

AYDIN BÖLGESİNDEKİ KOLON KANSERLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Dr. Adil Coşkun,¹ Dr. Mehmet Hadi Yaşa,¹ Dr. Özay Ayvaz,¹ Dr. Vahit Yükselen,¹ Dr. Filiz Ergin,² Dr. Ali Önder Karaoğlu¹

¹ Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD, Aydın

² Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Aydın

ÖZET

Amaç: Kolorektal kanserler (KRK) dünyada kansere bağlı mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden birisidir. Bu nedenle Amerikan Kanser Cemiyeti, genel sağlık taramasında; rektal tuşe, sigmoidoskopi ve gaitada gizli kan (GGK) bakılmasını da önermektedir. Çalışmadaki amacımız endoskopi ünitemizde alt gastrointestinal sistem endoskopisinde saptadığımız ve biyopsi ile de tanısı kesinleşen KRK olgularımızın yaş, cinsiyet ve lokalizasyon gibi bazı özelliklerini belirlemektir.

Materyal ve Metod: Endoskopi ünitemizde alt gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan toplam 3204 olgu çalışmaya alındı. Rektosigmoidoskopi yapılan 1376 ve tam kolonoskopi yapılan 1828 olgunun dosyası retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş ve cinsiyetleri ile hangi dekatlarda yoğunlaştığı araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 3204 olgunun 132'sinde (%4,2, n:132) KRK saptandı. Kolorektal kanserlerin

%83,4'ü rektosigmoid bölgede yerleşmişti. Çalışmamıza alınan ve tanısı histopatolojik inceleme ile kesinleşmiş 132 KRK olgusunun 81'i (%61,4) erkek, 51'i (%38,6) ise kadındı. Yaş ortalaması 62±13 (erkeklerde 64±11, kadınlarda 60±15, yaş aralığı: 26-90 yaş) yılı. Olguların en sık görüldüğü yaş aralığı ise %33,3 oranı ile 61-70 yaşlarıydı. Olgularımızın sadece %6,8'i 40 yaşın altındaydı.

Sonuç: Kolon kanseri bölgemizde erkelerde daha sık görülen bir ileri yaş hastalığıdır. Ancak 40 yaşın altında da görülebilmektedir. Olgularımızın büyük bir çoğunluğunda lezyonun rektosigmoid bölgede olduğunu belirledik. Bu nedenle kolonla ilgili şikayeti bulunan ya da GGK pozitifliği, aile anamnezi, izah edilemeyen anemi, hematokezya ve CEA yüksekliği gibi alarm semptomları bulunan kişilerde rektosigmoidoskopik inceleme ile olguların çoğunda erken tanı konulması mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, yaş, cinsiyet, lokalizasyon Nobel Med 2012; 8(2): 22-25

FEATURES OF COLON CANCERS IN AYDIN REGION

ABSTRACT

Objective: Colorectal cancers (CRC) are important causes of morbidity and mortality among all cancers. American Cancer Society recommends digital rectal examination, sigmoidoscopy and fecal occult blood test (FOBT) in general health examinations. Our aim was to determine the age, gender and localization features of the CRC cases diagnosed with lower gastrointestinal system endoscopy at our endoscopy unit and to confirm the diagnosis with biopsy.

Material and Method: Our study included 3204 cases who were underwent lower gastrointestinal system endoscopy at our endoscopy unit. One thousand three hundred seventy-six rectosigmoidoscopy and 1828 total colonoscopy files were screened retrospectively. Age and genders and decade concentration were evaluated.

Results: CRC was diagnosed in 132 cases of 3204 cases (4.2%). 83.4% of the colorectal cancers were located at rectosigmoid region. Of the 132 CRC cases, with definite histopathologic diagnosis, 81 were men (61.4%) and 51 were women (38.6%). Average age was 62±13 (64±11 in men and 60±15 in women, range was between 26 and 90 years). The highest frequent age range was 61-70 with 33.3% rate. Only 6.8% of our cases were younger than 40 years.

