 5q21 kromozomunda yer alan adenomatöz polipozis coli (APC) genindeki mutasyonların neden olduğu, otozomal dominant geçişli nadir bir hastalıktır. FAP'da, yüz veya binlerce adenomatöz kolorektal polip gelişmektedir.¹ FAP tanısı, öncelikle kolorektal adenomatöz poliplerin sayısı ve geçmişine ilişkin klinik bulgulara dayanır. 100 veya daha fazla polipli ya da 100'den az polipli ancak ailesinde FAP öyküsü olan bireyler klinik olarak FAP tanısı almaktadır. Atenüe FAP, FAP'ın bir varyantıdır ve klasik FAP'dan daha az adenomatöz polip ile karşılaşılır (10-99). Daha geç yaşta adenomlar görülür ve daha düşük kanser riski ile karakterizedir.²⁻⁴ FAP'lı hastalarda kolorektal kanser (KRK) riski, 20'li yaşlarda %7 civarındadır. 40 yaşında hastaların yarısında, 70 yaşında ise hemen hemen tamamında KRK meydana gelmektedir.⁵ FAP'lı hastalarda ileri duodenal adenomlar artmış ince barsak kanser riskinden dolayı; KRK (%58.2) ve desmoid tümörlerden (%10.2) sonra en sık 3'ncü ölüm nedenidir.⁶ Bu nedenle kolonoskopinin 10-12 yaşında başlayıp her iki yılda bir, gastroskopinin 20-25'li yaşlarda başlayıp 6 ay ile 4 yılda bir olacak şekilde tarama amacıyla yapılması önerilmektedir.⁷ Küçük adenom yükü olan (20 adenomdan az, tümü 1 cm'den küçük ve hiçbir ileri histolojiye sahip olmayan) 21 yaşından küçük hastaların her 1-2 yılda bir kolonoskopi ve polipektomi ile izlenebileceği bildirilmiştir.⁸ Ancak profilaktik kolektomi olmadan, FAP hastalarında KRK riski neredeyse % 100 olması cerrahi tedaviyi halen en önemli unsur yapmaktadır.⁹

Hastanemiz kolorektal cerrahi ünitesi yüksek yoğunluklu ve multidisipliner çalışma olanağı sunan bir merkezdir. Bu çalışmada FAP tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan hastaların sonuçlarının ve kliniğimizin deneyimlerinin literatüre sunulması amaçlanmıştır.

ARAÇLAR ve YÖNTEM

Bu çalışmanın etik kurul onayı Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 08.09.2020 tarih, KA20/345 proje numarası ile alınmış olup Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir. Çalışmamızda 2011-2020 tarihleri arasında gastroenteroloji kliniğince FAP tanısı ile takip edilen ve kolorektal cerrahi ünitesine yönlendirilen hastaların

