



Kolorektal Kanserlerde Risk Gruplarına Göre Kolonoskopik Tarama Sonuçlarımız (Pilot Çalışma)

Our Colonoscopic Screening Results According to Risk Groups in Colorectal Cancers (Pilot Study)

© Ozan Şen^{1,2}, © Ayhan Kuzu¹

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Nişantaşı Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Kolorektal kanserlerin büyük bir kısmı önceden var olan bir polip zemininde gelişir. Tarama testlerinin yaygın kullanımı ile kolorektal kanserlerin mortalitesinde azalma olduğu gösterilmiştir. Bu pilot çalışmada amacımız; kolorektal kanserlerde risk gruplarına göre bireyleri taramak ve bu yönde toplum tabanlı bilgilendirme ve tarama programlarının oluşturulmasında öncülük edecek veriler elde etmektir.

Yöntem: Ekim 2004 ile Şubat 2008 tarihleri arasında 358 kişiye tarama amaçlı kolonoskopi yapıldı. Ailesinde kolorektal kanser veya polip hikayesi olan, kendisinde kolorektal polip hikayesi olan bireyler ve hiçbir risk faktörü olmadığı halde gönüllü olarak tarama programına katılmak isteyen 40 yaş üstü bireyler vasat, düşük, orta ve yüksek risk grubuna göre sınıflandırıldı. Daha önceden kolorektal kanser öyküsü, enflamatuvar barsak hastalığı olan bireyler çalışma dışında bırakıldı.

Bulgular: Tarama sonucunda 104 (%29,1) kişide polip, 9 (%2,5) kişide malign görünümlü kitle saptandı. Histopatolojik değerlendirme sonucunda; 67 (%18,7) kişide adenomatöz polip, 26 (%7,3) kişide enflamatuvar polip, 11 (%3,1) kişide malign polip ve 9 (%2,5) kişide invazif kanser saptandı (n=358).

Sonuç: Bu pilot çalışmanın sonuçları toplumun genelini yansıtmasa da, ülkemizde kolorektal polip ve kanser sıklığı yüksektir. Kolorektal kanserlerde, tarama ve erken tanı ile kanser gelişimi olmadan hastalığı küratif olarak tedavi etmek mümkündür. Bu konuda toplumun daha çok bilinçlendirilmesi ve tarama programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanserler, tarama, pilot çalışma, kolonoskopi

ABSTRACT

Aim: Most of the colorectal cancers develop on a pre-existing polyp background. With the widespread use of screening tests, mortality of colorectal cancers has been shown to decrease. Our aim in this pilot study is to screen individuals according to risk groups in colorectal cancers and to obtain data that will lead in the establishment of community-based information and screening programs in this direction.

Method: Between October 2004 and February 2008, 358 people underwent colonoscopy for the purpose of screening. Individuals who had a family history of colorectal cancer or polyp, who had a history of colorectal polyps, and who were over the age of 40 years and wanted to voluntarily participate in the screening program although there were no risk factors were classified as average, low, medium and high risk groups. Individuals with a history of colorectal cancer and inflammatory bowel disease were excluded from the study.

Results: As a result of the screening, polyps were detected in 104 (29.1%) people, and masses with malignant appearance in 9 (2.5%) people. Histopathological evaluation revealed adenomatous polyp in 67 (18.7%) individuals, inflammatory polyp in 26 (7.3%) patients, malignant polyp in 11 (3.1%) patients, and invasive cancer in 9 (2.5%) patients (n=358).

Conclusion: Although the results of this pilot study do not reflect the whole society, the frequency of colorectal polyp and cancer is high in our country. In colorectal cancers, it is possible to cure the disease curatively with screening and early diagnosis before the development of cancer. In this regard, the society should be made more conscious and screening programs should be expanded.

Keywords: Colorectal cancers, screening, pilot study, colonoscopy



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ozan Şen,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
E-posta: ozansen77@hotmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0002-6987-764X
Geliş Tarihi/Received: 30.12.2019 Kabul Tarihi/Accepted: 10.01.2020

Giriş

Kolonorektal kanserler dünyada en sık görülen 3. kanser olup, kansere bağlı ölümlerde erkeklerde 2., bayanlarda 3. sıradadır.^{1,2} Kolorektal kanserlerde yaşam, hastalığın teşhis esnasındaki klinik ve patolojik evresiyle yakından ilişkilidir. Kolorektal kanserlerin 5 yıllık sağkalım oranı, erken tanı konan lokalize hastalıkta %90; rejjyonel yayılım gösteren hastalıkta %40-60; yaygın metastaz durumlarında ise %6 oranında değişmektedir.² Bu da göstermektedir ki kolorektal kanserler erken yakalanır ve tedavi edilirse birçok hastanın bu hastalıktan kaybedilmesi önlenilebilecektir.

