



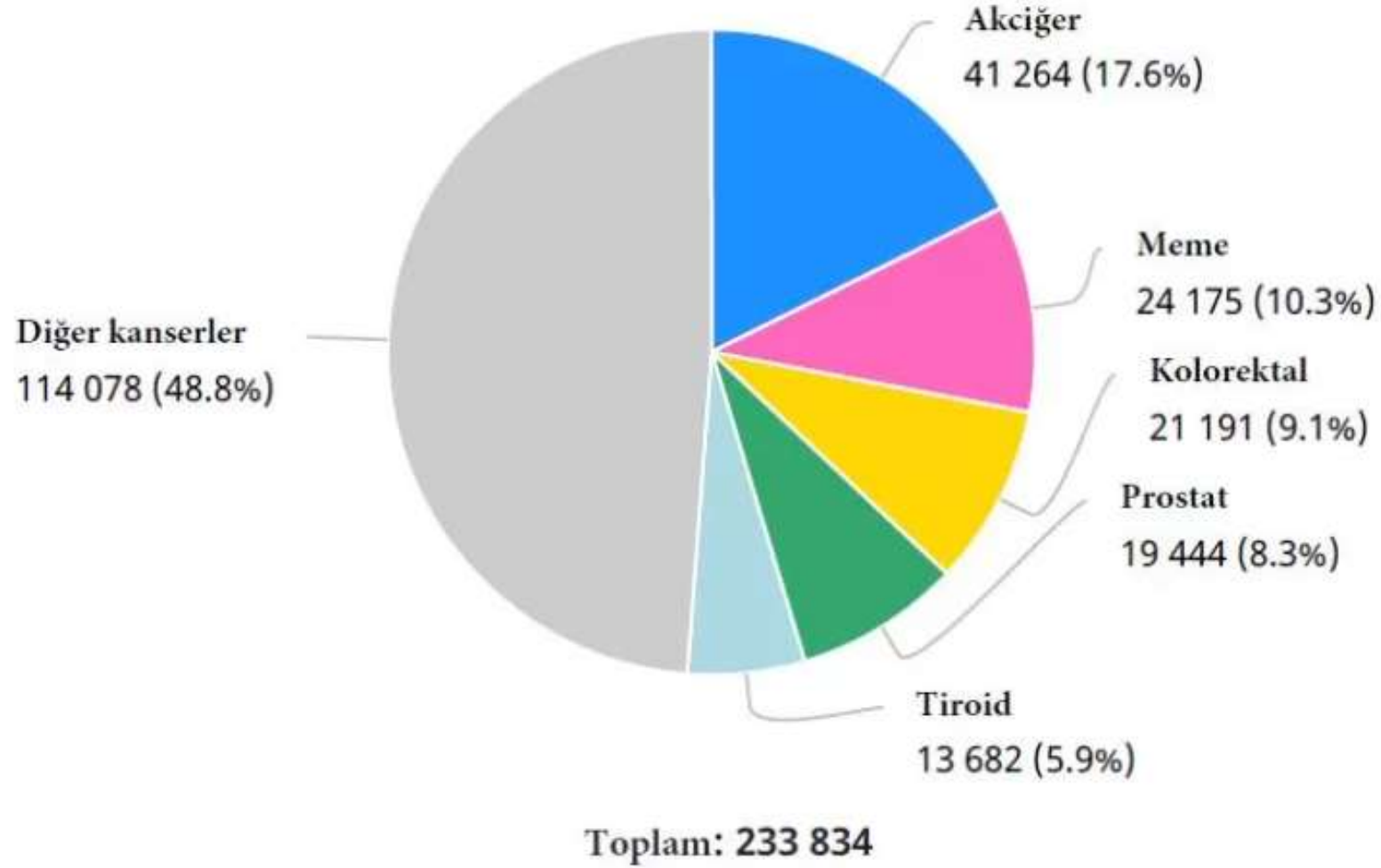
Kolon Kanserleri

Dr Mehmet Güray Duman

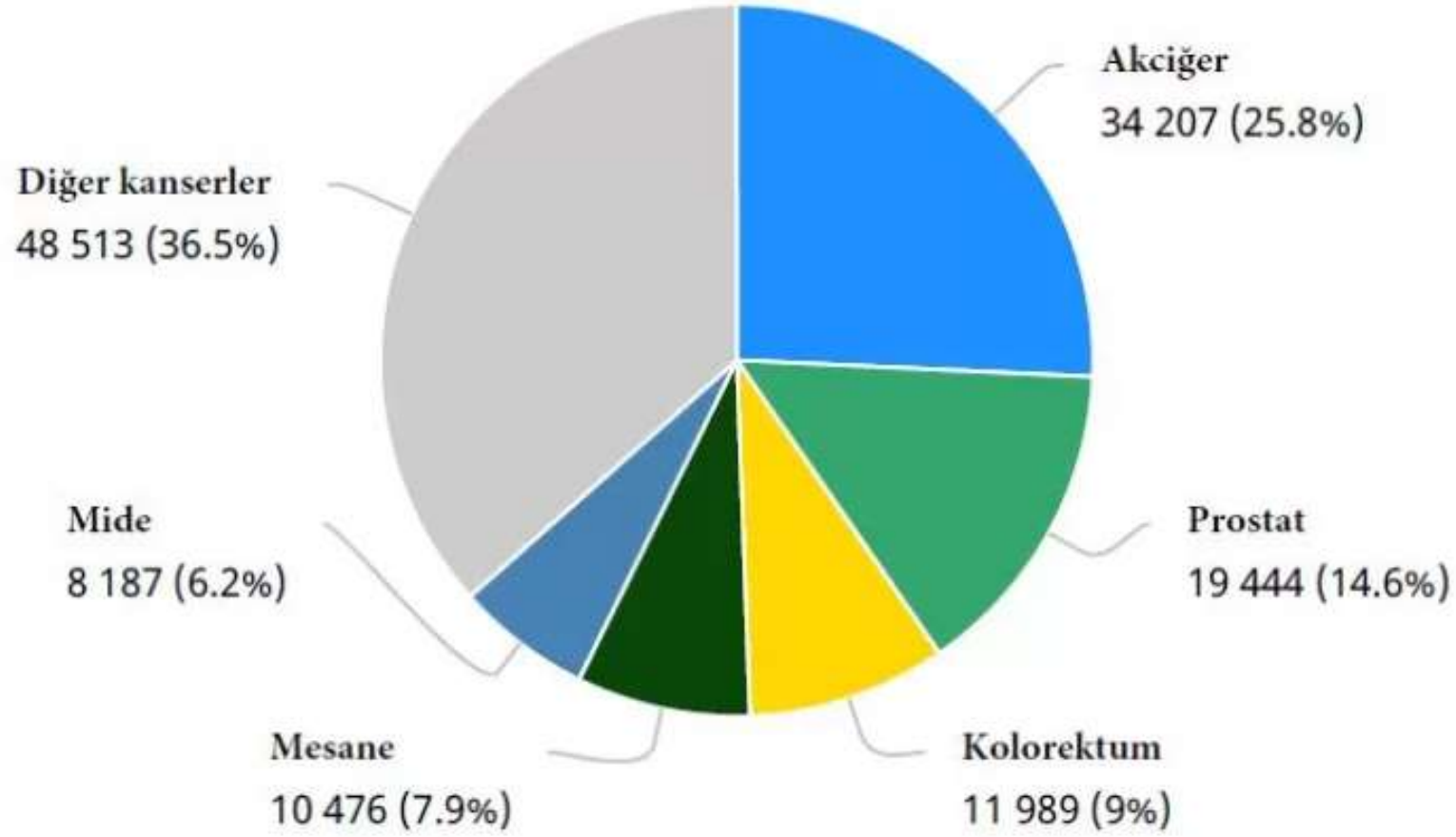
Prof. Dr. Cemil Tařçioęlu řehir Hastanesi Genel Cerrahi Klinięi

- Türkiye’de tüm kanserler içinde erkelerde ve kadınlarda 3. Sıradadır.
- Vakaların %90’ı 50 yaşından büyüktür.
- Ortalama görülme yaşı 65
- Ancak herhangi bir risk faktörü olmayan hastalarda 50 yaş altı kanser görülme sıklığı artmakta