Conclusion: Colon cancer is more frequent in older men, in our region. However it can be seen under 40 years of age. In majority of our cases lesion was at rectosigmoid region. So in patients with colon complaints, FOBT positivity, family history, unexplained anemia, hematochezia and high CEA levels, rectosigmoidoscopic examination can lead to an early diagnosis.

Key Words: Colorectal cancer, age, gender, localization Nobel Med 2012; 8(2): 22-25

GİRİŞ

Kolorektal kanser (KRK) dünyada kansere bağlı mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden birisidir.¹ Amerika'da erkek ve kadınlarda en sık görülen üçüncü kanser olan KRK, ölümlerden de ikinci sırada sorumludur.² Ülkemizde 2003 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre akciğer ve meme kanserlerinden sonra üçüncü sırada yer almaktadır ve insidansı 5,41/100.000 olarak bildirilmektedir.³ Kolon kanserlerinin %55-60'ı distal kolonda yerleşmektedir ve erkeklerde biraz daha sık görülmektedir.⁴ Gelişmiş ülkelerdeki insidans gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber sedanter yaşam tarzı, posadan fakir diyet, kalori ve yağdan zengin diyetler gibi birçok nutrisyonel faktör suçlanmaktadır.⁵ Hastalar, hastalığın başlangıç evresinde sıklıkla asemptomatik kaldığı için kolorektal kanserlerin önemli bir kısmı ileri evrede hekime başvurmaktadır.⁶ Çalışmamızda alt gastrointestinal sistem (AGİS) endoskopik incelemelerinde ve histopatolojik incelemede KRK tanısı konmuş olgularımızın yaş, cinsiyet ve lokalizasyona göre dağılımını belirlemeyi amaçladık.

MATERYAL ve METOD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı endoskopi ünitesinde son 5 yılda yapılan AGİS endoskopileri arşivden geriye dönük olarak tarandı. Endoskopi ünitesinde yapılan rektoskopi ve kolonoskopi raporları, hasta dosyaları ve histopatolojik incelemeleri değerlendirilerek, kolorektal kanser tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Şüpheli ya da sa-

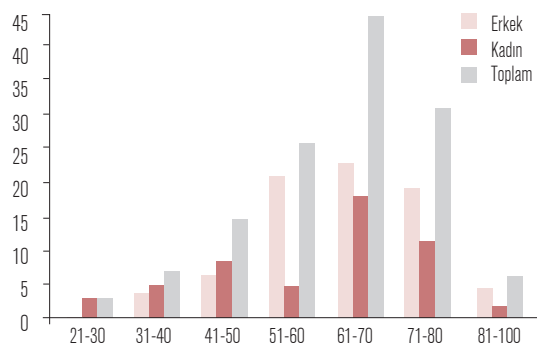
dece displazi olarak değerlendirilen vakalar çalışmaya alınmadı. Endoskopide KRK saptanan ve histopatolojik olarak da malign olduğu doğrulanan lezyonlar yaş, cins ve yerleşim yerlerine göre gruplandı. Kayıtlar SPSS 13.0 programına alındı. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı (%), ortalama±standart sapma (minimum-maksimum) değerleri; gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare ve student's t testi kullanıldı. p<0,05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Endoskopi ünitemizde rektoskopi yapılan 1376 olgunun 45'inde (%3,27) ve kolonoskopi yapılan 1828 olgunun 87'sinde (%4,75) olmak üzere AGİS endoskopisi yapılan toplam 3204 vakanın 132'sinde (%4,2) KRK saptandı. Çalışmaya alınan 132 olgunun 81'i (%61,4) erkek, 51'i ise (%38,6) kadındı. Ortalama yaş 62±13 (erkeklerde 64±11 ve kadınlarda 60±15) olarak bulundu. Yaş aralığımız 26-90'dı. Olgularımızın %6,8'i 40 yaşın altındaydı. Kırk yaş altında KRK tanısı alan vakalarımızın 3'ü erkek, 6'sı kadındı. Tespit edilen kolon kanserlerinin anatomik yerleşimi ve cinslere göre dağılımı Tablo 1'de özetlenmiştir.