Hastalıkları gelişmeden önlemek, erken evrede yakalayabilmek ve başarı ile tedavi edebilmek için sağlıklı bireylerin sağlık kontrolünden geçirilmesine tarama işlemi denir. Tarama testlerinin yaygın kullanımı ile kolorektal kanserlerin mortalitesinde azalma olduğu gösterilmiştir. Kolorektal kanserlerin büyük bir kısmı önceden var olan bir polip (adenom) zemininde gelişmektedir. Klinik çalışmalar ilk kez Vagelstein tarafından tanımlanan adenoma-karsinom modelinden yola çıkarak adenomdan invazif kansere ilerleyişin 8-10 yıllık bir zaman periyodunu kapsadığını göstermiştir.³ Ayrıca çalışmalarda kolorektumda adenomların dağılımı ile karsinom dağılımının paralel olduğu gösterilmiştir.^{4,5} Bu uzun süreçte, toplumda kolorektal kanserlere yönelik tarama testlerinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi ile kanserleşme riski olan poliplerin fazla büyümeden ve kanserleşmeden tespit edilmesi ve bunların erken evrede tedavi edilmesi mümkün olacaktır. Her ne kadar son yıllarda kadınlarda meme ve rahim ağzı, erkeklerde prostat kanseri ile ilgili toplumumuzu bilgilendirmeye yönelik tarama ve erken tanı amaçlı programlar geliştirilmişse de erken tanı ve tedavi ile tamamen küratif olan kolon ve rektum kanseri nedeniyle ülkemizde halen birçok hastanın kaybediliyor olması çok üzücüdür.

Kolonorektal kanser sıklığı 20-39 yaşlar arasında son derece düşüktür. 40-50 yaş arasında önemli oranda artmaya başlar ve olguların %90'dan fazlası 50 yaşından sonra görülür.⁶ Birçok çalışmada birinci derece akrabasında kolorektal kanser hikayesi olan bireylerin kendilerinde de bu kanserin ortaya çıkma riskinin normal popülasyona göre arttığı bildirilmektedir.^{7,8} Tüm kolorektal kanserlerin %10-30'unu ailevi olgular oluşturmaktadır. Ailevi kolorektal kanser vakalarında risk ailede kanser olgusunun görülme yaşı ve etkilenen birinci derece akraba sayısı ile ilişkilidir.⁹ Kolorektal kanser tarama testlerinin kimlere ve hangi zaman aralıklarında yapılacağı kişilerin bulunduğu risk grubuna

göre değişmektedir. Kolorektal kanserlerde tarama amacıyla birçok yöntem kullanılmaktadır. Kolonoskopi, bazı yazarlar tarafından kolorektal kanser tarama programlarında altın standart olarak kabul edilmektedir. Kolonoskopinin tam bir barsak temizliği gerektirmesi, sedasyon gerektirmesi, yapan kişinin eğitilmiş ve tecrübeli olması gerekliliği ve pahalı olması dezavantajlarıdır. Buna rağmen yeterli tecrübe ve bilgiye sahip kişiler tarafından yapılır ise tüm kolon mukozasının değerlendirilebilmesi, saptanan lezyonun çıkarılabilmesi ve histopatolojik örnek alınabilmesi, spesifite ve sensitivitesinin yüksek olması nedeni ile kolorektal kanser mortalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır.^{10,11,12}

Bizim bu çalışmadaki amacımız; kolorektal kanserlerde risk grubuna giren bireyleri taramak ve bu bireylere erken tanı ve tedavi olanağı sağlamaktır. Amacımız bu pilot çalışma sonucunda, risk grubundaki bireylere yönelik toplum tabanlı bilgilendirme ve tarama programlarının oluşturulmasında öncülük edecek veriler elde etmektir.