2020'de her iki cinsiyet, her yaştan yeni vaka sayısı

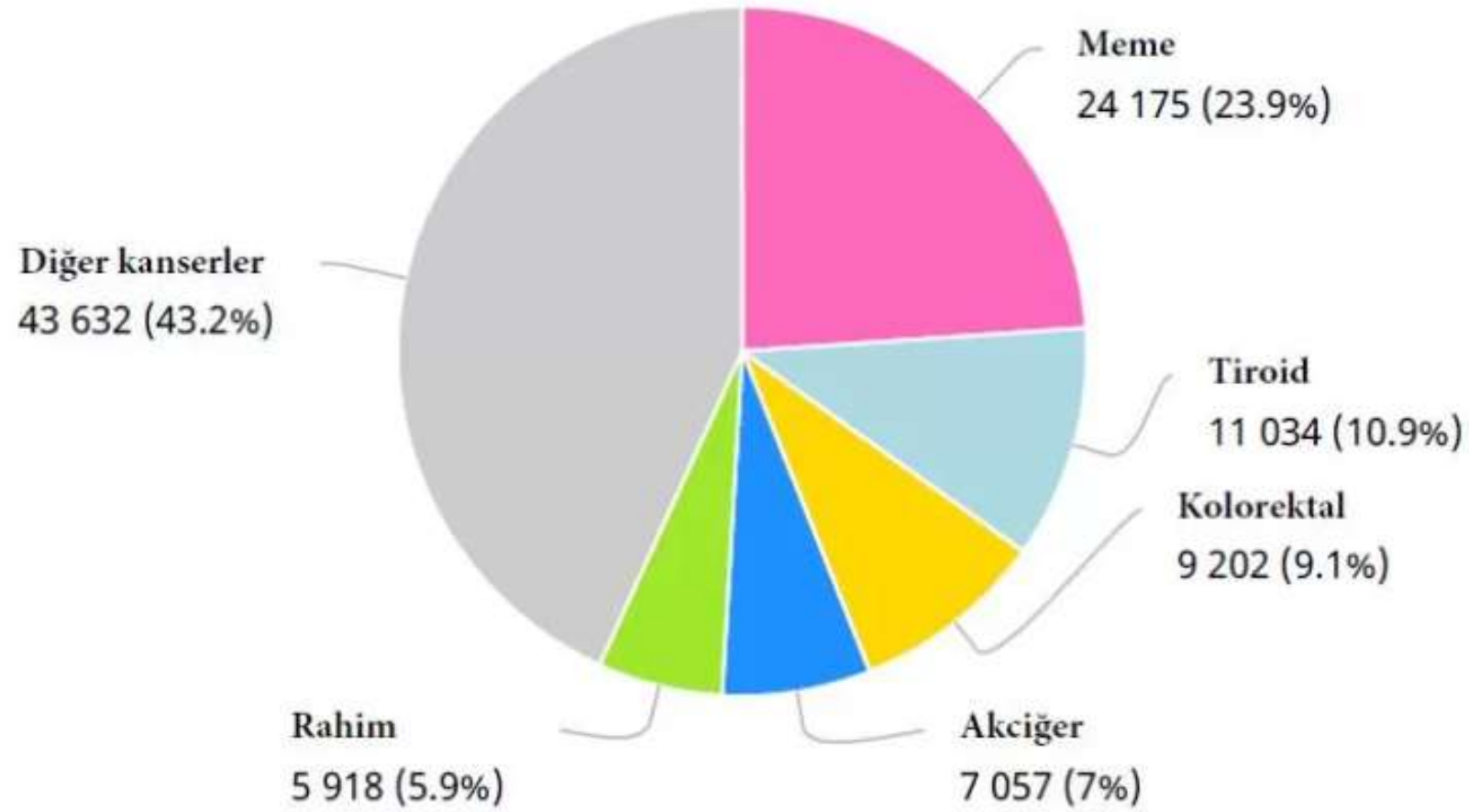


2020'de yeni vaka sayısı, ERKEKLER, her yaştan



Toplam: 132 816

2020'de yeni vaka sayısı, KADINLAR, her yaştan



Toplam: 101 018

NCCN Guidelines® Insights

Colon Cancer, Version 2.2018

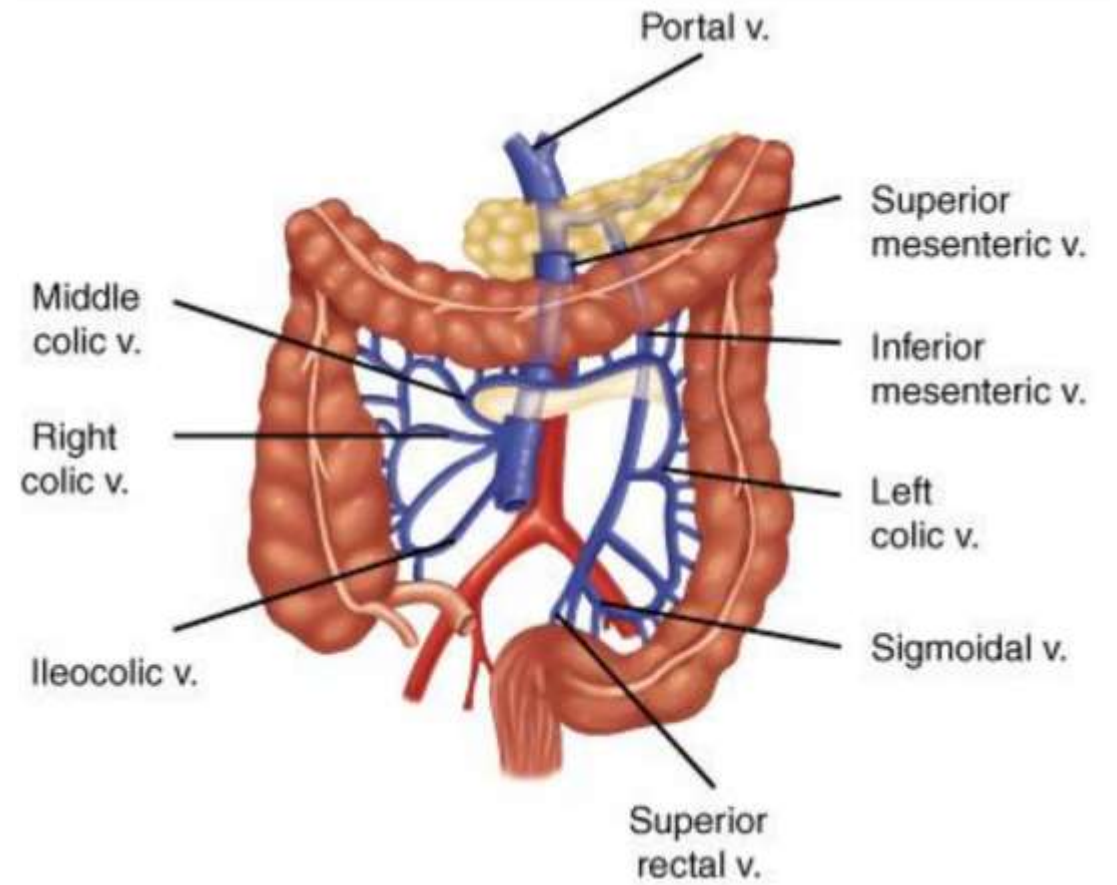
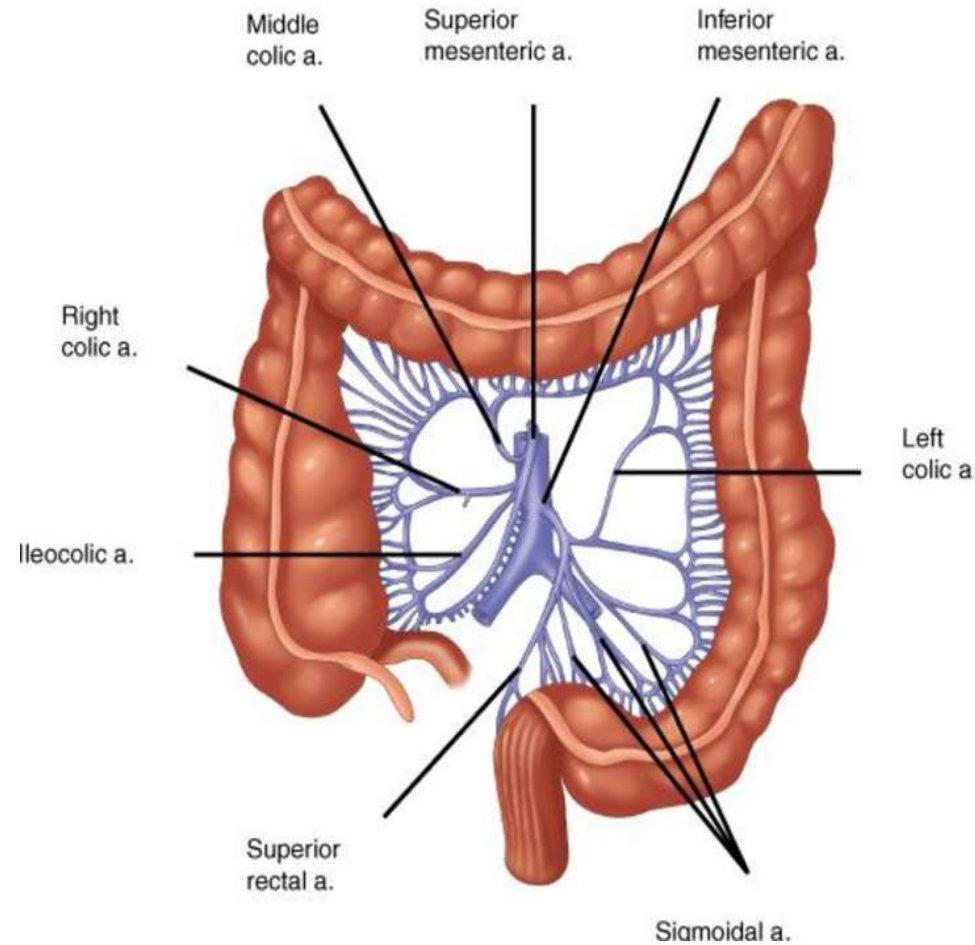
Featured Updates to the NCCN Guidelines

- 2003-2012 yılları arasında KKK insidansında %3 azalma
- 1990-2007 yılları arasında mortalitede %35 azalma
- 1976-2014 yılları arasında mortaliyede %51 azalma
- 50 yaş altında insidans artıyor

Anatomi

- Kolon-rektum ~150 cm
 - Çekum ~10 cm
 - Çıkan kolon ~ 15 cm
 - Transvers kolon ~45 cm
 - İnen kolon ~25 cm
 - Sigmoid kolon 15-50 cm (ort:38)
 - Rektum ~12-15 cm
- Peritoneal refleksiyon erkekte anal verge 7-9, kadında 5-7,5 cm uzaklıktadır.
- Rektumun anterior peritonla örtülü kısmı *Douglas poşu* ya da *cul de sac'ı* oluşturur. Dökülmeye bağlı metastazlarda önemli.

Kolon Arter ve Venleri

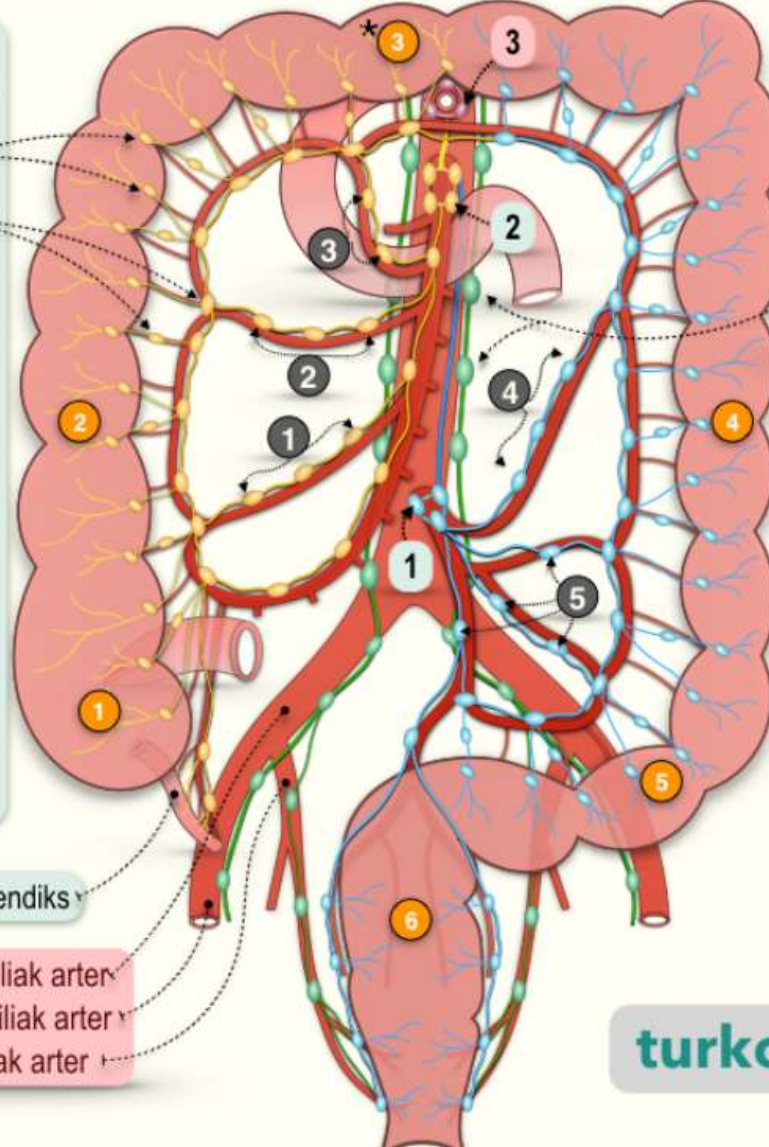


Kolonun Lenfatiği

★ Transvers kolon yukarı kaldırılmış

Kolonun Lenf Nodları (LN)