dosyaları geriye dönük incelendi. Cerrahi tedavisi farklı merkezde, farklı nedenle total kolektomi (TK) yapılan ve çoklu veri eksikliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Cerrahi tedavisi kliniğimizce yapılan ve verilerine ulaşılabilen 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamının FAP tanısı konulmuş olup, kolonoskopi ve kolonoskopik biyopsileri bulunmaktaydı. Ekstra kolonik tutulum tayıni amacıyla gastroskopi yapılan hastalar bulunmaktaydı. Tümör saptanan hastalara preoperatif (PO) metastaz taraması, torakal ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografi (BT), pozitron emisyon tomografisi (PET) ve abdominopelvik manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile yapıldığı görüldü. Hastalara kolonoskopik polip yerleşim yerlerine göre gerekli cerrahi prosedür uygulandığı görüldü. Komplikasyon takibi amacıyla hastaların stoma kapama sürelerine kadarki kayıtlar irdelendi. Hastaların dosyaları geriye dönük incelenerek yaş, cinsiyet, kolonoskopi bulguları, gastroskopi bulguları, aile öyküsü, uygulanan cerrahi prosedür, spesmen patoloji raporları, tümörün odak sayısı, yerleşim yeri ve TNM evresi, metastaz tarama tetkiklerinin sonuçları, spesmen lenf nodu sayısı, yatış süresi, stoma kapama süreleri, mortalite bilgileri, komplikasyon ve komplikasyon yönetim bilgileri kaydedildi.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerdeki kantitatif değişkenler ortalaması±standart sapma olarak ifade edildi. Nitel değişkenler, sayı ve yüzde (%) olarak rapor edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların genel yaş ortalaması 44.6±16.86 idi. Patoloji raporu adenokanser olarak raporlanan 20 hastanın yaş ortalaması ise 48.9±17.2 idi. Hastaların 13'ü (%43) erkek, 17'si (%57) kadındı. Hastaların 17'sine (%57) total proktokolektomi (TPK) ± ileoanal J poş + stoma, 13'üne (%43) TK + ileoproktostomi (İP) ± stoma yapıldı. Bu hastalardan birine sfinkteri tutan rektum tümörü olması sebebiyle TPK sonrası poş yapılmaksızın kalıcı; diğer bir hastaya da intraoperatif kardiyak instabilite nedeniyle TK sonrasında uç ileostomi yapıldı. Stoma açılan 18 hasta bulunuyordu. Bir hastanın stomasının kalıcı olması; kardiyak instabil olan diğer bir hastanın da exitus olması nedeniyle stomaları kapatılamadı. Stoması kapatılan 16 hastanın ortalama kapama süreleri 4.09±2.35 ay

idi. Piyes patolojisi hastaların 20'sinde (%67) adenokanser olarak raporlanmış olup kalan 10 (%33) hastada malign patolojik bulgu saptanmadı. Tümör 11 (%55) hastada yalnız kolonda, 7 (%35) hastada yalnız rektumda, 2 (% 10) hastada ise hem kolon, hem rektumda yerleşti. Tümör saptanan hastaların TNM evrelemede 4'er (%20) hastanın Evre 1 ve 2, 9 (%45) hastanın Evre 3 ve 3 (%15) hastanın Evre 4 olduğu görüldü. Spesmen patolojik incelemelerinde ortalama 52.1±20.05 lenf nodunun diseke edildiği görüldü. Ortalama hastanede yatış süresi 8.2±4.27 gündü. Tümör saptanan hastaların BT ile 15, PET ile 3 ve MR ile 2'sinin PO metastaz taraması yapıldığı görüldü. Bu tarama neticesinde tümörlü hastaların 3'ünde (%15) metastaz saptandı. Bu hastalardan birinin; aldığı neoadjuvan kemoterapi sonrası multiple karaciğer metastazlarının tam regrese olması, bir hastanın karaciğer metastazının eşzamanlı total eksizyonunun yapılabilmesi, bir hastanın ise ileus bulguları olması nedeniyle opere edildiği görüldü. Opere edilen 1 (%3.3) hastada mortalite görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri

Değişkenler	n (%)
Cinsiyet	
Erkek	13 (%43)
Kadın	17 (%57)
Cerrahi prosedür	
TPK + stoma ± J poş	17 (%57)
TK + İP ± stoma	13 (%43)
Patolojik tanı	
Benign	10 (%33)
Malign	20 (%67)
Tümör yerleşim yeri	
Kolon	11 (%55)
Rektum	7 (%35)
Kolon+rektum	2 (%10)
Tümör TNM Evresi	
1	4 (%20)
2	4 (%20)
3	9 (%45)
4	3 (%15)
Genel yaş ortalaması	44.6 ± 16.86
Tümörlü hasta yaş ortalaması	48.9 ± 17.2
Metastaz	3 (%15)
Yatış süresi ortalaması (gün)	8.2 ± 4.27
Stoma kapama (ay)	4.09 ± 2.35
Komplikasyon	10 (%33)
Mortalite	1(%3.3)
Spesmen lenf nodu ortalama sayısı	52.1 ± 20.05