Gereç ve Yöntem

Ailesinde kolorektal kanser veya polip hikayesi olan, kendisinde kolorektal polip hikayesi olan bireyler ve hiçbir risk faktörü olmadığı halde gönüllü olarak tarama programına katılmak isteyen 40 yaş üstü bireyler vasat, düşük, orta ve yüksek risk grubuna göre sınıflandırıldı. Daha önceden kendisinde kolorektal kanser öyküsü olan, kalıtsal kolorektal kanser öyküsü olan (HNPCC, FAP) veya enflamatuvar barsak hastalığı olan bireyler çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya, Ekim 2004 yılında başlandı ve çalışma üniversite hastanesi genel cerrahi anabilim dalında yürütüldü. Öncelikli olarak çalışmayla ilgili etik kurul onayı alındı. Çalışma çerçevesinde bireylere yönelik tanıtım amaçlı 4 parçadan oluşan bilgilendirme posterleri ve 16 sayfadan oluşan bir broşür hazırlandı (Şekil 1, 2, 3, 4). Gerekli izinler alındıktan sonra hazırlanan posterler hastanenin belirlenen bölgelerine asıldı. Hastanemizde yatarak tedavi gören kolorektal kanserli hastaların yakınlarıyla bire bir görüşülerek tarama programı hakkında bilgi verildi ve tarama programına katılmaları önerildi. Tarama programına yönelik ilgiyi artırabilmek ve daha çok bireye ulaşabilmek için 2008 yılı başından itibaren Ankara'nın çeşitli bölgelerindeki 1. basamak hekimlerine yönelik her ay bilgilendirme toplantıları düzenlendi. Çalışmaya katılan tüm bireylerden çalışmayla ilgili yazılı aydınlatılmış onamları alındı.

Çalışma prospektif olarak yapıldı. Çalışmaya katılan 358 bireye tarama yöntemi olarak kolonoskopi uygulandı.

Kolonoskopi işlemi üniversite hastanesi genel cerrahi anabilim dalı endoskopi ünitesinde randevu yöntemiyle gerçekleştirildi. Tarama programına katılan tüm bireylerle yüz yüze görüşülerek işlem hakkında bilgi verildi ve tüm bireylerden yazılı aydınlatılmış onamları alındı. İşlem öncesi uygulanacak diyet, bağırsak temizliği ve nasıl uygulanacağı bireylere anlatıldı. Ayrıca yazılı bir form şeklinde de bireylere verildi. Kalın bağırsak temizliği için sodyum fosfat (fleet) oral süspansiyonu kullanıldı.

İşlem sırasında Fujinon EC-450 WL5 ve Olympus GIF-100 endoskop kullanıldı. İşlem günü tüm bireyler monitörize edilerek damar yolu açıldı ve premedikasyon için Midazolam (0,03-0,07 mg/kg) + Fentanil (1-3 mikrogram/kg) iv yolla uygulandı. Kolonoskopi sırasında polip saptanan bireylere aynı seansta veya daha sonraki bir seansta polipektomi

yapıldı. Hiçbir hastada işleme bağlı bir komplikasyon (kanama, perforasyon) gelişmedi. Çıkarılan polipler %10'luk formole konularak patoloji bölümüne gönderildi. İşlemden sonra tüm bireyler belirli bir süre dinleme odasında gözetim altında tutuldu. Ayrıca uygulanan sedasyondan dolayı tüm bireylere gerekli uyarılarda bulunularak (belli bir süre araba kullanmamaları, dikkat gerektiren işlerden kaçınmaları) evlerine gönderildi.

Sonuçların Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan tüm bireylerin verileri Microsoft Excel programında kaydedildi ve elde edilen verilerin istatistiksel analizi "SPSS for Windows" yazılım paketinin "11,5" sürümü kullanılarak gerçekleştirildi.

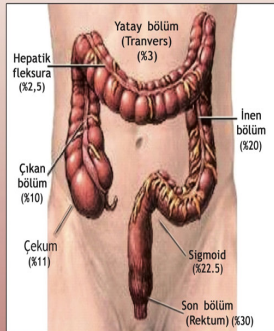
Kalın Bağırsak Kanseri Önlenebilir Bir Hastalıktır!

Kalın bağırsak kanseri ülkemizde sık görülen kanserlerden biridir

T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine (2003) göre kalın bağırsak kanserinin kadın ve erkeklerdeki görülme sıklığı tabloda gösterilmiştir

Kadın	Erkek
1. Meme kanseri	1. Akciğer kanseri
2. Kalın bağırsak kanseri	2. Mide kanseri
3. Mide kanseri	3. Kalın bağırsak kanseri
	4. Mesane (idrar kesesi) kanseri

Kalın Bağırsakta Kanserin Görülebileceği Bölümler:



Kalın bağırsak kanseri bağırsağın makata yakın olan son bölümlerinde daha yüksek oranda görülür

BAĞIRSAK KANSERİ BELİRTİLERİ NELERDİR?