- Epikolik LN
- Perikolik (Parakolik) LN
- Intermediate LN
 - 1 İleokolik arter çevresi
 - 2 Sağ kolik arter çevresi
 - 3 Middle kolik arter çevresi
 - 4 Sol kolik arter çevresi
 - 5 Sigmoidal arterler çevresi
- Main (principal)
 - 1 İnferior mezenterik arter orijini
 - 2 Süperior mezenterik arter orijini



Apendiks

- Common iliak arter
- Eksternal iliak arter
- İnternal iliak arter

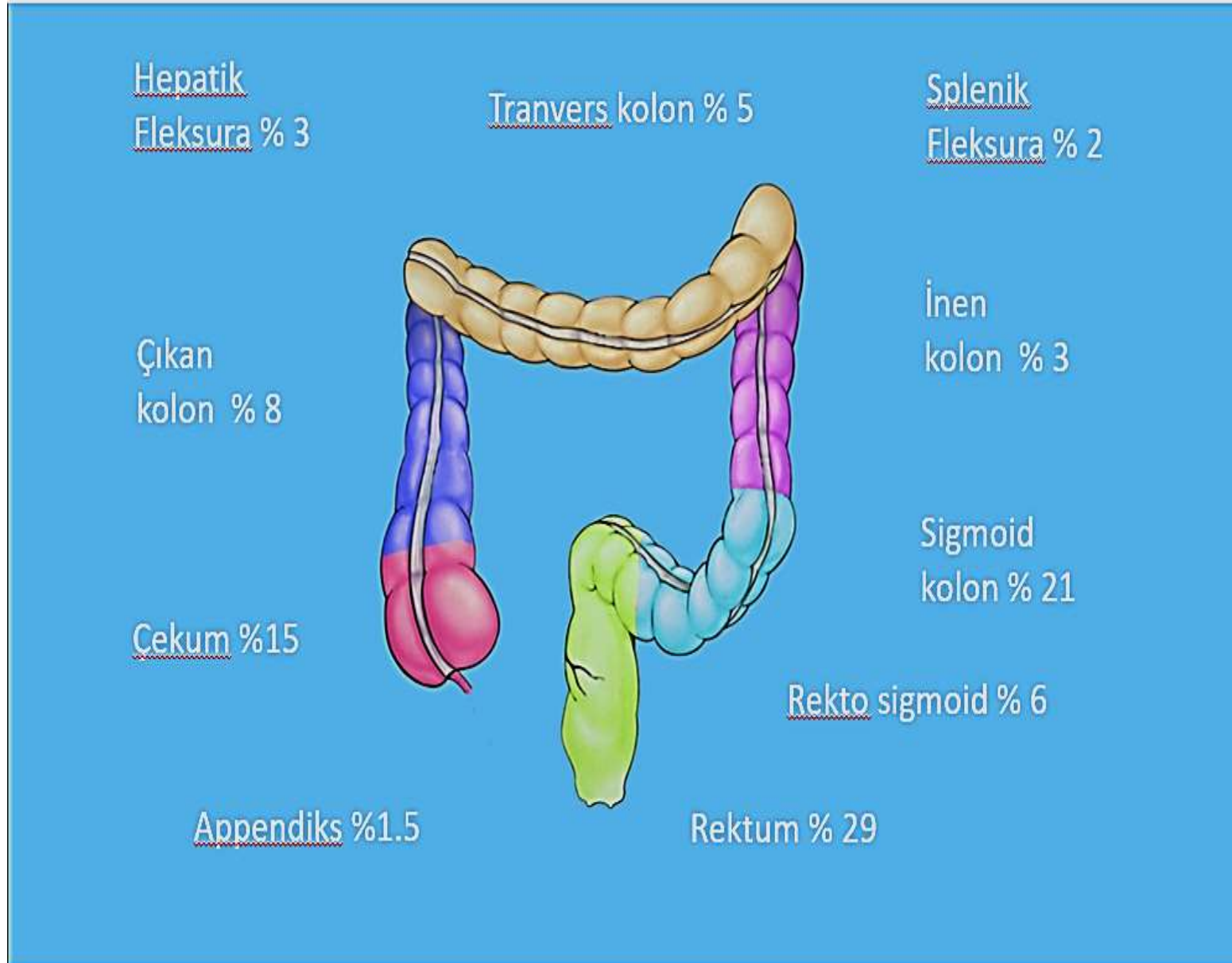
Hatırlayalım! Periaortik Lenf Nodları

- Preaortik grup
 - 1 İnferior mezenterik (LN)
 - 2 Süperior mezenterik LN
 - 3 Çölyak LN
- Paraaortik grup (Lateral)
- Retroaortik grup

Kolonun Bölümleri

- 1 Çekum
- 2 Çıkan kolon
- 3 Transvers kolon
- 4 İnen kolon
- 5 Sigmoid kolon
- 6 Rektum

Kolorektal kanser dağılımı



Risk faktörleri

- Kırmızı et ve hayvansal yağdan zengin diyet, dışkıda kolesterol miktarında artış.
- Folat koruyucu etkiye sahip.
(Düşük folat= K-ras mutasyonları.)
- Kalsiyum takviyesi yeni adenom oluşumunu yavaşlatır.
- Lifli gıda tüketimi- kanserden koruduğuna dair net bir kanıt yok.
- HRT, ASA, NSAIDS, COX2 koruyucu etkiye sahip ve bazı olgularda poliplerde regresyon yapabiliyor.
- Alkol tüketimi riski arttırıyor.

Colon cancer

Roberto Labianca^{a,*}, Giordano D. Beretta^b, Basem Kildani^b, Laura Milesi^a, Federica Merlin^b, Stefania Mosconi^a, M. Adelaide Pessi^a, Tiziana Prochilo^b, Antonello Quadri^a, Gemma Gatta^c, Filippo de Braud^d, Jacques Wils^e

^a Ospedali Riuniti, Largo Barozzi 1, 24128 Bergamo, Italy

^b Ospedale Sant'Orsola Fatebenefratelli, Brescia, Italy

^c Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori", Milan, Italy

^d START Project and European Institute of Oncology, Milan, Italy

^e Laurentius Hospital, Roermond, The Netherlands

Accepted 6 January 2010

Kolon Mukozasının Özellikleri

- Her 4 – 8 günde bir yenilenir
- Epitel proliferasyonu kontrolden çıktığı zaman yeni hücreler yüzeyde toplanır ve polip oluşur.
- Daha fazla bölünme ve hücrel disorganizasyon ile hücreler muskularis mukozayı geçer ve invaziv kanser oluşur.
- Adenomatöz poliplerde
 - Epitel yüzeyi 226 kat artar
 - Hücre sayısı 370 kat artar.

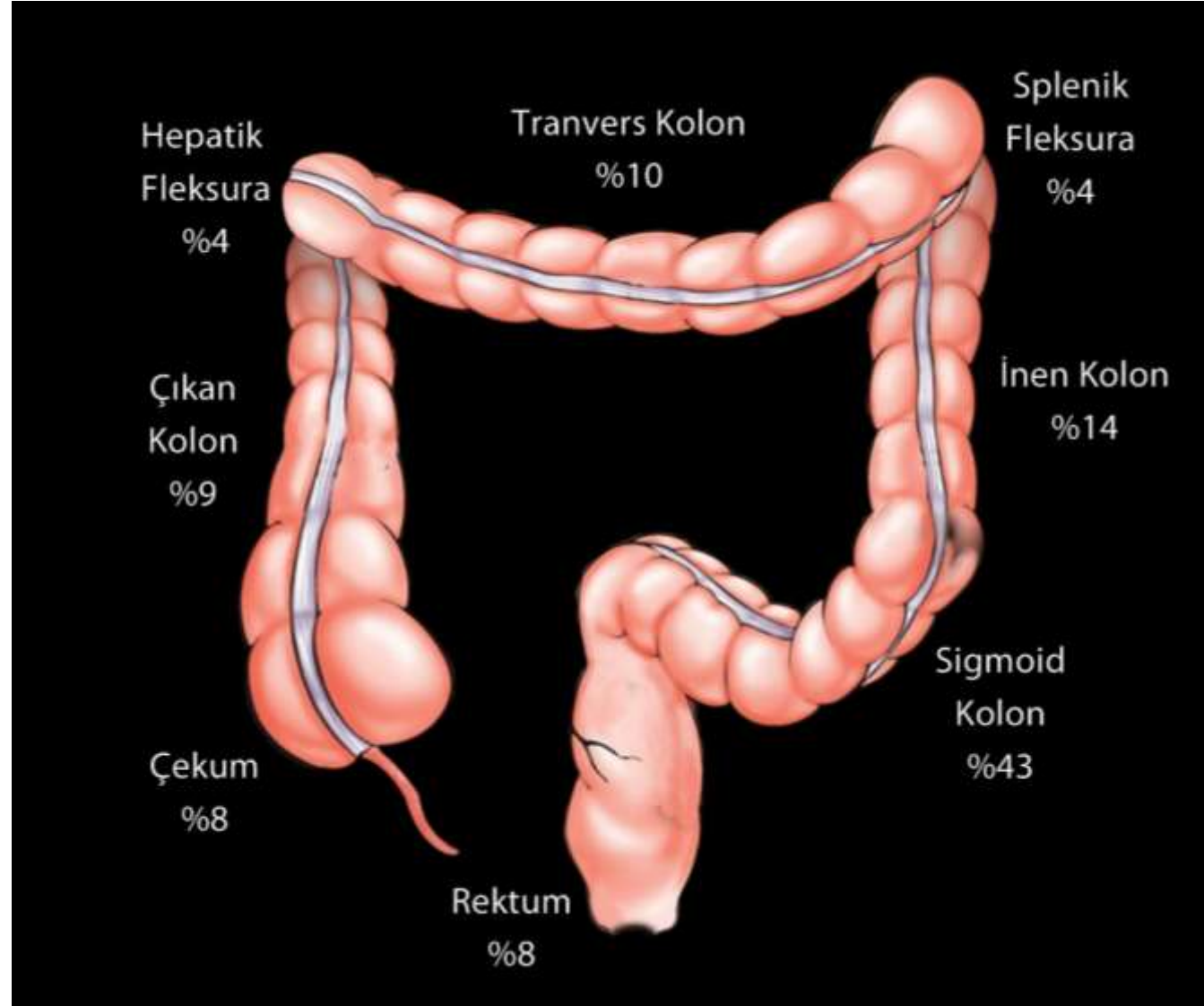
Polipler

- Neoplastik (adenomatöz) benign ya da malign olabilir,
- Nonneoplastik (hiperplastik, mukozal, inflamatuvar, hamartomatöz).
- Adenomatöz polipler insanların 50 yaş itibariyle %33'ünde saptanabilir ve 70 yaşında da %50 oranında görülür.
- Çoğu lezyon <1cm,
- % 60 tek, % 40 multipl
- Eğer tedavi edilmazse %24'ünde invaziv kanser gelişecek.