TPK: Total proktokolektomi, TK+İP: Total kolektomi + ileoproktostomi

Hastalara PO uygulanan kolonoskopilerin tamamı FAP ile uyumlu olup; bunların 15'i malignite şüphesi içeriyordu. Bu hastalara yapılan kolonoskopik biyopsilerin yalnızca 8'inde adenokanser saptandı. PO takiplerinde gastroskopi ile ilgili kayıtlara ulaşılan 13 hastanın ikisinde (duadenum ve fundus) polip saptanmış olup biyopsileri benigni. Kayıtlarda aile öyküsü ile ilgili veriye ulaşılan 11 hastanın 9'unun ailesinde FAP öyküsü bulunuyordu. Tümör saptanan hastaların 12'sinde (%60) 1 odak, 4'ünde (%20) 2 odak, 1'er hastada ise 4, 5, 8 ve 10 odak bulunuyordu. Opere edilen 10 (%33) hastada komplikasyon görüldü. Bir hastamız pulmoner emboli sonrasında postoperatif ikinci günde exitus oldu. Bir hastada gelişen yara yeri enfeksiyonu antibiyotik ile tedavi edildi. Bir hastada gelişen yara yeri enfeksiyonu sonrası kesi sütürasyonu yapıldı. Bir hastada gelişen ileus laparotomi ve restoma gerektirdi; aynı hastada gelişen poş darlığı ise seri dilatasyonlar ile tedavi edildi. Bir hastada gelişen ileus medikal takiple düzeldi. Bir hastada postoperatif ikinci günde J poş stapler hattından rektal kanama görüldü ve reopere edildi. Bir hastada batın içi apseye perkütan drenaj yapıldı ve aynı hastada gelişen poş darlığı mükerrer dilatasyonlar ile tedavi edildi. Batın içi apse gelişen bir hasta perkütan drenaj ile, diğer bir hasta ise antibiyoterapi ile tedavi edildi. Bir hastada anotomoz kaçağı saptandı ve postoperatif ikinci günde laparotomi yapılarak stoma açıldı (Tablo 2).

TARTIŞMA

Familiyal adenomatöz polipozis koli insidansı 1/8300 dir. Her iki cinsiyette de eşit olarak ortaya çıkar ve KRK vakalarının % 1'inden azını oluşturur.⁴ Hastalarımızın çoğunluğunu (%57) kadınlar oluşturmaktaydı. Opere edilen hastaların 20'sinin (%67) spesmen patoloji raporu adenokanser olarak sonuçlandı. Patoloji raporu adenokanser olarak raporlanan yirmi hastamızın yaş ortalaması 48.9±17.2 idi. Çoğu FAP hastasının ailesinde kolorektal polip ve kanser öyküsü vardır, ancak bunların % 25-30'u aile üyelerinde klinik veya genetik FAP kanıtı olmaksızın meydana gelir.⁴ Kayıtlarına ulaşılan 11 hastanın 9'unun ailesinde FAP öyküsü vardı. Ailesinde FAP öyküsü olanlar için, kolonoskopi taramaları polipler erken yaşta ortaya çıkabileceği için ergenlik döneminde başlar ve yetişkinlik döneminde devam eder.¹⁰