- Makattan kan gelmesi
- Dışkıya kan bulaşması
- Dışkılama alışkanlıklarının değişmesi
- Dışkının incelmesi
- İshal ve kabızlık atakları
- Kanserlik, halsizlik, devamlı yorgunluk hali
- Şişkinlik, aşırı gaz
- İzah edilemeyen kilo kaybı

Bu Belirtilerden Biri Sizde Var mı?

NASIL KORUNURUM?

- Bol lifli gıda tüketin (sebze ve meyve ağırlıklı)
- Kırmızı etten kaçın
- Hayvansal yağlardan kaçın
- Atıştırmayın, düzenli ve yeterli gıda tüketin
- Kilo almayın
- Alkol tüketimini azaltın
- Sigara kullanmayın
- Egzersiz yapın

Bunları Yapabiliyor musunuz?

Kalın Bağırsak Kanseri Önlenebilir Bir Hastalıktır!

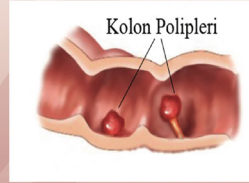
*Kalın bağırsak kanserinin toplumda görülme olasılığı bazı bireylerde yüksektir
Bu nedenle kimlerin risk grubunda olduğunun bilinmesi gerekir*

Kimler Risk Altındadır?

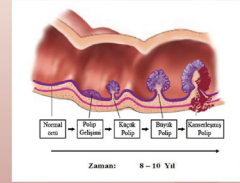
- Ailede ve/veya kendisinde
 - Kalın bağırsak kanseri olanlar
 - Kalın bağırsak polipi olanlar
- 50 yaş üzerindeki bireyler
- Meme, rahim, yumurtalık kanseri olan bireyler
- Üseratif kolit veya Crohn hastalığı olan bireyler (10 yıldan fazla süreli)

KALIN BAĞIRSAK KANSERİNİN KAYNAĞI ÇOĞUNLUKLA POLİPLERDİR!

Polipler kalın bağırsağın iç tabakasının anormal olarak büyümesi ve bağırsak kanalı içine sarkmasıdır.

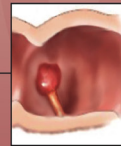


Kalın bağırsaktaki poliplerin görünümü

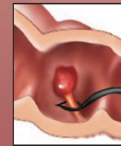


Polipin kansere dönüşümü

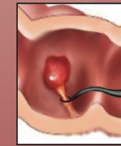
- Kalın bağırsak kanseri poliplerden gelişir.
- Polipler çoğunlukla bir belirti göstermez.
- Bazı polipler kansere dönüşmez.
- Poliplerin hangisinin kanserleşeceği önceden bilinemez.
- Poliplerin çıkarılması kanseri önler.
- Poliplerin çıkarılması gereklidir.
- Polipleri çıkarılan hastaların takibi gerekir.
- Polipler alındıktan sonra tekrar oluşabilir.



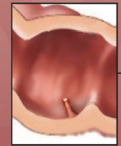
Kolonda Polip



Polipin kementi içine alınması



Polipin kesilerek çıkarılması



Polipin çıkarıldığı bölge

Poliplerin çıkarılması işlemi kolonoskopi sırasında yapılmaktadır.

Bilimsel araştırmalar, poliplerin kanserleşmeden bulunup çıkarılmasıyla kalın bağırsak kanserinin %90 oranında **ÖNLENEBİLDİĞİNİ** göstermiştir.

Polipler alındıktan sonra hastalarda yeniden polip oluşabilir.

Bu hastaların düzenli olarak uzmanlar tarafından izlenmesi gerekmektedir.

Şekil 1. Kolorektal kanserlerde taramanın önemini vurgulayan bireylere yönelik hazırlanan bilgilendirme poster

Şekil 2. Kolorektal kanserlerde taramanın önemini vurgulayan bireylere yönelik hazırlanan bilgilendirme poster

Kalın Bağırsak Kanseri Önlenebilir Bir Hastalıktır! TARAMA TESTLERİ HAYATINIZI KURTARABİLİR !

TARAMA TESTLERİ NELERDİR?