Kolorektal polipler

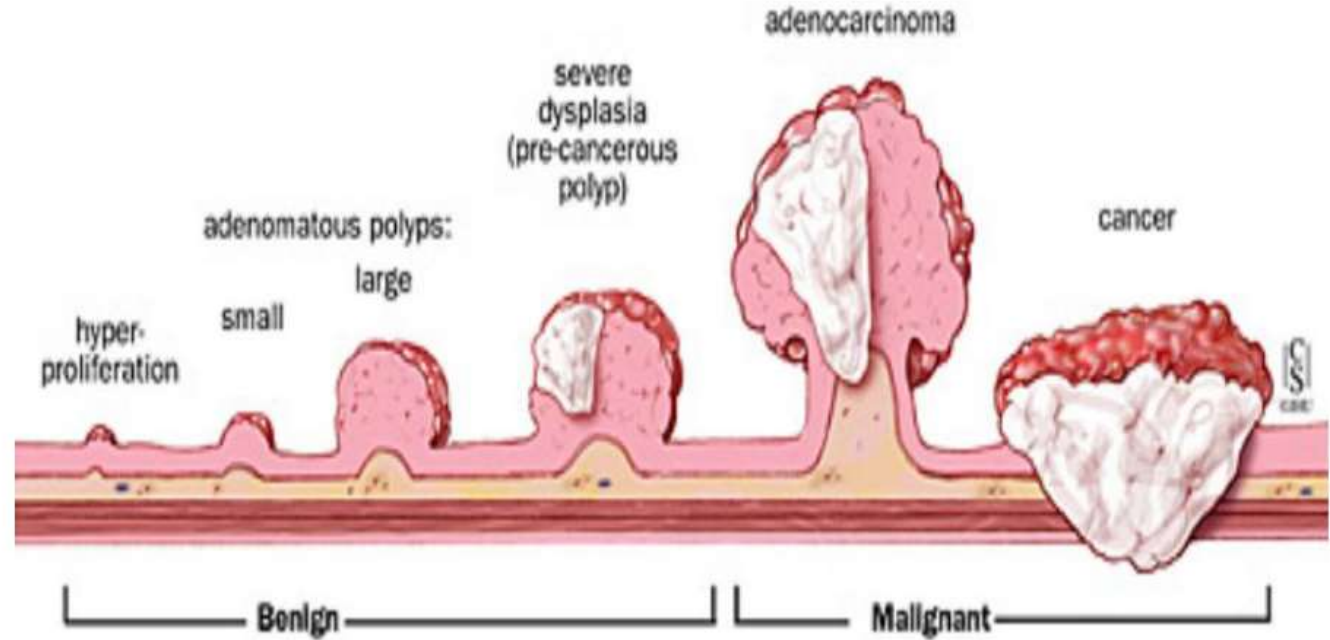
- Gross
 - Saplı
 - Sesil
- Histolojik
 - Tübüler adenom (%65-80)
 - Villöz adenom (%5-10)
 - Tübülovillöz adenom(%10-25)
- Tedavi kolonoskopi ile alınmasıdır.
- Muskularis mukozayı geçtiği zaman invaziv kanser olarak adlandırılır.
- Muskularis mukozaya sınırlı karsinoma *atipi* olarak adlandırılır.

Kolon poliplerinin dağılımı



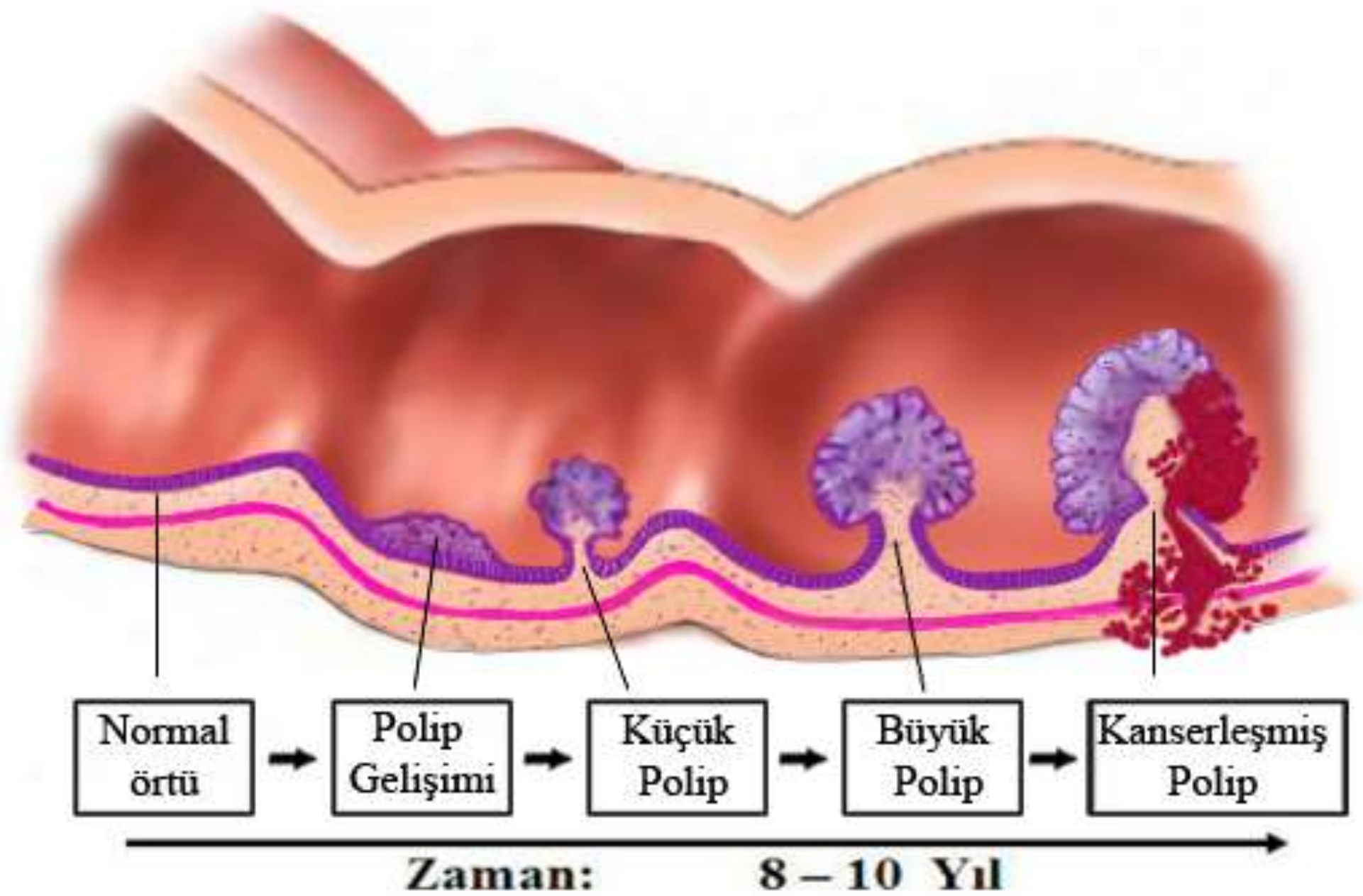
Adenom-karsinom sekansı

- Polip apı büyüdükçe malignite riski artıyor.
- İnvaziv kanser piyeslerinde benign adenomatöz doku bulunması bu hipotezi destekler.
- Hiçbir müdahalede bulunulmayıp gözlenen poliplerin invaziv kansere dnstğnn görülmesi.
- Kolorektal kanser tanılı hastalarda poliplerin daha sık görülmesi(1/3)
- Polipektomi sonrası kanser riskinin düşmesi.
- FAP hastalarının herhangi bir cerrahi tedavi görmezse %100'ünün kanser olacağı
- Polip saptanma insidansının en yüksek olduğı yaşı 50 yaşılar civarı ve kolorektal kanser insidansının en yüksek olduğı yaşılar 60'lı yaşılar. Yaklaşık 10 yılda adenomdan karsinom gelişmesi için geçen süre



Kanser gelişimi-genler

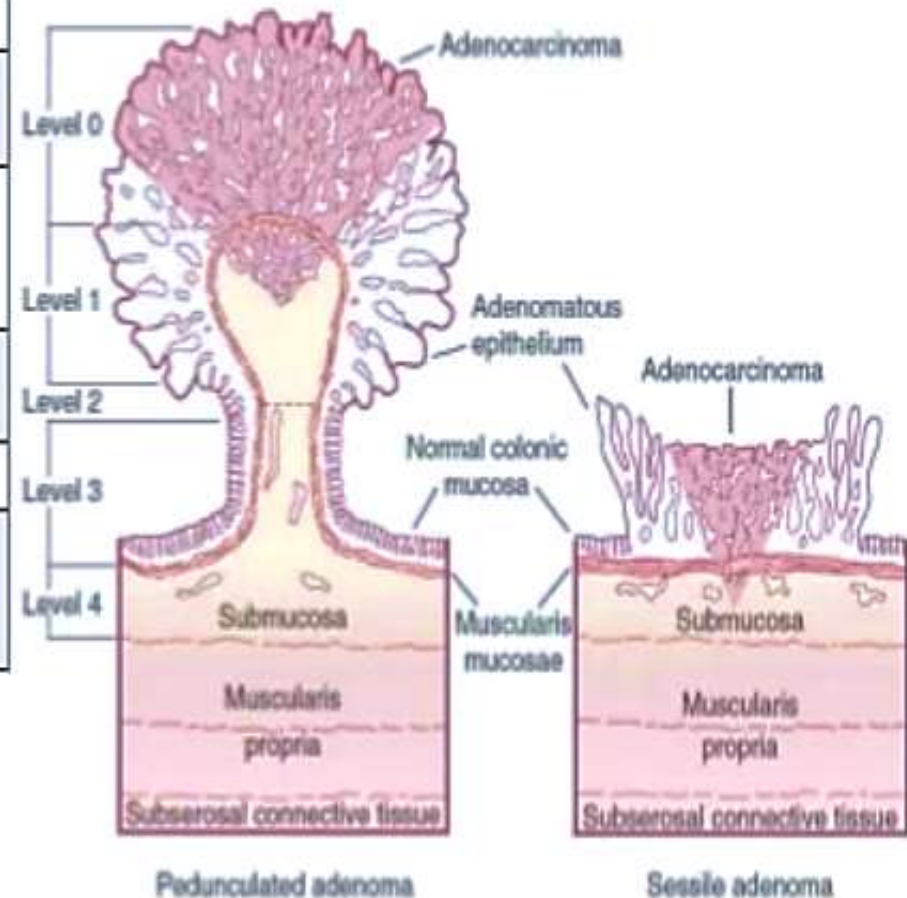
- Proto-onkogenler (k-ras, c-myc, c-src)
- Tümör baskılayıcı genler (p53, APC, DCC, vs)
- Mismatch repair gen (MMR)
- Telomeraz aktivitesi
- DNA metilasyon kusurları