Tablo 2. Hastaların detaylı verileri

No	Yaş	Cinsiyet	Gastroskopi Polip Varlığı	Cerrahi	Tümör Odak Sayısı	Tümör Yeri	TNM Evre	Spesmen Lenf Nodu Sayısı	Komplikasyon	Komplikasyon Tedavisi	Yatış Süresi (Gün)	Aile Öyküsü
1	39	K	-	TPK+J+S	1	R	3C	87	YYE	AB	7	-
2	36	E	Polip yok	TPK+J+S	2	R	3B	41	BİA+AD	PD+BD	21	Yok
3	22	K	Polip yok	TPK+J+S	0	-	-	48	-	-	8	-
4	27	E	-	TPK+J+S	0	-	-	37	-	-	7	Var
5	55	E	Polip yok	TPK+J+S	0	-	-	23	-	-	9	-
6	21	K	-	TPK+J+S	0	-	-	46	İleus + AD	LT+BD	6	Var
7	40	K	Duodenal	TPK+J+S	2	R	3B	73	-	-	5	Var
8	58	K	-	TPK+J+S	1	R	3B	44	İleus	İzlem	9	-
9	58	K	Polip yok	TK+İP	4	R+K	3A	40	-	-	7	-
10	30	K	-	TPK+S	10	R+K	3B	95	-	-	7	-
11	68	K	Polip yok	TPK+J+S	1	R	2A	26	-	-	7	-
12	33	E	Polip yok	TPK+J+S	0	-	-	34	-	-	5	Var
13	57	K	-	TPK+J+S	1	R	3B	50	BİA	PD	14	-
14	31	E	-	TK+İP	0	-	-	63	YA	Sütürasyon	22	-
15	28	E	-	TPK+J+S	1	K	3A	115	-	-	5	Var
16	52	K	-	TK+İP	8	K	2A	60	-	-	7	-
17	42	E	-	TK+İP	1	K	1	43	Leak	LT+S	5	-
18	39	E	-	TK+İP	5	K	4	60	-	-	7	-
19	20	K	-	TK+İP	1	K	1	59	-	-	10	-
20	68	E	Polip yok	TK+İP	2	K	2A	44	-	-	11	-
21	34	K	Fundus	TPK+J+S	0	-	-	53	-	-	6	Var
22	52	K	-	TK+İP	1	K	4	54	BİA	AB	10	-
23	90	E	Polip yok	TK+S	1	K	2A	27	Emboli	Exitus	2	-
24	63	K	-	TK+İP	2	K	3B	51	-	-	8	-
25	65	K	Polip yok	TK+İP	1	K	1	28	-	-	7	Yok
26	51	K	-	TK+İP	1	K	4	66	-	-	7	-
27	38	K	-	TK+İP	0	-	-	48	-	-	6	Var
28	42	E	Polip yok	TPK+J+S	0	-	-	41	-	-	6	Var
29	22	E	Polip yok	TPK+J+S	1	R	1	62	-	-	4	Var
30	59	E	-	TPK+J+S	0	-	-	45	J poştan ka- nama	LT	12	-

TPK+J+S: Total proktokolektomi + ileoanal J poş+ Stoma, TK+İP: Total kolektomi+ileoproktostomi, R: Rektum, K: Kolon, YYE: Yara yeri enfeksiyonu, BİA: Batın içi apse, AD: Anal darlık, AB: Antibiyoterapi, PD: Perkütan drenaj, BD: Buji dilatasyonu, LT: Laparotomi, YA: Yara ayrışması,

Hastalarımıza PO uygulanan kolonoskopilerin tamamı FAP ile uyumlu olup; bunların 15'i malignite şüphesi içeriyordu. Bu hastaların kolonoskopik biyopsilerinin ise yalnızca 8'i adenokanser olarak raporlandı.

Familiyal adenomatöz polipozis kolili hastaların %12.5-%84'ünde, çoğu kez yüzlerle ifade edilen çok sayıda fundik gland polibi görülmektedir.¹¹ Mide adenomatöz polipleri, mide adenokarsinomuna dönüşebilmekte olup genellikle antrum yerleşiktir.^{8,12} Duodenal ve özellikle periam-püler poliplerin yaklaşık % 5'inin 10 yıl içinde kansere ilerlediği tahmin edilmektedir. Genel popülasyonda nadir olmakla birlikte, duodenal veya periampuller kanser riski FAP hastalarında birkaç yüz kat artmıştır.¹³ Preoperatif gastroskopik takiplerde iki hastamızda polip bulunuyordu.

Bir hastanın fundusta 2 adet, diğer hastanın ise duodenumda milimetrik multiple polipleri vardı ve biyopsileri benigni.

