

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

DR. Timuçin EROL
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHI AD
Kolon kanseri tan, tedavi ve takibinde güncel kılavuzlar ne diyor?

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

KRK üçüncü en sık kanser

**ABD... 105.000 Kolon Kanseri
45.000 Rektum Kanseri
53.000 Ölüm**

**EU... 15-20/ 100000 Erkekler
9-14 / 100.000 Kadınlar**

Dünyada 600.000 / yıl Ölüm

Şekil 7. 2017 Yılı İki 10 Kanser

| Kanser Türü | Erkekler (100.000 Kişi) | Kadınlar (100.000 Kişi) |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Trakeobronşiyal Kanser | 35,7 | 24,1 |
| Prostat | 21,4 | 0,0 |
| Melanom | 12,5 | 12,5 |
| İdrar | 7,2 | 0,0 |
| Trakeoözofageal Kanser | 6,9 | 0,0 |
| Yakıt | 6,4 | 0,0 |
| Pankreas | 5,9 | 0,0 |
| Larinks | 5,7 | 0,0 |

Şekil 8. Kıtada İki 10 Kanser

| Kanser Türü | Erkekler (100.000 Kişi) | Kadınlar (100.000 Kişi) |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Melanom | 15,0 | 11,7 |
| Trakeobronşiyal Kanser | 11,3 | 11,3 |
| İdrar | 6,9 | 0,0 |
| Trakeoözofageal Kanser | 6,9 | 0,0 |
| Yakıt | 6,4 | 0,0 |
| Prostat | 6,4 | 0,0 |
| Rektum kanseri | 6,2 | 0,0 |

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

ASCRS
American Society of Colon & Rectal Surgeons
Advancing Colorectal Care: Our Specialty

NCCN
National Comprehensive Cancer Network
NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)
Colon Cancer
Version 3.2021 - September 10, 2021
NCCN.org

ESMO
European Society for Medical Oncology
ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up
Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

TANI -RİSK DEĞERLENDİRME

- Hastalığa özel semptomlar, aile hikayesi , beslenme durumu, alkol , sigara kullanımı sorgulanmalı..
- Detaylı fizik muayene
- Rutin laboratuvar testleri
- CEA....
 - Evre I-III kolon kanserinde OS'ın bağımsız göstergesi...

18

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

TANI -II

- Mümkünse kolektomi öncesi histolojik confirmasyon sağlanmalı
- Endoskopik işaretleme yapılmalı
- Tam kolonoskopi ile tüm kolorektal mukozanın incelenmeli
 - Senkron kanser (%4)
 - Senkron adenom % 30-50
- Proksimalin değerlendirilemediği hastalarda
 - BT kolonografi
 - PET /CT
 - Intraoperatif kolonoskopi
 - Postoperatif kolonoskopi... 3-6 ay içerisinde

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ
24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

EVRELEME

- Oral + I.V kontrastlı Torakoabdominal BT
- Kontrastsız toraks BT + Abdomen MRG
- PET/BT
 - Evre IV hastalarda cerrahi karar öncesi
 - BT ve MRG 'da şüpheli bulgular

Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

ESMO GOOD SCIENCE BETTER MEDICINE BEST PRACTICE

European Society for Medical Oncology

Table 1. Diagnostic work-up for localised CRC

| Local assessment | LoE, GoR |
|-------------------------------------------------------------|----------|
| Complete colonoscopy | I, A |
| Imaging work-up | |
| CT scan: | |
| • Lung | V |
| • Abdominal | I, B |
| • Pelvic | I, B |
| CT colonography (when complete colonoscopy is not feasible) | I, A |
| MRI abdominal (to clarify ambiguous lesions or define pT4b) | II, A |
| III, A | |
| Laboratory work-up | |
| Complete blood count | II, A |
| Coagulation | II, A |
| Liver function panel | II, A |
| Kidney function panel | II, A |
| Albumin | III, A |
| CEA | III, A |

CEA, carcinoembryonic antigen; CRC, colorectal cancer; CT, computed tomography; GoR, grade of recommendation; LoE, level of evidence; MRI, magnetic resonance imaging.

Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

• Tanı sonrası küratif bir cerrahi için gereksiz gecikmelerden kaçınılmalı

• Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) ve National Cancer Databases 3-6 hafta gecikme DFS

• Kanada ve iki merkez çalışmaları 12 hafta

• Kolon rezeksiyonunun genişliği lenfovasküler drenaja uygun olmalı **(1B)**

• **Transvers kolon ve splenik fleksura**

• En az 12 lenf nodu değerlendirilmeli...