- Dışkıda gizli kan testi
- Sigmoidoskopi ve Kolonoskopi
- Sanal kolonoskopi
- Kalın bağırsak filmi (ilaçlı bağırsak filmi)



TARAMA TESTİNİ NE ZAMAN YAPTIRMALIYIM ?

Herhangi bir probleminiz yokken
Herhangi bir şikayetiniz yokken
Herşey yolunda giderken

TARAMA TESTLERİNİ HANGİ SIKLIKTA YAPTIRMALIYIM ?

Her 10 yılda bir kolonoskopi
veya
Her yıl dışkıda gizli kan testi ve 5 yılda bir sigmoidoskopi
veya
Her 5-10 yılda bir kalın bağırsak filmi

Şekil 3. Kolorektal kanserlerde taramanın önemini vurgulayan bireylere yönelik hazırlanan bilgilendirme poster

Bulgular

Ekim 2004 ile Mart 2008 tarihleri arasında üniversite hastanesi genel cerrahi ana bilim dalı endoskopi ünitesinde 358 kişiye tarama amaçlı kolonoskopi yapıldı. Tarama programına katılanların yaş ortalaması $49,4 \pm 10,2$ ve %53,4'ü kadındı. Bu kişilerden 288'i (%80,4) 40 yaş ve üstü bireylerdi. Taramaya katılan kişiler risk gruplarına göre sınıflandırıldığında; 86 (%24) kişi vasat, 125 (%34,9) kişi düşük, 125 (%34,9) kişi orta ve 22 (%6,1) kişi yüksek risk grubunda bulunmaktaydı.

Çalışma sonunda 104 (%29,1) kişide polip, 9 (%2,5) kişide malignite düşündüren kitle saptandı ve bunlardan biyopsi yapıldı. Taramada polip saptanan 104 (%29,1) kişiden 96'sı (%26,8) 40 yaşın üzerindeydi (%60'ı erkekti) (Tablo 1).

Saptanan poliplerin demografik özellikleri incelendi ve şu sonuçlar elde edildi:

Kalın Bağırsak Kanseri Önlenebilir Bir Hastalıktır!

Basur (Mayasıl) Hastalığı Bağırsak Kanseriye Yol Açar mı?
HAYIR, AMA

Basur (Hemoroid) bağırsak kanserine benzer belirtilere yol açabilir.
Bu belirtiler fark edildiğinde bir doktor tarafından değerlendirilmelidir.

Kalın bağırsak kanseri riskinizi hesaplamak ister misiniz?

Soru 1: 50 yaşın üzerinde misiniz?

Evet Hayır

- Yaş en önemli risk faktörüdür.

- 60 yaş üzeri bireylerin %40'ında en az 1 tane kansere dönüşebilecek polip vardır.

Soru 2: Geçmişte kalın bağırsağınızdan polip veya kanser alındı mı?

Evet Hayır

- Kalın bağırsağınızdan bir kez polip (adenom) aldırınlarda %50 oranında tekrar polip gelişmektedir.

Soru 3: Ailenizde kalın bağırsak polibi veya kanseri var mı?

Evet Hayır

- Kalın bağırsak kanseri bazen kalıtsal olabilir.

- Ailenizde hastalığa yakalanan biri varsa risk artar.

Soru 4: İltihabi bağırsak hastalığınız (Ülseratif Kolit ve Crohn, 10 yıldan daha fazla süreli) var mı?

Evet Hayır

Soru 5: Dışkılama alışkanlığınızda belirgin bir değişiklik oldu mu?

Evet Hayır

- Makattan kan gelmesi ve dışkılama alışkanlığında değişiklik önemli bulgulardır ve araştırılması gerekir.

SORULARDAN BİRİNE CEVABINIZ EVETSE SİZ DE RISK GRUBUNDASINIZ !



RISK GRUBUNDA OLMANIZ KANSER OLDUĞUNUZ ANLAMINA GELMEZ !



HASTALIKTAN KORUNMAK İÇİN TARAMA YÖNTEMLERİNE KATILIN !