Familiyal adenomatöz polipozis kolide eşlik eden çeşitli klinik durumlar bulunmaktadır. FAP ile ilişkili tiroid kanseri tahmini insidansı %1-2 olarak bildirilmiştir. Eşlik eden bir diğer durum olan desmoid tümörlerin genel prevalansı FAP'ta %12 ile 17 arasında değişmektedir. Çocuklarda hepatoblastom insidansı FAP hastalarında 1/235 olarak bildirilmiştir. Bu nedenle endoskopik tarama dışında tiroid için muayene ve ultrasonografi (10-12 yaşında başlayarak yıllık), hepatoblastoma için (doğumda başlayıp 7 yaşına kadar yıllık) muayene, ultrasonografi ve alfa-fetoprotein düzeyi tayini önerilmektedir.⁷ Hastalarımızda eşlik eden ek klinik durum yoktu ve tümü erişkindi.

Kolektomi, FAP ile ilişkili kolon hastalığı için optimal tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir.¹ TPK, tıbbi olarak dirençli ülseratif kolit ve FAP'ın cerrahi tedavisidir. TPK sonrası anal kontinensin korunmasıyla bir dışkı rezervuarı oluşturmak için terminal ileum poş yapımında kullanılır. J, S ve W dahil birçok poş tanımlanmıştır.¹⁴ TPK+J poş rektumda polip sayısının fazla olduğu olgularda hastanın takip edilebilirliğinin ve uyumunun zayıflığı durumlarda daha çok tercih edilmektedir. Bu yöntemde rektal güdüğe yapılacak mukozektomi halen tartışmalıdır.⁵ Mukozektomi yapılmayanlarda kalan rektal mukozanın displaziye uğrama potansiyeli mevcuttur.¹⁵ İleoanal poş anastomozları giderek daha sık ve güvenli yapılabilmektedir. 9000 olguluk bir metaanalizde FAP için uygulanan TPK+J poşun tüm poşoanal operasyonların %8.9'unu oluşturduğu bildirilmiştir.¹⁶ TK+İP rektumdaki polipleri az sayıda olan olgularda; kalan rektumun ömür boyu takip edilmesi gerektiği bilincinde olan hastalara uygulanabilmektedir.⁵ TK+İP uygulanan FAP hastalarında rektal kanser riski, kalan rektal güdük büyüklüğünden ötürü daha fazladır. Güdük kanseri yakalanma uzun vadeli riski 5 yılda %4'ten, 20 yıl sonunda %25'e yükselmektedir. Hem TPK+J poş hem de TK+İP prosedürlerinden sonra düzenli endoskopik takip gerekmektedir.¹⁵ Dışkılama sıklığı, inkontinans fonksiyonel sonuçları ile üreme fonksiyonları açısından TK, TPK'dan daha yüz güldürücüdür. Özellikle profilaktik cerrahi yapılacak genç hastalarda bu husus önem arz eder.^{9,16} Hastalarımızın 17'sine (%57) TPK, 13'üne (%43) TK yapıldı. TPK sonrası 1 hastaya uç ileostomi yapıldığından J poş yapılmadı. TPK sonrası hastalara J poş yapıldı, mukozektomi yapılmadı ve anastomoz için stapler kullanıldı.

Opere ettiğimiz 10 hastada (%33) komplikasyon gözlemlendi. Poşit ileal rezervuarın barsak hareket sıklık artışı ve karın ağrısı gibi semptomlara yol açan, idiyopatik, nonspesifik inflamasyonudur. Ülseratif kolit ve FAP'lı hastalara uygulanan ileoanal poş sonrasında poşitle karşılaşılabilir. 173 hastanın izlendiği bir çalışmada 6.5 yıl boyunca, poşit prevalansı sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 yılda %25, %32, %36, %40 ve %45 kümülatif insidans oranları ile zamanla artış gösterdiği bildirilmiştir.¹⁷ Hastalarımızın stoma kapama dönemine dek yapılan komplikasyon taraması sonucunda poşit saptanmadığı görülmüştür. Poş cerrahisini ta-