• **Cerrahi sırasında eksplorasyon ve ameliyat notu!!!!**

Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

American Joint Committee on Cancer (AJCC/TNM)

• **M1c....** Peritoneal implantlar

• **N1c** Tümör depositleri

• LVI ve perinöral invazyon, MSI, tümör tomurculanması,

• KRAS, NRAS ve BRAF mutasyonlarının tedavide önemi

Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Standart patoloji raporu

• Numune tanımı ve cerrahi prosedür,

• Tümör yeri ve boyutu,

• Makroskopik tümör perforasyonu varlığı/ yokluğu ,

• Histolojik tip ve derece,

• Bağırsak duvarına ve komşu organlara yayılımı

• Cerrahi sınırlardan uzaklığı (proksimal, distal ve radyal),

• Tümör Depoziti , lenfovasküler ve/veya perinöral invazyon, tümör tomurculanması Lenf nodu sayı, bölge ve tutulmuş lenf nodu sayısı

• MMR/MSI durumu

• Diğer organların tutulum

Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

• **Rutin D3 lenf nodu diseksiyonu önerilmemekte...(Zayıf öneri moderate-quality evidence, 2B.)**

• Kanser rekürrensini azalttığı ve hastalıklı sağ kalımı arttırdığı yönünde yayınlar mevcut...

• **Selektif diseksiyon !!!!**

5-year outcome after complete mesorectal excision for right-sided colon cancer: a population-based cohort study

D3 lymph node dissection reduces recurrence after primary resection for elderly patients with colon cancer

Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

• Ooferektomi..... Gross patolojik Overler yada direkt invazyon... **1C**

• **Lokal ileri kolon kanserinde neoadjuvan KT ve RT 2B**

• **Tümör regresyonu sağlayabilir**

• **Negatif cerrahi sınır sağlanmasına yardımcı olabilir.**

• NCCNneoadjuvant, oxaliplatin KT yaygın nodal hastalık yada c T4B

• **Hastaların 2/3 'ünde tümör hacmi gerilemiş**

• **% 4- %37 'si major patolojik yanıt +**

• **Yanıt (+) hastalarda 3 yıllık sağkalm % 94 v.s %63**

Amendola J, Pastor E, Simi V, et al. Neoadjuvant chemotherapy in locally advanced colon cancer: a meta-analysis. Tech Coloproctol. 2020;24:1001-1011

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul | ESO

- Tecrübeli olunması durumunda elektif kolektomi için minimal invazif yaklaşımlar tercih edilmeli **(1-A)**

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul | ESO

ADJUAN TEDAVİ RİSK/YARAR

- TNM SINIFLAMASI....Risk belirlemede en yararlı histolojik kriter...
- Sadece cerrahi sonrası 5-yıllık yaşam
 - Evre I % 99,
 - Evre II % 68-83
 - Evre III % 45-65
- Klinik faktörlerin yanında MSI/MMR durumu en iyi prognostik moleküler belirteç.

Brailey D. Gynecologic Malignancies, 2nd Edition, Oxford: John Wiley & Sons, Inc., 2014

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul | ESO

- Histolojik alt grup ve grade
- Lenfatik , venöz, perinöral invazyon
- Lenfoid inflamatuvar yanıt
- Rezeksiyon sınırları
- CEA
- Yaş.....**Tek başına kriter değil**
- Floroprimidin bazlı tedavi öncesi **Dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD)**
- Adjuvan tedavi 8 hafta içinde başlanmalı...

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul | ESO

EVRE II KOLON KANSERİ

| Major Prognostik Kriterler | Minor Prognostik Kriterler |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • < 12 lenf nodu • Perforasyonun eşlik ettiği pT4 tümörler | <ul style="list-style-type: none"> • Yüksek tümör derecesi • Vasküler invazyon • Lenfatik invazyon • Perinöral invazyon • Tümörün obstrüksiyon ile prezentasyonu • Ameliyat öncesi yüksek CEA seviyeleri |

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul | ESO

KOLON KANSERİ İLİŞKİLİ ACİLLER

- Kolon kanserlerinin % 20 si acil...
 - Erken dönemde komplikasyonların olumsuz etkisinden kaçınmak
 - Mümkün olan en iyi tümör kontrolü
 - Erken dönemde derlenme ve uygun tedavinin başlanması


6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul | ESO

Distal obstrüksiyonlar

- Stent
- Diversiyon ve sonrasında definitif cerrahi
- Definitif Cerrahi kararı

→ Hastaya ve merkeze ait faktörler göz önüne alınarak verilmeli



Proksimal Obstrüksiyon

- Çoğu hasta rezeksiyona uygun
- Anastomoz kararı hasta bazlı verilmeli

Acil şartlarda yapılan anastomozlarda kaçak riski daha yüksek..... %2.6- % 16.4

- Stent Minimal invazif cerrahi oranını arttıran
Stoma oranını azaltan
Yatış süresini azaltan
5 yıllık ve genel sağ kalım etkilemez

Perforasyon

- Onkolojik prensiplere uyulabilecek ise rezeksiyon
- **Evreli tedavi için düşük eşik!!!!**

Kanama

- Cerrahi dışı yöntemler ilk planda



EVRE IV KOLON KANSERİ

- Tüm metastatik kolorektal kanser hastaları KRAS, NRAS, BRAF mutasyonları açısından test edilmeli
- KRAS yada NRAS mutasyonu olan hastalarda tedavi ...