Haggitt's Classification (depth of invasion)

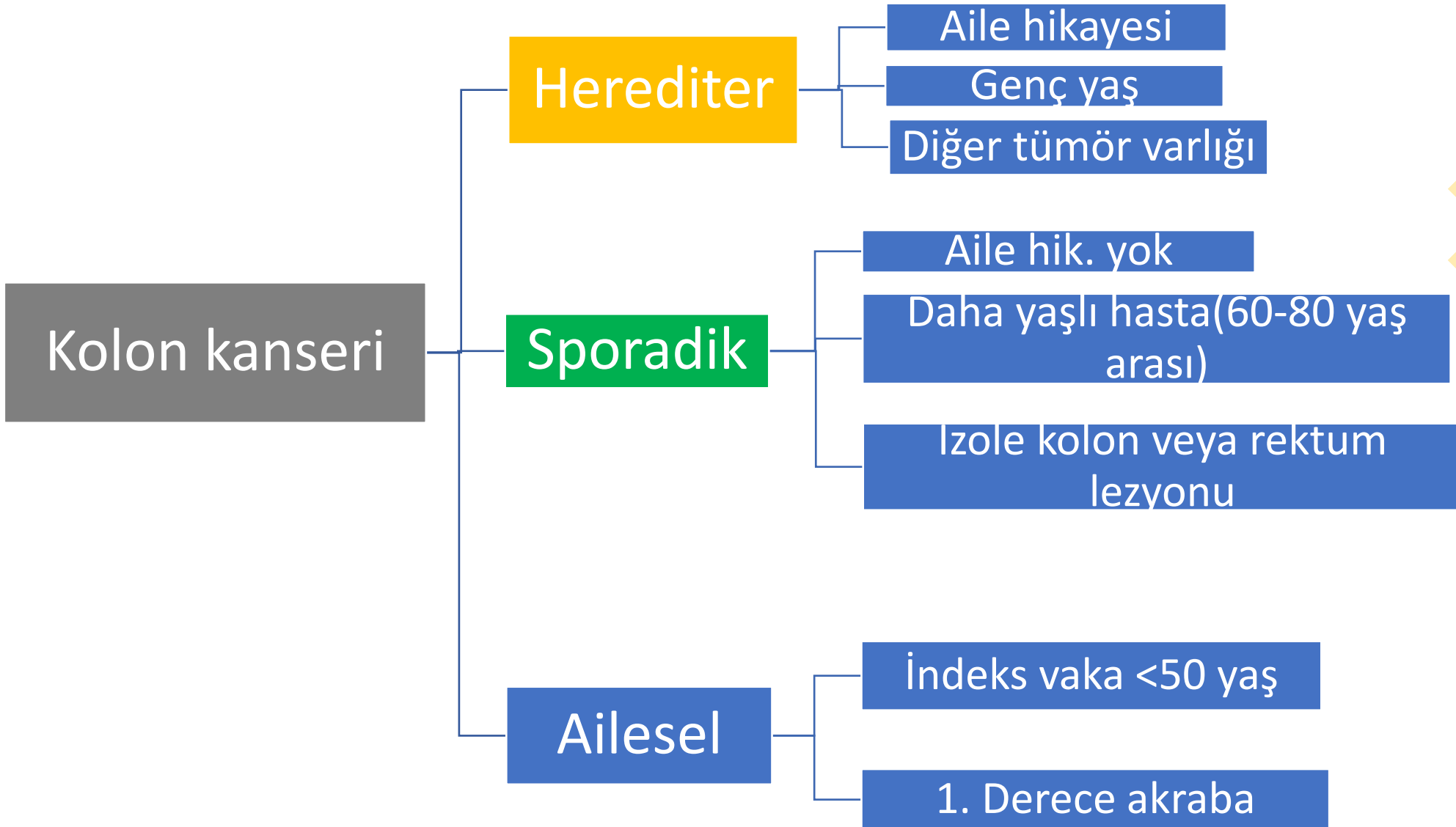
Level	Depth of invasion
Level 0	Carcinoma does not invade the muscularis mucosae (carcinoma-in-situ or intramucosal carcinoma).
Level 1	Carcinoma invades through the muscularis mucosae into the submucosa but is limited to the head of the polyp
Level 2	Carcinoma invades the level of the neck of the polyp (junction between the head and stalk).
Level 3	Carcinoma invades any part of the stalk
Level 4	Carcinoma invades into the submucosa of the bowel wall below the stalk of the polyp but above the muscularis propria.

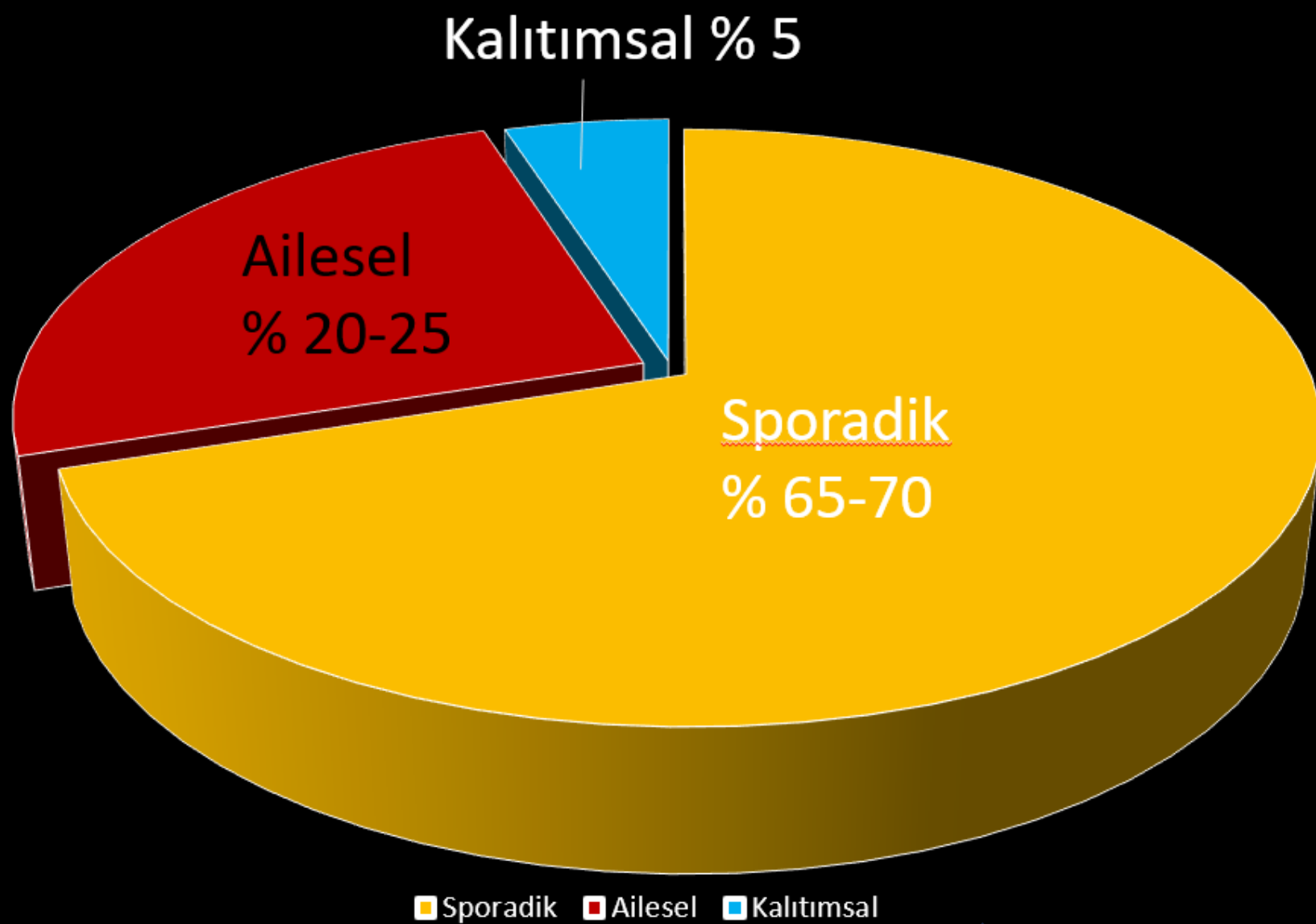
- By definition, all sessile polyps with invasive carcinoma are level 4 by Haggitt's criteria.



Tedavi

- Ülserasyon, distorsiyon, mantar tarzında büyüme polipektomi için kontrendikasyon oluşturur.
- Tamamen yapılmış polipektomiye rağmen lenf nodu pozitifliği açısından yüksek riskli olan rezidüel adenokarsinomlar için kolektomi endikasyonu vardır.
- Pozitif sınır, kötü diferensiye, level 4, vasküler ve lenfatik invazyon.
- İnvaziv kanser barındıran sessil polipler herhangi bir yüksek risk patolojik bulgu da saptanmasa dahi rezeksiyon açısından değerlendirilir.
- Tüm bu anlatılanlar hastanın tıbbi durumuna göre kar zarar hesabı yapılarak değerlendirilir.