kiben poştan kanama literatürde yaklaşık %4 olarak bildirilmiştir ve genellikle stapler hattı ile ilişkilendirilmiştir. Genellikle ilk 24 saatte olan inatçı kanama anestezi altında incelemeyi gerektirir.^{18,19} J poş yapılan ve postoperatif ikinci gününde rektal kanaması devam eden bir hastamız reopere edilmiş ve poş stapler hattından olan kanamanın kontrolü poşotomi ile sağlanmıştır. J poş cerrahisi sonrası ileus 10 yılda %30'lara varan oranda gözlenebilmektedir ve genellikle adezyonlara bağlıdır.¹⁶ Bir çalışmada ileus kümülatif riski 30 günde %9 iken 10 yılda %31; ileus için cerrahi müdahale ihtiyacı 30 günde %1 iken; 10 yılda %8 olarak saptanmıştır. Bu nedenle, J poş cerrahisi sonrası ileus riski yüksek olsa da, çoğu vakanın ameliyatsız başarıyla yönetilebileceği bildirilmiştir.²⁰ TPK+J poş yapılan 16 hastamızın 2'sinde (%12.5) ileus gelişmiş olup; bir hasta medikal izlem ile düzelirken diğer hasta laparotomi gerektirmiştir. J poş disfonksiyonu oranı literatürde %5-10 olarak bildirilmiştir.²¹ TPK sonrası yapılan J poş darlıklarının ise %10 ile %40 aralığında görüldüğu bildirilmiştir. Darlıkların pelvik sepsis, anastomoz gerginliği veya iskemi durumunda ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.²² Darlık oluşumu sonrasında endoskopik dilatasyonların sonuçları ümit vericidir. Bir çalışma, hastaların % 97'sinde genel başarıya ulaşıldığını göstermiştir.¹⁴ TPK+J poş yapılan 16 hastamızın 2'sinde (%12.5) poş darlığı görüldü. Bu darlıklar koruyucu stomanın kapatılması planı öncesi postoperatif 6. haftada çekilen poş grafileri ile saptandı. 2 hastanın da darlıkları seri buji dilatasyonları ile başarılı şekilde tedavi edildi. KRK cerrahisi uygulanan 6153 hastalık bir çalışmada; postoperatif kardiyak komplikasyon insidansı ortalama %2, pulmoner komplikasyon insidansı %0 ile 11 aralığında bildirilmiştir.²³ FAP cerrahi sonrası ölüm oranı düşüktür ve %0.2-1.5 arasında bildirilmiştir.¹⁶ Hastalarımızda kardiyak komplikasyon gözlenmemiş olup; pulmoner emboli sonrasında postoperatif ikinci günde exitus olan 1 hastamız bulunuyordu. Güncel çalışmalar, kolorektal cerrahi sonrası cerrahi alan enfeksiyonu oranlarını %14 ila %26 gibi yüksek oranlarda tanımlamaktadır.²⁴ Hastalarımızın ikisinde yara yeri enfeksiyonu saptandı ve antibiyoterapi ile tedavi edildi. Bir hastaya enfeksiyona bağlı yara ayrışması nedeniyle kesi yeri sütürasyonu yapıldı. Anastomoz kaçağı, J poş cerrahisinin sepsise, fistül ve darlık gibi uzun süreli poş komplikasyonlarına ve sonunda poş yetmezliğine yol açabileceği için korkulan bir postoperatif bir komplikasyonudur. Geniş olgulu serilerde