Çalışmamızda kolon kanserlerimizin %83,4'ünün rektum ve sigmoid kolonda yerleştiğini tespit ettik. Kadınlarda rektosigmoid bölgede KRK görülme oranı erkeklerden fazla iken, erkeklerde de sağ kolonda KRK görülme oranı kadınlardan daha fazlaydı. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05). Toplam 132 hastanın yaş dekadlarına göre sayısal dağılımı Şekil 1'de görülmektedir. Buna göre KRK'nin en sık görüldüğü yaşlar %33,3 oranı ile 61-70 yaşları →

| Tablo 1: Kolon kanserinin anatomik yerleşim yeri ve cinslere göre dağılımı | | | |
|--|-----------------|-----------------|------------------|
| Yerleşim yeri | Erkek n (%) | Kadın n (%) | Toplam n(%) |
| Rektum | 42 (51,9) | 32 (62,7) | 74 (56,0) |
| Sigmoid kolon | 22 (27,2) | 14 (27,5) | 36 (27,3) |
| İnen kolon | 6 (7,4) | 3 (5,9) | 9 (6,8) |
| Transvers kolon | 7 (8,6) | 2 (3,9) | 9 (6,8) |
| Çıkan kolon | 3 (3,7) | 0 (0) | 3 (2,3) |
| Çekum | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (0,8) |
| Toplam | 81 (100) | 51 (100) | 132 (100) |



Şekil 1. Kolorektal kanser olgularının yaş gruplarına göre sayısal dağılımı

arasıdır. Bunu %23,5 sıklık ile 71-80 yaşlar arası, %20,5 ile 51-60 yaşlar arası takip etmektedir. Olgularımızın %18,2'si 50 yaşın altında, %6,8'i 40 yaş altında, %1,5'i ise 30 yaşın altındaydı.

Yerleşim yeri, yaş dağılımı ve yaşla cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda KRK'li hastalarımızın büyük çoğunluğu (%83,4) rektosigmoid bölge yerleşimliydi. Bu bulgular biraz yüksek olmakla birlikte klasik bilgilerimizle uyumludur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda rektosigmoid bölge yerleşimi %68 ile %78 arasında değişmektedir.⁷⁻⁹ Yapılan bazı çalışmalarda ise KRK'lerde tümörün yerleşim yerinin sağ kolona doğru kayma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir.¹⁰⁻¹¹ Bununla birlikte KRK'lerin sıklıkla rektum ve rektosigmoid bölgede yerleştiğini gösteren birçok yeni çalışma vardır.¹²⁻¹⁵

Özkan ve ark. 1771 olguluk serilerinde rektum lokalizasyonun son yıllarda azaldığını vurgulamışlardır.¹⁶ Bizim çalışmamızda ise rektosigmoid bölgedeki kanser oranında azalma görmedik. Aksine anlamlı olmayan bir artış belirledik. Bu durum beslenme ya da yöresel kaynaklı olabilir.

KRK gelişmesinde yaş da önemli bir risk faktörüdür. KRK'lerin %90'ının 50 yaş ve üzerinde ortaya çıktığı

gösterilmiştir.¹⁷ Çalışmamızda ise olguların yaklaşık %60'ı 60 yaşın, %81,8'i ise 50 yaşın üzerindedir. Olgularımızda yaş ortalaması 62 ± 13 idi. Kullavanijaya ve ark. ortalama KRK görülme yaşını 61, Shaib ve ark. ise 60 olarak bildirmişlerdir.^{12,18} Ülkemizde yapılan iki çalışmada ise Gürsoy ve Özakyol yaş ortalamasını sırasıyla 57 ve 58 bulmuşlardır.^{8,9} Bu çalışmalar karasal iklime sahip ve hayvansal gıda ile beslenmenin ağırlıklı olduğu Kayseri ve Eskişehir'den bildirilmiştir. Bizim olgularımızın ortalama yaşının kısmen yüksek olması Akdeniz tipi diyetle ilgili olabilir.