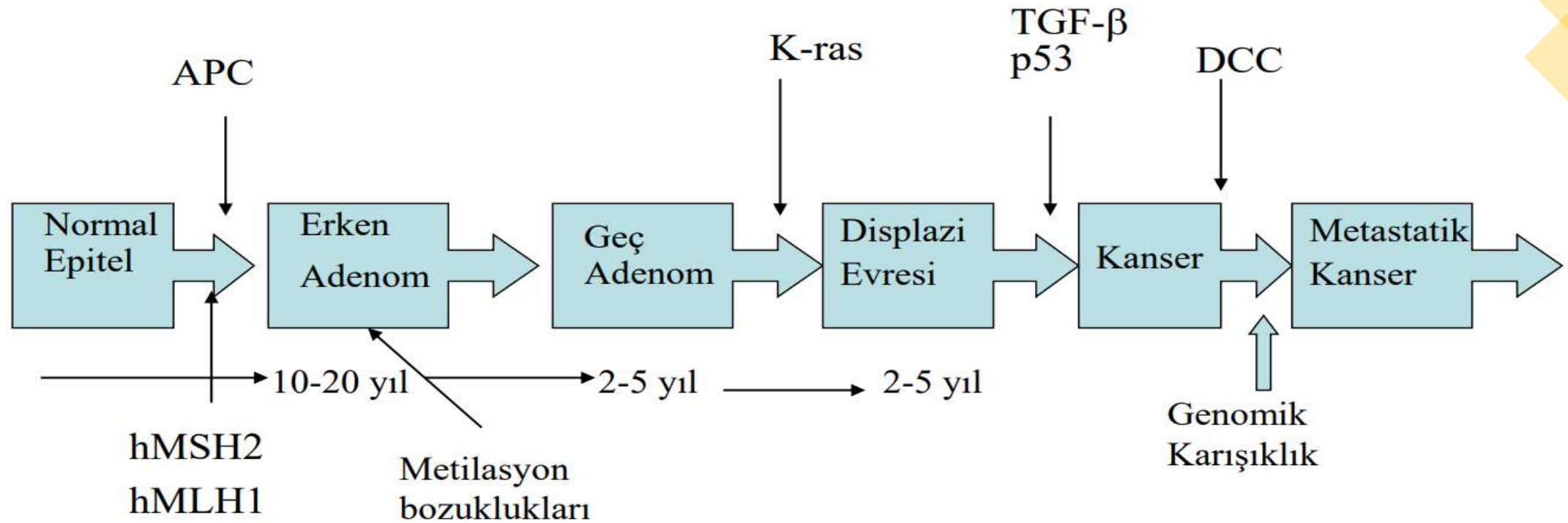




Kolorektal kanser genetiği

- Tümör süpresör gen mutasyonu (her iki allel de mutasyonlu olmalı)
 - Nokta mutasyonu
 - Heterozigotluk kaybı
 - Kayma mutasyonu
 - Öncül hipermetilasyonu
- APC (5q21) en erken mutasyon—aberran kript oluşumu

Karsinogenez modeli



Herediter Kanser Sendromları

Peutz-Jeghers Sendromu

- Otozomal dominant
- Hamartamatoz polipler, bukkal mukozada ve dudaklarda hiperpigmentasyon
- STK11
- %2-10'unda gis malignitesi olur
- Meme, over, serviks, tiroid, akciğer gibi diğer maligniteler
- Poliplere bağlı kanama ve tıkanıklık?
- Mümkün olan tüm polipler alınmalı (öz 1.5 cm den büyük olanlar)
- 2 yılda bir tarama kolonoskopisi



Familiyal Adenomatöz Polipozis (FAP)

- Otozomal dominant, tüm kolon kanserlerinin %1-2'si
- APC geni (5q21)
- %10-20 hastada aile hik negatif
- Ortalama tanı yaşı 29 (16-50)
- Tanı almış hastada ortalama kanser saptanma yaşı 39
- Gastrik, duodenal, periampüller polipler, desmoid tm, epidermoid kist, osteoma ve beyin tümörleri
- Retina pigment epitelinin konjenital proliferasyonu %75 hastada saptanabilir (CHRPE)

- Gardner Sendromu
- Turcot Sendromu

FAP tedavisi

- Restoratif proktokolektomi ve ileal poş anastomoz (IPAA) veya
- İleorektostomi
- Sulindak-celecoxib
- 30 yaşından sonra her 2 yılda bir üst gis endoskopi

HNPPCC

- Tüm kolorektal kanserlerin %3'ü (1-5)
- Aile hikayesi olan kanserlerin %15'i
- Otozomal dominant
- Genç yaş (ort 44)
- Daha proksimal yerleşimli (%70)
- Daha kötü diferensiye
- Daha sık senkron ve metakron tm görülmesi
- Kötü prognostik faktörlere rağmen uygun cerrahi sonrası prognoz iyi

- Lynch I: daha genç yaşta olan proksimal kolon kanseri
- Lynch II: hem kolorektal hem de ekstrakolonik (endometr, over, gastrik, pankr., üreteral, renal pelvis)
- %85 yaşam boyu kolon kanseri riski

- Lynch sendromundaki asıl hadise DNA onarım mekanizmalarındaki bozukluk
- hMSH2 (chr2p) ve h MLH1 (chr 3p) HNPCC deki vakaların %90'ından sorumludur
- %20 vakada spontan mutasyonlar sonucu gelişir.
- 50 yaş öncesi KRK veya HNPCC ilişkili kanserler Lynch sendromu şüphesini uyandırmalıdır

Amsterdam Kriterleri

1. Üç veya daha fazla yakınında kolorektal kanser,

2. Bunlardan birinin 1. derecede akraba olması,

3. En az 2 nesilde kolorektal kanser görülmesi,

4. Kolorektal kanser gelişen akrabaların birinin 50 yaş ve altında olması.

Modifiye Bethesda Kriterleri

1. Amsterdam kriterlerine uygunluk

2. Senkron ve metakron kolorektal kanserli veya ekstra kolonik kanserli 2 HNPKK'lı hastanın bulunması

3. 1. dereceden KRK'lı akrabanın bulunması

4. 45 yaş altında KRK veya endometriyal kanserli hastalar

5. 45 yaşın altında sağ kolonda kanser ve undiferansiye patoloji bulunması

6. 50 yaşın altında taşlı yüzük hücreli kanser gelişen hastalar

7. 40 yaşın altında Kolorektal adenom tespit edilen hastalar

- Kolon ve rektum adenokarsinoması nispeten yavaş büyüme oranına sahiptir.
- • Kolon kanserinin ortalama doubling time'ı 620 gündür. Bu süre tümör büyüklüğünün ikiye katlanması ve tümörün, semptomlara neden olması için geçen süredir.

Eğer kişi mutasyonu taşıyorsa

- 20 yaşından başlayarak 35 yaşına kadar 2 yılda bir, 35 yaş sonrası yıllık kolonoskopi
- Kadınlarda 25 yaş sonrası vakum küretaj, pelvik usg ve CA-125 seviyesi, yıllık idrar tetkiki ile gross ya da okkült kan aranması

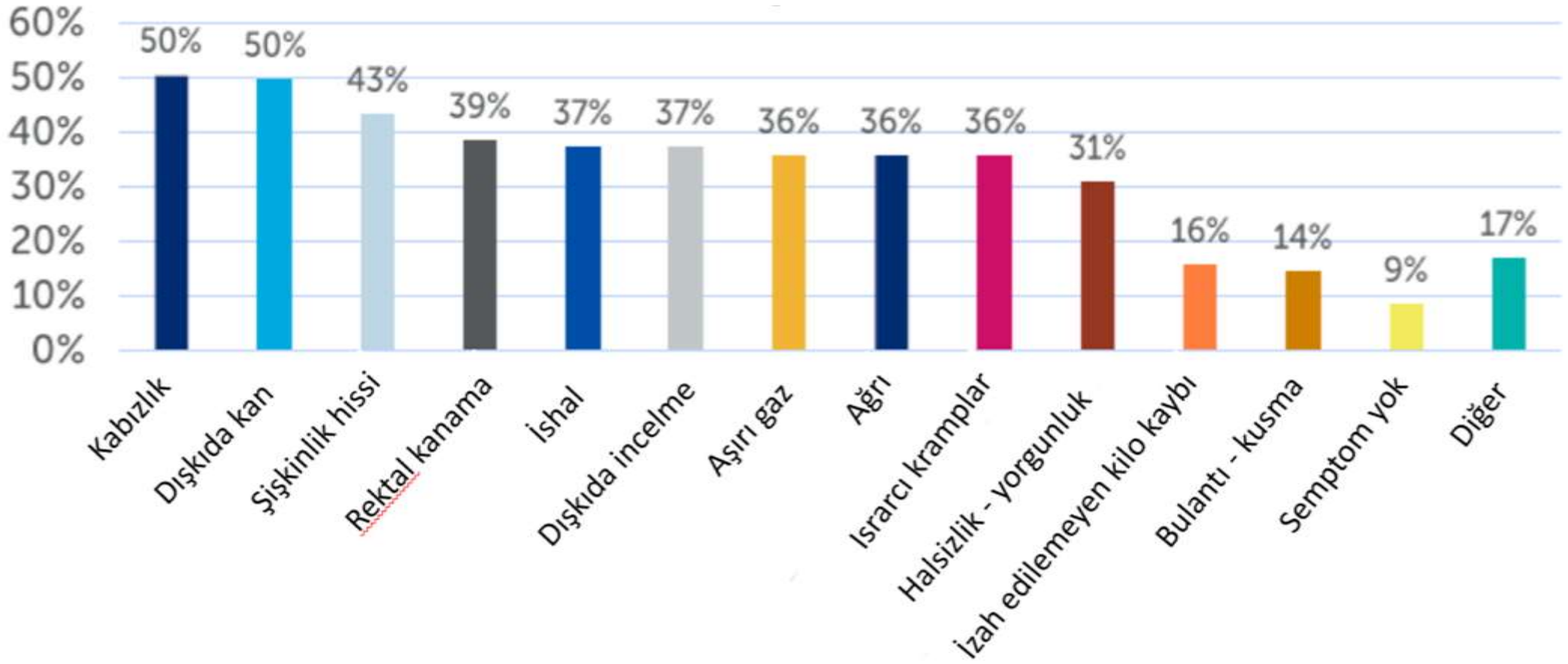
HNPPCC hastasında kanser tespit edilirse

- Abdominal kolektomi ve ileorektostomi tercih edilen yöntem
- Eğer kadınlarda çocuk doğurmayı düşünmüyorsa TAH-BSO önerilmekte.

Sporadik kolon kanseri

- En sık KRK formu
- Kuvvetli aile hik yok
- Son birkaç dekadda sağ kolon yerleşimli tümörlerde artış mevcut
- Tümörlerin yaklaşık %50'si sigmoidoskopi ile taranan bölgenin proksimalinde

Başvuru şikayetleri



Semptom ve bulgular

- Hematokezya
- Siyah katran gibi dışkılama
- Demir eksikliği anemisi
- Sol kolon tm daha çok restriktif--- kabızlık, barsak alışkanlıklarında değişiklik
- Sigmoid tm--- divertikülit taklit edebilir, ağrı ve tıkaçıcı lezyon
- Sigmoid tm olan hastaların %20'sinde divertikülit eşzamanlı olabilir.