Şekil 4. Kolorektal kanserlerde taramanın önemini vurgulayan bireylere yönelik hazırlanan bilgilendirme poster

Tablo 1. Kolonoskopi uygulanan bireylerde tarama sonuçları

Tarama sonucu	Bireyler (Toplam 358)	
	Sayı	%
Patoloji yok	245	68,4
Polip (+)	104	29,1
40 yaş üstü	96	26,8
40 yaş altı	8	2,3
Malign kitle	9	2,5

- Polip Sayısı: 68 (%19) kişide tek polip, 27 (%7,5) kişide 2-4 arası polip ve 9 (%2,6) kişide 4'den fazla polip saptandı.
- Polip Boyutu: Polip boyutu 81 (%22,6) kişide 1 cm'nin altında, 13 (%3,6) kişide 1-2 cm arası ve 10 (%2,9) kişide 2 cm'den büyüktü.

Tablo 2. Risk gruplarına göre kolorektal kanser tarama sonuçları

Risk gruplarına göre tarama sonuçları	Patoloji yok		Polip		Malign polip		Kanser	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
-Vasat risk grubu (n=86)	48	55,8	27	31,4	7	8,1	4	4,7
-Düşük risk grubu (n=125)	89	71,2	30	24	4	3,2	2	1,6
-Orta risk grubu (n=125)	94	75,2	28	22,4	0	0	3	2,4
-Yüksek risk grubu (n=22)	14	63,6	8	36,4	0	0	0	0

Tablo 3. Tarama sonucunda lezyon saptananlarda histopatolojik değerlendirme ve uygulanan tedavi

Patoloji sonucu	Tedavi	
	Polipektomi	Cerrahi
Malign polip (Karsinoma insitu)	5	-
Malign polip (İnvazif kanser)	6	6
Kitle (invazif kanser)	-	9

c. Polip Cinsi: Polip saptanan kişilerde poliplerin; 61'i (%17,1) sesil, 43'ü (%12) saphı yapıdaydı.

d. Poliplerin Lokalizasyonu: Polip saptanan 104 kişide poliplerin lokalizasyonuna bakıldığında; 23 (%6,1) polipin rektum, 53 (%15,2) polipin sol kolon, 20'sinin (%5,6) sağ kolon, 8'inin (%2,2) de transvers kolon yerleşimli olduğu görüldü.

Tarama sonucunda malign görünümlü kitle saptanan 9 (%2,5) kişideki lokalizasyon dağılımına bakıldığında; 3 lezyonun rektum, 5'inin sol kolon ve 1'inin de çekum yerleşimli olduğu görüldü.

Risk gruplarına göre tarama sonuçları değerlendirildiğinde polip saptanan 104 (%29,1) kişinin 34'ü (%32,7) vasat, 34'ü (%32,7) düşük, 28'i (%27) orta, 8'i (%7,6) yüksek risk grubundaydı. Tarama sonucu kitle saptanan 9 (%2,5) kişinin 4'ü vasat, 2'si düşük, 3'ü orta risk grubundaydı (Tablo 2).

Histopatolojik değerlendirmede 67 (%18,7) kişide adenomatöz polip, 26 (%7,3) kişide enflamatuvar polip ve geriye kalan 11 (%3,1) kişide malig polip saptandı. Malign görünümlü kitle tespit edilen 9 (%2,5) kişinin patoloji sonucu kanser (Adeno ca) olarak raporlandı. Patoloji sonucunda kanser saptanan 9 (%2,5) kitlesel lezyonun 8'i sol kolon, 1'i sağ kolon yerleşimliydi. Patoloji sonucunda malign polip olduğu tespit edilen 11 (%3,1) kişinin 6'sına cerrahi tedavi uygulandı (sap invazyonu, lenfovasküler invazyon) 5 kişide karsinoma insitu tespit edildi. Bu kişilerle ek bir tedavi uygulanmadı ve takip önerildi. Ayrıca tarama sonucunda kanser tespit edilen 9 (%2,5) kişiye de cerrahi

tedavi uygulandı (Tablo 3). Patolik inceleme sonucunda bu hastalardan 4'ü evre 2, 5'i evre 3 grubunda yer aldı.