Tüm KRK olgularının %2-6'sının 40 yaş altında olduğu bildirilmektedir.¹⁹ Griffin ve ark.'nın "National Cancer Institute" verilerine göre yaptıkları değerlendirmede 40 yaş ve üstündeki KRK'li hasta sayısını 106.760, 40 yaş altındaki olguların sayısını ise 1.736 olarak bildirmişlerdir.²⁰ Bu çalışmada sağ kolon tutulumu da 40 yaş altında %27 olarak bildirilmiştir. Savaş ve ark. kolonoskopi yapılan 5165 vakada 314 (%6) olarak belirledikleri KRK'lerin %13'ünün 40 yaş altında olduğunu ve yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde de 40 yaş altında belirgin olarak sağ kolon tutulumu olduğunu saptamışlardır.²¹ Oysa biz 40 yaş altında ve kadınlarda sağ kolon tutulumu görmedik. Kırk yaş altındaki malignite oranımız ise %6,8 idi. Bu olguların da hepsi rektum ve sigmoid kolonda lokalize idi. Duman ve ark. çalışmasında 40 yaşın altındaki KRK oranı %17,8'di ve KRK'lerin %85,5'i rektum ve inen kolon yerleşimliydi.²² Gülten, Gürsoy, Özakyol ve ark. yaptığı çalışmalarda ise 40 yaş altı malignite oranı sırasıyla %18,9, %12, %8, rektosigmoid kolon tutulumu ise sırasıyla %68, %71 ve %66 bulunmuştur.⁷⁻⁹ Bütün bu farklılıklar yöresel beslenme alışkanlıklarından kaynaklanmış olabilir.

KRK'lerin sıklıkla erkeklerde görüldüğü bilinmektedir.²³ Bizim çalışmamızda da E/K oranı 1,6/1 idi. Ancak ilginç olarak 40 yaş altında (6 kadın, 3 erkek) K/E oranımız 2/1 idi. Literatürdeki çalışmalarda 40 yaş altında da erkek üstünlüğü bildirilmiştir.^{9,21,22} Bizim çalışmamızdaki farklılık beslenme, yöresel etkilenme ya da hasta sayımızın az olmasından kaynaklanmış olabilir. Bizim 40 yaş altındaki olgularımızın 7'si rektum lokalizasyonluydu ve kadın üstünlüğü vardı. Bu durum son yıllarda rektum kanserlerinde kadın prevalansının arttığını bildiren çalışmalar ile uyumluydu.¹⁷

Çalışmamızda saptadığımız KRK vakalarının %83'ü (n=110) rektosigmoid bölgede, geri kalanı ise kolonun diğer bölgelerindeydi. Kolonoskopik incelemelerin bütününde rektoskopi ile daha fazla oranda malignite saptandığı göz önüne alınarak, özellikle malign olduğu düşünülen olgularda sigmoid kolondaki lezyonların da gecikmeden yakalanabilmesi amacıyla rektoskopik inceleme yerine fleksible sigmoidoskopi yapılması tercih edilebilir. →

KRK önlenebilen bir hastalıktır. Bu nedenle Amerikan Kanser Cemiyeti, rektal tuşe, sigmoidoskopi ve gaitada gizli kan (GGK) taramasını 40 yaşın üzerinde genel sağlık taraması için önermektedir.²⁴

SONUÇ

Sonuç olarak KRK yaşla artan bir hastalıktır. Loka-

lizasyon ve yaş dağılımı açısından coğrafi farklılıklar görülebilir. Sadece rektosigmoidoskopik inceleme ile bile ülkemizde de olguların birçoğunda tanı konulması mümkündür. Bu nedenle kolonla ilgili şikayeti bulunan ya da GGK pozitifliği, ailede kolon kanseri anamnezi, açıklanamayan anemi, hematokezya ve CEA yüksekliği gibi alarm semptomları bulunan kişilerde öncelikli olarak rektosigmoidoskopi önerilebilir.



| | |
|----------|---|
| i | İLETİŞİM İÇİN: Dr. Adil Coşkun Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD Aydın adilcoskun@gmail.com |
| ✓ | GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 12 / 03 / 2010 • KABUL TARİHİ: 11 / 08 / 2010 |