anostomoz kaçağı hastaların %2.9 ila %6.5'inde bildirilmiştir.¹⁴ Hastalar sepsis, yara enfeksiyonu ve karın ağrısı ile gelebilir. BT taraması teşhis ve apse tedavisine rehberlik edebilir. Bir çalışmada, hastaların sadece küçük bir kısmının cerrahi olmayan yöntemlerle (antibiyotik veya ek perkütan drenaj) tedavi edilebileceğini gösterilmiştir. Apsel drenajı ve sepsis kontrolü için hastaların büyük çoğunluğunun (%55) laparotomi gerektirdiği bildirilmiştir.²⁵ TPK+ J poş sonrası pelvik apseler anostomoz kaçağı ile birlikte veya tek başına oluşabilir ve prevalansı %4.8 ila %8'dir.^{18,25} Sol kolektomi yapılan 1111 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada anostomoz kaçak oranı %8 saptanmış ve kaçakların %80'inde tekrar ameliyat veya cerrahi drenaj gerektiği bildirilmiştir. Yine bu çalışmada perioperatif mortalite %2 olarak saptanmıştır.²⁶ TK+İP yapılan bir hastamızda anostomoz kaçağı saptanmış olup laparotomi ve stoma ile tedavi edilmiştir. Hastalarımızın 3'ünde (%10) batın içi apse gelişmiş olup bunların 2'si J poş cerrahisi yapılanlardı. Bu iki hasta perkutan drenaj ile diğer hasta ise antibiyoterapi ile tedavi edildi. Apseye bağlı reoperasyon ve mortalite gözlenmedi.

Komplikasyonların altı tanesi TPK+J poş yapılan hastalarda gözlendi. Total kolektomi yapılan gruptaki 3 hastaya koruyucu stoma açılmamış olup komplikasyonların bu hastalarda saptandığı görülmüştür. Mortalite ise TK yapılan gruptaki bir hastada pulmoner emboli nedeniyleydi. Komplikasyon oranlarının yüksek olup mortalitenin düşük olmasının nedeni olarak üçüncü basamak olan merkezimizin multidisipliner çalışmaya olanak vermesi nedeniyle olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastaların ve aile üyelerinin, etkilenen bireylerin zamanında tedavisi ile taranması, FAP'da KRK'in teşhisinde önemli bir azalmaya yol açmıştır. Taramanın FAP'ta kümülatif hayatta kalmada artışa neden olduğu gözlenmiştir.²⁷

Çalışmamızın; hasta sayısı azlığı ve stoma açılan hastaların da komplikasyon değerlendirmesine alınması nedeniyle homojen olunamaması gibi çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır.

FAP tanısı alan bireylerin endoskopik takibi malign gelişim olmadan uygulanacak profilaktik cerrahi açısından

önemlidir. FAP tanısı alan hastalarda cerrahi, halen tedavinin en önemli basamağını oluşturmaktadır. Yapılacak cerrahinin türüne hastanın yaşı, polip yaygınlığı ve takiplere olan uyum durumuna göre karar verilmelidir.

Çıkar Beyannamesi

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığı beyan etmektedir.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Ana fikir/Planlama: RG, HY. Veri toplama/İşleme: SE, MK. Veri analizi ve yorumlama: RG, HY. Literatür taraması: RG, SE, MK. Yazım: RG. Gözden geçirme ve düzeltme: HY, MK. Danışmanlık: HY.

KAYNAKÇA

1. Bhurwal A, Prochilo G, Patel AV. Familial adenomatous polyposis. Am J Med Sci. 2020;359(6):392-393.
2. Nielsen M, Hes FJ, Nagengast FM, et. al. Germline mutations in APC and MUTYH are responsible for the majority of families with attenuated familial adenomatous polyposis. Clin Genet. 2007;71(5):427-433.
3. Knudsen AL, Bülow S, Tomlinson I, Möslin G, Heinemann K, Christensen IJ. Attenuated familial adenomatous polyposis: results from an international collaborative study. Colorectal Dis. 2010;12(10):243-249.
4. Half E, Bercovich D, Rozen P. Familial adenomatous polyposis. Orphanet J Rare Dis. 2009;4(1):22.
5. Aliosmanoğlu İ, Gül M, Hakseven M. ve ark. Familial adenomatöz polipozis nedeniyle ameliyat ettiğimiz 24 hastanın analizi. Kolon Rektum Hast. Derg. 2013;23(1):38-43.
6. Arvanitis ML, Jagelman DG, Fazio VW, Lavery IC, McGannon E. Mortality in patients with familial adenomatous polyposis. Dis Colon Rectum. 1990;33(8):639-642.
7. Laurent S, Franchimont D, Coppens J. P. et. al. Familial adenomatous polyposis: clinical presentation, detection and surveillance. Acta gastroenterol. 2011;74(3):415-420.
8. Aihara H, Kumar N, Thompson CC. Diagnosis, surveillance, and treatment strategies for familial adenomatous polyposis: rationale and update. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2014;26(3):255-262.
9. Campos FG. Surgical treatment of familial adenomatous polyposis: Dilemmas and current recommendations. World J Gastroenterol. 2014;20(44):16620-16629.
10. Dolan S. Familial adenomatous polyposis: development, presentation, and treatment strategies. Clin J Oncol Nurs. 2019;23(2):135-138.
11. Abraham SC, Nobukawa B, Giardiello FM, Hamilton SR, Wu TT. Sporadic fundic gland polyps: common gastric polyps arising through activating mutations in the beta-catenin gene. Am J Pathol. 2001;158(3):1005-1010.
12. Groves CJ, Saunders BP, Spigelman AD, Phillips RK. Duodenal cancer in patients with familial adenomatous polyposis (FAP): results of a 10 year prospective study. Gut. 2002;50(5):636-641.