Tanı

- Öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin kullanımı
- Hikayede
 - Önceki kolorektal kanser hik. veya adenomatöz polip hik.
 - İnflamatuvar barsak hastalığı
 - Kalıtsal kolorektal kanser sendromları
 - Kolorektal kanser hik. olan 1. derece akraba sorgulanmalıdır

Familial risk	Hayat boyunca kolon kanser riski
Genel popülasyonda	%6
Birinci derecede akrabada kolon kanseri	2-3 kez artmış
İki birinci derecede akrabada kolon kanseri	3-4 kez artmış
50 yaşından önce kolon kanseri tespit edilmiş birinci derecede akraba	3-4 kez artmış
İki ikinci derecede akrabada kolon kanseri	2-3 kez artmış
Bir birinci derecede akrabada adenomatöz polip	2 kez artmış

Fizik muayene

- Ekstraintestinal bulgular görülebilir (peutz-jeghers?)
- Metastatik hastalıkta:
 - Hepatomegali
 - Umbilikal kitle
 - Assit
- Rektal tuşede distal rektum kanseri veya tümörün distal yayılımına bağlı rektal raf hissedilebilir
- Gaita incelemesinde aşıkâr ya da gizli kanama saptanabilir (ileri evrelerde %40 – 80 hastada)

- ***Kolonoskopi*** GGK + saptanan hastalar ve KRK bulgu ve belirtileri ile başvuran hastalarda tercih edilen yöntem.
- Her boyuttaki lezyonu saptamada radyolojik görüntüleme yöntemlerinden daha doğru sonuçlar verir ve klinisyenin patolojik değerlendirme için örnek almasına imkan verir .

Kolonoskopide kitlesel lezyon

- Biyopsi
- Patolojik değerlendirme
- CEA
- Hemogram, biokimya
- Tüm batın+ toraks BT ile metastaz yönünden inceleme
- Eğer yapılmamışsa tam kolonoskopi

Histopatolojik Sınıflama

- Adenokarsinom
- Müsinöz adenokarsinom
- Taşlı yüzük hücreli karsinom
- Küçük hücreli karsinom
- Skuamöz hücreli karsinom
- Adenoskuamöz hücreli karsinom
- Medüller karsinom
- İndiferansiye karsinom

Yayılım

3 ana yolla yayılır – Lokal / Lenfatik / Hematojen

Lokal yol-- barsak lümeni ve duvar dışına tümörün lümene dik gelişimi daha fazla – Duodenum, mesane vb yayılım – Ameliyatta lümene ve periton içine dökülerek

Lenfatik yol – Barsak katları tutuldukça lenfatik yayılım olasılığı ↑

Hematojen – En çok KC (portal venle, ~yarısı) – 2. en sık AC – Kemik (%5, başta vertebra) ve beyin (%5)

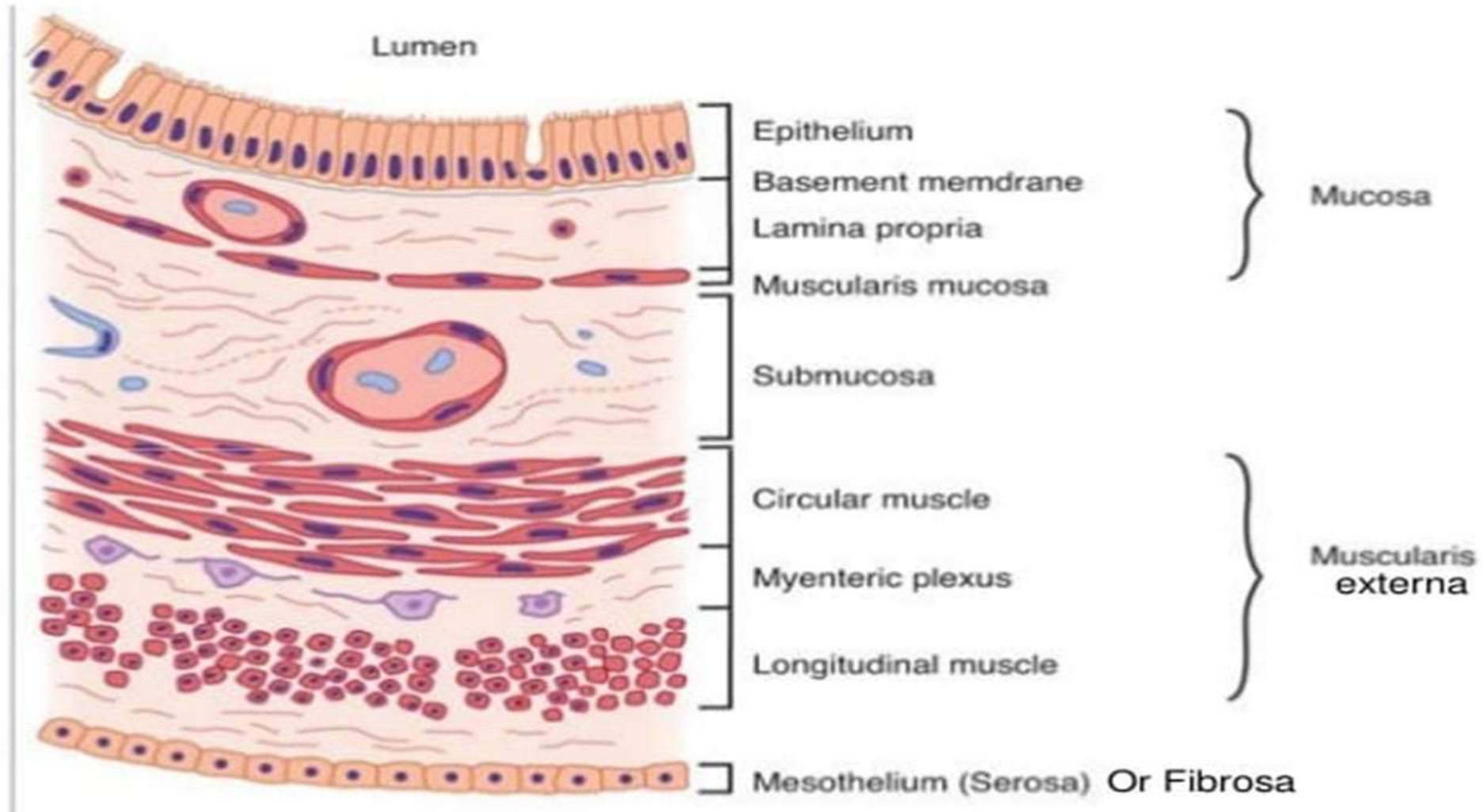


Fig. Organization of the wall of the GIT into functional layers

DUKES- Astler-Coller sınıflaması

Dukes A: barsak duvarına sınırlı

Dukes B: barsak duvarını penetre etmiş

- B1: muskularis propriaya parsiyel penetre
- B2: muskularis propriaya tam penetre

Dukes C: lenf nodu metastazı

- C1: muskularis propriaya kadar gitmiş fakat geçmemiş, LN pozitif
- C2: muskularis propriayı geçmiş, LN pozitif

Dukes D: uzak metastaz

TNM

T1 submukozaya taşmış

T2 kas tabakasına taşmış

T3 subserosaya taşmış

T4 çevre organlara invaze

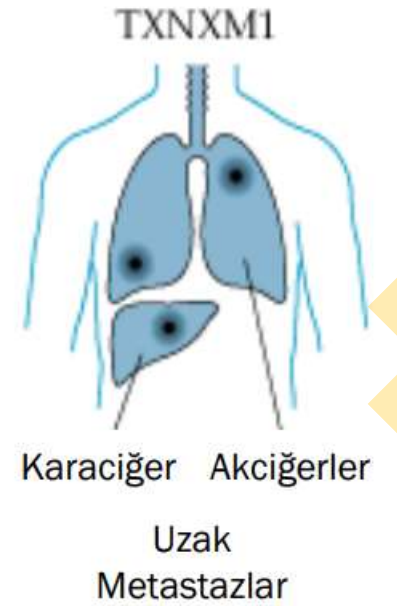
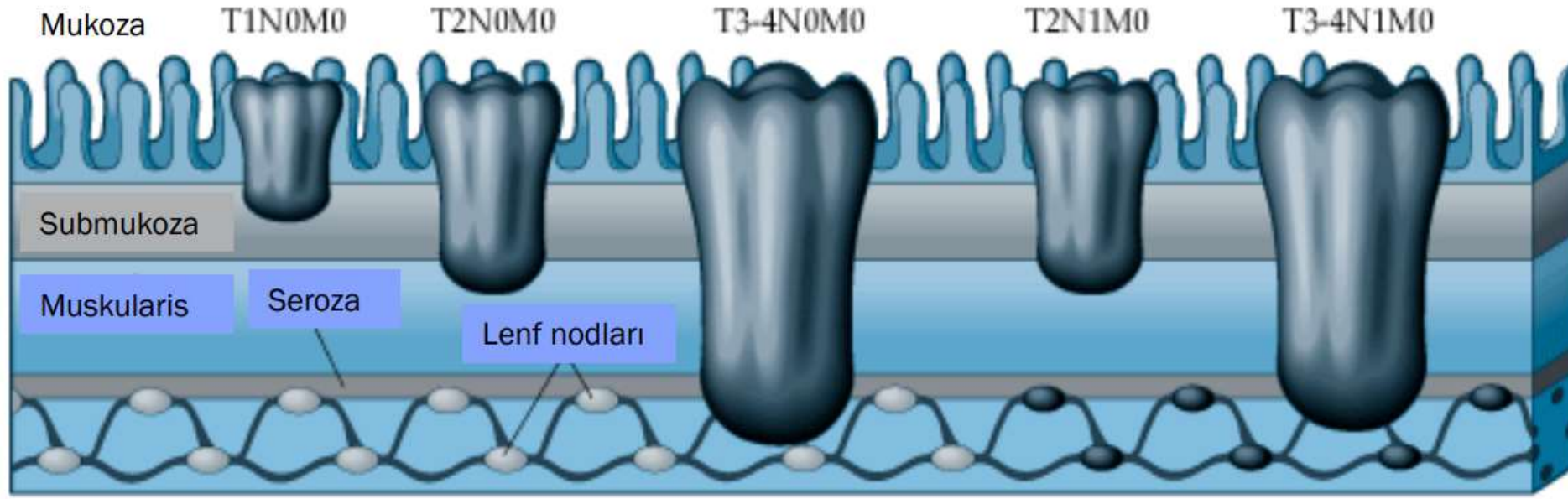
N1- 1-3 lenf nodu