KAYNAKLAR

1. Bolan CR. Malignant tumors of the colon. In: Yamada T, Alpers DH, Kaplowitz N, Laine L, Owyang C, Powell DW (eds) Textbook of gastroenterology. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003; 940-990.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin 2008; 58: 71-96.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı verileri 2003. 17 Nisan 2003, <http://www.saglik.gov.tr>
4. Luk GD. Malignant tumors of the colon. In: Brandt LJ. Clinical Practice of Gastroenterology (Volume 1). Philadelphia, Current Medicine, Inc. 1999; 762-772.
5. Boyle P, Langman JS. ABC of colorectal cancer: Epidemiology. BMJ 2000; 321: 805-808.
6. Nicholson FB, Korman MG, Stern AI, Hansky J. Distribution of colorectal adenomas: implications for bowel cancer screening. Med J Aust 2000; 172: 428-430.
7. Gülten M, Nak SG, Gürel S, et al. Bursa ve yöresindeki kolorektal adenokarsinomlu olguların epidemiyolojik özellikleri. Bursa Devlet Hastanesi Bülteni 1997; 13: 73-75.
8. Özakoyol AH, Sarıçam T, Şahin A, et al. Kolorektal kanserlerin klinik analizi. Turk J Gastroenterol 1998; 9: 284-287.
9. Gürsoy Ş, Er Ö, Canöz Ö, et al. Kayseri ve yöresinde kolon kanserlerinin özellikleri. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2003; 2: 60-63.
10. Okamoto M, Shiratory Y, Yamaji Y, et al. Relationship between age and site of colorectal cancer based on colonoscopy findings. Gastrointest Endosc 2002; 55: 548-551.
11. Cucino C, Buchner AM, Sonnenberg A. Continued rightward shift of colorectal cancer. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1035-1040.
12. Kullavanijaya P, Rerknimitr R, Amornrattanakosol J. A retrospective study of colorectal cancer patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Med Assoc Thai 2002; 85: 85-90.
13. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, et al. Results of screening colonoscopy among persons 40 to 49 years of age. N Engl J Med 2002; 346: 1781-1785.
14. Singh Y, Vaidya P, Hemandas AK, Singh KP, Khakurel M. Colorectal carcinoma in Nepalese young adults: presentation and outcome. Gan To Kagaku Ryoho 2002; 29: 223-229.
15. Sule AZ, Mandong BM, Iya D. Malignant colorectal tumours: a ten year review in Jos, Nigeria. West Afr J Med 2001; 20: 251-255.
16. Özkan N, Erkek B, Hazinedaroğlu MS, Kuzu MA, Arıbal D. Kolo-rektal kanserlerde lokalizasyon değişiyor mu? MN-Klinik Bilimler & Doktor 2002; 8: 319-325.
17. Bresalier RS. Malignant neoplasms of the large intestine. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH Editors. Gastrointestinal and liver disease, pathophysiology, diagnosis, management. Section ten. Small and large intestine. 8th ed. Philadelphia. Saunders 2006; 2759-2810.
18. Shaib YH, Rabaa E, Qaseem T. The site distribution and characteristics of colorectal adenomas in Hispanics: a comparative study. Am J Gastroenterol 2002; 97: 2100-2102.
19. Minardi AJ Jr, Sittig KM, Zibari GB, McDonald JC. Colorectal cancer in the young Patient. Am Surg 1998; 64: 849-853.
20. Griffin PM, Liff JM, Greenberg RS, Clark WS. Adenocarcinomas of the colon and rectum in persons under 40 years old. A population-based study. Gastroenterology 1991; 100: 1033-1040.
21. Savas N, Dagli U, Akbulut S, Yuksel Q, Sahin B. Colorectal cancer localization in young patients: should we expand the screening program? Dig Dis Sci 2007; 52: 798-802.
22. Duman H, Yılmazlar T, Kaya E, Zorluoğlu A, Kızıl A. Genç erişkinlerde kolorektal kanserler. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1994; 8: 156-159.
23. Johnson DA, Gurney MS, Volpe RJ, et al. A prospective study of the prevalence of colonic neoplasms in asymptomatic patients with an age-related risk. Am J Gastroenterol 1990; 85: 969-974.
24. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. American Cancer Society Colorectal Cancer Advisory Group; US Multi-Society Task Force; American College of Radiology Colon Cancer Committee. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. CA Cancer J Clin 2008; 58: 130-160.