13. Spigelman AD, Williams CB, Talbot IC, Domizio P, Phillips RK. Upper gastrointestinal cancer in patients with familial adenomatous polyposis. *Lancet*. 1989;2(8666):783-785.
14. Sherman J, Greenstein AJ, Greenstein AJ. Ileal j pouch complications and surgical solutions: a review. *Inflamm Bowel Dis*. 2014;20(9):1678-1685.
15. Aziz O, Athanasiou T, Fazio VW, et al. Meta-analysis of observational studies of ileorectal versus ileal-pouch-anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Br J Surg*. 2006;93(4):407-417.
16. Ng KS, Gonsalves SJ, Sagar PM. Ileal-anal pouches: A review of its history, indications, and complications. *World J Gastroenterol*. 2019;25(31):4320-4342.
17. Dalal RL, Shen B, Schwartz DA. Management of pouchitis and other common complications of the pouch. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(5):989-996.
18. Fazio VW, Ziv Y, Church JM, et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg*. 1995;222(2):120-127.
19. Sagar PM, Pemberton JH. Intraoperative, postoperative and reoperative problems with ileoanal pouches. *Br J Surg*. 2012;99(4):454-468.
20. MacLean AR, Cohen Z, MacRae HM, et al. Risk of small bowel obstruction after the ileal pouch-anal anastomosis. *Ann Surg*. 2002;235(2):200-206.
21. Bach SP, Mortensen NJ. Ileal pouch surgery for ulcerative colitis. *World J Gastroenterol*. 2007;13(24):3288-3300.
22. Fazio VW, Kiran RP, Remzi FH, et al. Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. *Ann Surg*. 2013;257(4):679-685.
23. Schiphorst AH, Verweij NM, Pronk A, Borel Rinkes IH, Hamaker ME. Non-surgical complications after laparoscopic and open surgery for colorectal cancer - A systematic review of randomised controlled trials. *Eur J Surg Oncol*. 2015;41(9):1118-1127.
24. Guzman-Pruneda, F. A., Husain, S. G., Jones, C. D. et al. Compliance with preoperative care measures reduces surgical site infection after colorectal operation. *J. Surg. Oncol*. 2019;119(4):497-502.
25. Farouk R, Dozois RR, Pemberton JH, Larson D. Incidence and subsequent impact of pelvic abscess after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum*. 1998;41(10):1239-1243.
26. Pellino G, Frasson M, García-Granero A, et al. ANACO Study Group. Predictors of complications and mortality following left colectomy with primary stapled anastomosis for cancer: results of a multicentric study with 1111 patients. *Colorectal Dis*. 2018;20(11):986-995.
27. Heiskanen I, Luostarinen T, Järvinen HJ. Impact of screening examinations on survival in familial adenomatous polyposis. *Scand J Gastroenterol*. 2000;35(12):1284-1287.