Rezektabl /Potansiyel Rezektabl Evre IV

- Multidisipliner karar **1B**
- Rezektabl karaciğer metastazı (EORTC 40983)
 - Cerrahi- Adjuan
 - Neoadjuan – Cerrahi- Adjuan.... KC rezeksiyonu sonrası komplikasyon fazla (% 25 v.s %16)
 - 3 yıllık takipte % 7 daha iyi progresyonsuz sağ kalım
 - 5 yıllık sağ kalımda fark yok
- Tek seans.... Göreceli olarak kolay ameliyatlarda... **2B**

Unrezektabl Karaciğer Metastazı

- Rezektabl hale getirmek amacıyla neoadjuan KT **1B**
- **FOLFOXIRI+ Bevacizumab**
 - % 38 hasta rezektabl hale gelir
 - Bu hastaların % 28' i R0 rezeksiyon
- **Bolhuis et.al**
 - %55-85 yanıt
 - % 10-61 hasta rezektabl
 - % 54 R0 rezeksiyon
- **Hepatik Arteriyel infüzyon KT + Sistemik KT veya İmmüno terapi 1B**

1. Yonemura K, Yoshida K, Okada M, Kawanishi M, Nakagawa S, Yamada T, et al. (2017) Preoperative chemotherapy with FOLFOXIRI plus bevacizumab for resectable colorectal liver metastases: a phase II study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12):1311-1318.

2. Bolhuis RG, de Wilt J, van der Gaag A, et al. (2017) Preoperative chemotherapy with FOLFOXIRI plus bevacizumab for resectable colorectal liver metastases: a phase II study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12):1311-1318.

3. Yonemura K, Yoshida K, Okada M, Kawanishi M, Nakagawa S, Yamada T, et al. (2017) Preoperative chemotherapy with FOLFOXIRI plus bevacizumab for resectable colorectal liver metastases: a phase II study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(12):1311-1318.

YAYGIN HASTALIK

- Palyatif yaklaşım
- Asemptomatik primer
- Sistemik Kemoterapi
- Obstrüksiyon
- Peritoneal Karsinomatozis

1B

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

İmmunoterapi

- Anti PD-L1 yada PD-1

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

Takip

NCCN Guidelines Version 3.2021
Colon Cancer

| PATHOLOGIC STAGE | SURVEILLANCE ^b |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stage I | <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopy^a at 1 y after surgery • If advanced adenoma,¹⁰ repeat in 1 y • If no advanced adenoma,¹⁰ repeat in 3 y, then every 5 y¹¹ |
| Stage II, III | <ul style="list-style-type: none"> • History and physical every 3-6 mo for 2 y, then every 6 mo for a total of 5 y • CEA¹² every 3-6 mo for 2 y, then every 6 mo for a total of 5 y • Chest/abdominal/pelvic CT every 6-12 mo (category 2B for frequency <12 mo) for a total of 5 y • Colonoscopy^a in 1 y after surgery except if no preoperative colonoscopy due to obstructing lesion, colonoscopy in 3-6 mo • If advanced adenoma, repeat in 1 y • If no advanced adenoma,¹⁰ repeat in 3 y, then every 5 y¹¹ • PET/CT scan is not indicated • See Principles of Surveillance (COI-1) |
| Stage IV | <ul style="list-style-type: none"> • History and physical every 3-6 mo for 2 y, then every 6 mo for a total of 5 y • CEA¹² every 3-6 mo x 2 y, then every 6 mo for a total of 5 y • Chest/abdominal/pelvic CT scan every 3-6 mo (category 2B for frequency <6 mo) x 2 y, then every 6-12 mo for a total of 5 y • Colonoscopy^a in 1 y after surgery except if no preoperative colonoscopy due to obstructing lesion, colonoscopy in 3-6 mo • If advanced adenoma, repeat in 1 y • If no advanced adenoma,¹⁰ repeat in 3 y, then every 5 y¹¹ • See Principles of Surveillance (COI-1) |

Serial CEA elevation or documented recurrence

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

YENİ NE VAR ?

- Gecikmelerden kaçınılması
- Lokal ileri hastalarda neoadjuvan KT / RT
- Evre IV hastalarda multidisipliner tumor konseyi
- Rezektabl Karaciğer metastazlarında neoadjuvan KT
- Tek basamaklı kombine cerrahi Göreceli basit ameliyatlarda
- Rezektabl Akciğer metastazlarının rezeksiyonu
- Evre IV, mismatch repair deficient (dMMR) or microsatellite high (MSI-H) Kolon kanseri hastalarında immuno terapi
- Mümkünse 8 hafta içerisinde adjuvan tedavinin başlanması
- Evre II-III hastalarda multigen , CDX2 ve ctDNA analizi risk belirlemede faydalı olabilir....
- **Sentinel lenf nodu tekniği kılavuzdan çıkarıldı....**