N2- 4 veya daha fazla lenf nodu

N3- santral lenf nodları

M0- metastaz yok

M1- uzak metastaz



TNM evresi	Tanım
T1N0M0	Submukozayı geçmeyen infiltrasyon
T2N0M0	Kas tabakası tutulumu; kolon duvarı infiltrasyonu yok ve lenf nodu tutulumu yok
T3-4N0M0	Kolon duvarına yayılım; lenf nodu tutulumu yok
T2N1M0	Kas tabakası tutulumu; kolon duvarı infiltrasyonu yok; lenf nodu tutulumu
T3-4N1M0	Kolon duvarına yayılım; lenf nodu tutulumu
TXNXM1	Uzak metastazlar

Kolon-Rektum Tümörlerinde Amerikan Ortak Kanser Komitesi 8. Basım Evrelemesi ve Amerikan Patologlar Akademisi Protokolündeki Değişiklikler ve Güncellemeler

Changes and Updates in Staging Colorectal Carcinomas at American Joint of Cancer
Commitee and Cancer Reporting Protocol of College of American Pathologists

Nevra DURSUN¹, Esra PAŞAOĞLU²

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

Ann Surg Oncol (2018) 25:1454–1455
<https://doi.org/10.1245/s10434-018-6462-1>

Annals of
SURGICAL ONCOLOGY
OFFICIAL JOURNAL OF THE SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY



EDITORIAL – COLORECTAL CANCER

AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer

Martin R. Weiser, MD

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY

AJCC (American Joint Committee on Cancer)

- Evre I: T1-T2, N0, M0 %90 5 yıllık sürvi
- Evre IIa: T3, N0, M0 }
IIb: T4, N0, M0 } %75 5 yıllık sürvi
- Evre IIIa T1-2, N1, M0
IIIb T3-4, N1, M0 }
IIIc Th, N2, M0 } %50 5 yıllık sürvi-- +Ctx %67
- Evre IV Th, Nh, M1 <%5 5 yıllık sürvi

	Açıklaması
Primer Tümör (T)	
TX	Primer tümör değerlendirilemedi
T0	Primer tümör izlenmedi
Tis	Karsinoma insitu (intramukozal karsinom; lamina propria veya tam kat geçmeksizin muskularis mukoza invazyonu)
T1	Submukoza invazyonu yapmış tümör
T2	Muskularis propriya invazyonu yapmış tümör
T3	Tümör muskularis propiayı geçerek perikolorektal yağlı doku invazyonu yapıyor
T4	Tümör visseral periton veya komşu organ veya yapılara yapışık veya invazyon yapıyor
T4a	Tümör visseral periton invazyonu yapıyor (tümör makroskopik perforasyon yapıyor ve inflamasyonla birlikte direkt tümör invazyonu)
T4b	Tümör direkt olarak komşu organ veya yapılara yapışık veya invaze ediyor

Bölgesel Lenf Nodları (N)	
NX	Değerlendirilemedi
N0	Lenf nodu metastazı yok
N1	1-3 bölgesel lenf nodunda metastaz var (lenf nodu içindeki tümör 0.2mm) veya tüm lenf nodlarının negatifliği halinde herhangi sayıda tümör depoziti varlığı
N1a	1 bölgesel lenf nodu pozitif
N1b	2-3 lenf nodu pozitif
N1c	Pozitif lenf nodu yok, ancak aşağıdaki alanlarda tümör depoziti var • Subseroza • Mezenter • Veya peritonla kaplı olmayan perikolik veya perirektal/mezorektal dokular
N2	≥ 4 bölgesel lenf nodunda metastaz var
N2a	4-6 lenf nodu pozitif
N2b	7 ve üzeri lenf nodu pozitif

Uzak Metastaz	
M0	Görüntüleme yöntemleri ile uzak metastaz yok; örn. Uzak bölge veya organlarda metastaz bulgusu yok (bu kategori patologlar tarafından verilmemelidir)
M1	Bir veya daha fazla bölge veya organda veya peritonda metastaz varlığı
M1a	Peritoneal metastaz olmaksızın bir bölge veya organda metastaz
M1b	Peritoneal metastaz olmaksızın iki veya daha fazla bölge veya organda metastaz
M1c	Tek başına veya uzak organ metastazı ile birlikte periton metastazı

✓	<i>When T is...</i>	<i>And N is...</i>	<i>And M is...</i>	<i>Then the stage group is...</i>
	Tis	N0	M0	0
	T1, T2	N0	M0	I
	T3	N0	M0	IIA
	T4a	N0	M0	IIB
	T4b	N0	M0	IIC
	T1–T2	N1/N1c	M0	IIIA
	T1	N2a	M0	IIIA
	T3–T4a	N1/N1c	M0	IIIB
	T2–T3	N2a	M0	IIIB
	T1–T2	N2b	M0	IIIB
	T4a	N2a	M0	IIIC
	T3–T4a	N2b	M0	IIIC
	T4b	N1–N2	M0	IIIC
	Any T	Any N	M1a	IVA
	Any T	Any N	M1b	IVB
	Any T	Any N	M1c	IVC

- Lokalize kanserlerde cerrahi tedavi ile 5 yıllık beklenen sağkalım %90
- Metastatik tümör haline geldiğinde ise beklenen 5 yıllık sağkalım %20 lere kadar düşmekte

- MULTIPL PRIMER KOLON KANSERİ (SENKRON)
- Hastaların % 5'inde aynı anda 2 veya daha fazla yerde tümör görülür.

- METAKRON TÜMÖR
- Kolon kanseri nedeniyle daha önce rezeksiyon geçiren hastaların % 2.5'unda yeni bir primer tümör görülebilir.

Tedavi

- Kolorektal kanserli hastaların %70 kadarı küratif cerrahi için adaydır.
- Senkron tümörlerin tespiti için cerrahiden önce kolonoskopi yapılmalı
- Metastaz araştırmak için batın tomografisi yeterli.
- Cerrahi öncesi CEA ölçülmeli Cerrahi rezeksiyon sonrası nüks takibinde bu antijen kullanılabilir.
- Takiplerde CEA seviyeleri yükselirse %80-90 nüks vardır.
- CEA ölçümü tarama testi olarak kullanılmaya uygun değildir.
- PET-CT

Tedavi

- Kolorektal kanserlerin % 15-25'inde karaciğerde metastaz vardır.
- Hastaların % 10'u anrezektabldır.
- KÜRATİF TEDAVİ LEZYONUN BÖLGESEL LENF NODLARI İLE BİRLİKTE REZEKSİYONU PROKSİMALDEN EN AZ 8 CM DİSTALDEN EN AZ 5 CM SAĞLAM DOKU İLE REZEKSİYONU

- Cerrahi: Metastaz bulgusu olmayan rezektable tüm tümöral kitlelerin tedavisi cerrahidir. T2,T3,T4 N+
- Kolon Kanserinin Tedavisi : İlk kez 1908 de Moian kanserin organa ait değil organın lenf bezlerine ait olduğunu söyledi ; tümörü ve tümörü besleyen bütün lenfovasküler yapının çıkarılmasıdır.
- Cerrahi Kolektomi lenf nodlarını içine alacak şekilde tek basamak tedavi olarak planlanır Kolektominin genişliği tümörün lokasyonu, arterial beslenmenin durumuna göre planlanır. Cerrahi küratif olarak planlanmalıdır.
- Lenf nodu diseksiyonu : En az 12 adet lenf nodu çıkartılmalı . Lenf nodlarında pozitifliğin artması beklenen sağkalımı düşürmekte.

Cerrahi

- Aynı anda primer tümör ve metastaz
- Önce primer tümör+ KT+ metastazektomi
- Önce metastaz+ KT+ primer tümör

Açık –laparoskopik

- 1248 hastalık COLOR çalışması
- 794 hastalık CLASSIC çalışması
- 827 hastalık COST çalışması
- Uzun dönem sağkalım , morbidite ve mortalite arasında fark yok

5 Yıllık Sürvi

A	TÜMÖR BARS AK DUVARINDA SINIRLI	%90
B	BARS AK DUVARINI AŞMIŞ, FAKAT LENF NODU NEGATİF	%65
C	LENF NODU POZİTİF	%30
D	UZAK METASTAZ VEYA ANREZEKTABL GENİŞ YAYILIM	%5

Metastaz

- Primer tümörden ayrı ayrı implantlar oluşması
- Kan - Lenf - Direk invazyon
- Kolorektal kanser de kc met oranı %50-60
- Metastazların %80-90'ı unrezektable (NCCN,2019)

Metastatik Hastalıkta Rezeksiyon

- CEA ve CT taramaları ile çok sayıda izole karaciğer metastazı olan hasta tespit edilmektedir.
- Eğer tek bir hepatik metastaz veya bir lobda çok sayıda metastaz saptanır ve karaciğer dışı yayılım saptanmaz ise bu lezyonların rezeksiyonu seçilecek tedavidir.
- Bu yaklaşım uzun süreli hastalıksız yaşam için tek çaredir ve %25-35 kadar 5 yıllık hastalıksız yaşam sağlar.
- Tedavi edilmeyen tek karaciğer metastazında bile yaşam süresi ortalama 10 ay kadardır.
- Rektum dışındaki kolon tümörlerinde radyoterapinin bir yararı söz konusu değildir.

Tarama

- Her on yılda bir kolonoskopi

veya

- Her yıl dışkıda gizli kan testi ve 5 yılda bir sigmoidoskopi

veya

- Her 5-10 yılda bir çift kontrast kolon filmi

- Ailesinde kolon kanseri, birinci derecede akrabasında adenomatöz polip veya ailesinde 60 yaşından önce Kolorektal kanser hikayesi varsa;
- Tarama kolonskopilerine 40 yaşından itibaren veya erken kanser gelişen aile bireyinin yaşından 10 yıl önce başlanmalı ve 5 yılda bir tekrarlanmalıdır.

Adenomatöz polip tespit edilen hastalarda takip

- Bir cm den küçük tek adenom polipektomi yeterli. Takibe gerek yok.
- Bir cm'den büyük adenomatöz polip tespit edilen hastalarda polipektomi+takip Takipler 3 yılda bir kolonoskopi ile yapılmalı.
- Tekrarlayan kolonoskopiler normal ise daha sonraki takipler orta risk grupları gibi.

Cerrahi Rezeksiyon Sonrası hasta takibi

- Ameliyat sonrası 3-6 ay ve 1. yılda kolonoskopi Anastomoz nüksleri genellikle 2 yıl içinde olur.
- Rektosigmoid ve rektal tümörlerde nüks daha sıktır
- Anastomoz hattındaki nükslerin tanısı çok önemlidir.
- Rezeksiyonları durumunda 5 yıllık yaşam şansı ortalama %50 kadardır.
- CEA ölçümleri 2. ayda ve CT taramaları 3-6 ayda bir yapılmalı
- CEA yükselme saptandığında tümör nüksü %89-93