Tartışma

Sağlık Bakanlığının 2007-2008 oniki ildeki kanser kayıt merkezi verilerine göre kolorektal kanserler %7,8 ile kadınlarda 3., ve %7,5 ile erkeklerde 4. sırada yer almaktadır.² Her yıl dünyada yaklaşık 1 milyon yeni kolorektal kanser olgusu bildirilmektedir. Kolorektal kanserlerde yaşam, hastalığın teşhis esnasındaki klinik ve patolojik evresiyle yakın alakalıdır. Epidemiyolojik veriler kolorektal kanserlerin önlenmesi veya sıklığının azaltılmasına yönelik çalışmaların artırılması gerektiğini göstermektedir. ABD'de kolorektal kanser insidansı 1992-1996 yılları arasında tarama testlerinin yaygınlaşması ve kolon poliplerinin erken tespiti ve eksizyonu ile anlamlı bir düşüş göstermiştir (%2,1/yıl).^{13,14} ABD'de kolorektal kanser olgularının %30-40'ını erken evre kanserler oluştururken, bu oran ülkemizde ne yazık ki çok düşüktür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; 1985-2001 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde kolorektal kanser tanısı ile ameliyat edilen 1771 hasta retrospektif olarak incelenmiş ve çalışma sonucunda hastaların %82'sinde ileri evre tümör olduğu tespit edilmiştir.¹⁵ Bu durum tarama testlerinin önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Kolorektal kanserlerin büyük bir kısmı önceden var olan bir adenomatöz polip zemininde gelişir. Adenomatöz polip prevalansı 40 yaş öncesi yaklaşık %20-30 iken, 60 yaşından

sonra %40-50'dir.^{5,6} Kolonoskopik polipektomilerde %2-12, kolorektal rezeksiyon serilerinde %4-9 oranlarında malign poliplere rastlanmaktadır.¹⁶ Bir polipte karsinoma riski %0,8-11 arasında değişir. 5 mm'den daha küçük poliplerde malignite riskinin yok denecek kadar az olduğuna dair genel inancın aksine bir çalışmada 6mm'den küçük poliplerde %4 oranında malignite açısından yüksek risk faktörleri (>25 villöz yapı ve ağır displazi) saptanmış ve çaplarına bakılmaksızın bütün poliplerin tedavi edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.¹⁷

Bugün çoğu çevreler tarafından kolonoskopi, kolorektal kanser tarama programlarında altın standart olarak kabul edilmektedir. Amerika'da yaşları 50 ile 75 arasında değişen 3196 asemptomatik birey üzerinde yapılan kolonoskopik tarama çalışmasında %97 oranında çekuma ulaşıldığı ve işleme bağlı morbiditenin çok düşük olduğu (%0,3) belirtilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerde %38 oranında polip, %1,6 oranında malign polip ve %1 oranında invaziv kanser saptanmış ayrıca distal kolonda hiç lezyon olmayan 48 (%2,7) bireyde proksimal kolonda lezyon saptandığı belirtilmiştir. Çalışma sonunda, kolorektal kanser taramasında tek başına sigmoidoskopi proksimal lezyonları saptaması bakımından yetersiz kalabileceği belirtilmiştir.¹⁸

Bizim çalışmamızda genel popülasyonda polip görülme oranı %29,1 olarak bulunmuştur. Bunların %26,8'ini 40 yaş üstü, %2,3'ünü 40 yaş altı bireyler oluşturmuştur. Çalışma sonucunda tüm popülasyonda %3,1 oranında malign polip, %2,5 oranında kanser tespit edilmiştir.

Kolorektal kanserler ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olmayı sürdürmektedir. Ülkemizde kolon ve rektum kanserleri genellikle ileri evrede tanındıklarından dolayı asemptomatik bireylerin taranması büyük önem taşımaktadır. Geç evrede yakalanan kolorektal kanserli hastaların ameliyat, kemoterapi, radyoterapi, hastanede kalış süreleri ve işlerinden geri kaldıkları dönemler dikkate alındığında sağlık giderlerinin erken evrede yakalanan hastalara göre oldukça fazla olması kaçınılmazdır. Tüm bu veriler göz önüne alındığında geniş katılımlı tarama programlarının hayata geçirilebilmesi için kolorektal kanserli hastalar ile sık karşılaşan hekimlerin de bu konuda bilgili ve hassas olmaları gerekmektedir. Bu konuda, kolorektal kanserlerde kullanılan tarama yöntemlerine doktorların yaklaşımını belirlemek amacıyla 278 hekim üzerinde yapılan bir anket çalışmasında; kolorektal kanserler açısından risk taşıyan bireyler ile en sık karşılaşan branşlardaki uzman hekimlerin bile, kendilerine veya risk taşıyan ebeveynlerine tarama testi

yaptırmada çeşitli nedenlerle ihmalkar davrandıkları ortaya çıkmıştır.¹⁹

Bu ihmalkar davranışın tüm hekimler ve hekim adayları göz önüne alındığında daha yüksek oranlara çıkacağı açıktır. Kolorektal kanser tarama programlarının hayata geçirilmesi ve bu sırada hekimlerin ve hekim adaylarının da daha güncel bilgiler ile aydınlatılması zorunludur.

Sonuç

Bununla beraber bu çalışmanın sonuçları, Türk toplumundaki kolorektal polip, kolorektal kanser dağılım özelliklerini ve sıklığını tam olarak yansıtmamaktadır. Daha yeterli sonuçlar alınabilmesi için tarama programlarının daha geniş ölçekli ve birçok merkezde yürütülmesi ve sonuçların tamamının değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Öncelikli olarak çalışmayla ilgili etik kurul onayı alındı.

Hasta Onayı: Çalışma prospektif olarak yapıldı.

Hakem Değerlendirmesi: Editör kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: A.K., Konsept: A.K., Dizayn: A.K., O.Ş., Veri Toplama veya İşleme: O.Ş., Analiz veya Yorumlama: O.Ş., Literatür Arama: O.Ş., Yazan: O.Ş.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Bu çalışma 28-31 Mayıs 2008 tarihinde Antalya'da gerçekleştirilen Ulusal Cerrahi Kongre'sinde sözlü bildiri olarak yayınlanmıştır.

Kaynaklar

1. Ferlay J, Bray F, Pisoni P, et al. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide<<http://www.dep.iorc.fr/globocan/globocan.htm>>
2. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2006-2008 yılları Türkiye Kanser İnsidansı, www.kanser.gov.tr.
3. Borum ML. Colorectal Cancer Screening. Prim Care 2001;28:661-674, viii.
4. Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton SR, Kern SE, Preisinger AC, Leppert M, Nakamura Y, White R, Smits AM, Bos JL. Genetic alterations during colorectal tumor development. N Eng J Med 1988;319:525-532.
5. SR Hamilton, B Vogelstein, Kudo S, et al. (Eds.), World Health Organization Classification of Tumours, Pathology & Genetics, Tumours of the Digestive System, LARC Pres Lyon 2000 103-147.
6. Markowitz AJ, Winower SJ. Management of colorectal polyps. CA Cancer J Clin 1997;47:93-111.

7. Fante R, Benatti P, di Gregorio C, De Pietri S, Pedroni M, Tamassia MG, Percesepe A, Rossi G, Losi L, Roncucci L, Ponz de Leon M. Colorectal carcinoma in different age groups: a population-based investigation. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1505-1509.
8. Lovett E. Family studies in cancer of the colon and rectum. *Br J Surg* 1976;63:13-18.
9. Rozen P, Ron E. A cost analysis of screening methodology for family members of colorectal cancer patients. *Am J Gastroenterol* 1989;84:1548-1551.
10. Kodner IJ, Fry RD, Felshman JW, Birnboum Elt, Read TE; İn. Schwartz SI(ed.); Colon, Rectum And Anus; Principles of Surgery; Volume II; Mc Crow- Hill Book Company; New York; 1999; 1265-1382.
11. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, Ganiats T, Levin T, Woolf S, Johnson D, Kirk L, Litin S, Simmang C; Gastrointestinal Consortium Panel. Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rotionale - Update based on new exidence. *Gastroenterology* 2003;124:544-5460.
12. St John DJ. Screening for rectal cancer. *Hepatogastroenterology* 2000;47:305-309.
13. Hawley ST, Levin B, Vernon SW. Colorectal cancer screening by primary care physicians in two medical care organizations. *Cancer Detect Prev* 2001;25:309-318.
14. Cancer Facts And Figures 2000; American Cancer Society; 9-11
15. Erkek B, Ozkan N, Bayar S, Genc V, Ekrem U, Kuzu A, Aribal D. Subsite distribution of colorectal carcinoma and implications for screening; a retrospective audit of 1771 cases. *Hepatogastroenterology* 2007;54:77-80.
16. Markowitz AJ, Winower SJ. Management of colorectal polyps. *CA Cancer J Clin* 1997;47:93-111.
17. Church JM. The Clinical significance of small colorectal polyps. ASCRS Annuel Meeting, June 21-26, New orleans, Program Guide and Abstracts 2003; 167.
18. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adult for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000;343:162-168.
19. Altug E, Burhanoglu S, Erkek B, Kuzu A. Kolorektal kanserlerin erken teşhisinde kullanılan tarama testlerine doktorların yaklaşımı. *Güncel Gastroenteroloji* 2002;6:25-28.