

# Kolorektal Neoplaziden Korunmada Takip Programları

Dr. Ahmet Kemal GÜRBÜZ

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Gastroenteroloji Servisi, İstanbul

**K**olorektal kanser veya adenomatöz polip bulunma ihtimali olan bireylerde uygulanacak tarama testleri yılda bir gaitada gizli kan ve her 5 yılda bir flexible sigmoidoskopi tetkiklerinin gerçekleştirilmesine dayanır. Bu metodlarla yapılacak tarama 50 yaş üzerinde , herhangi bir semptomu ve bu grup hastalıklar açısından ilave bir risk faktörü bulunmayan bireyler (averaj risk grubu) için gerekli ve geçerlidir (1). Bununla beraber bir grup hasta kolorektal kanser açısından normal popülasyona oranla anlamlı derecede artmış riske sahip olup tüm kolonun periyodik olarak tetkik edilmesinden fayda görebilir. Bu gruptaki takip programları kolorektal neoplazi surveyansı olarakta adlandırılabilir ve esasen periyodik kolonoskopik incelemelere dayanır. Kolonoskopi çift kontrast kolon grafisine oranla daha hassas olup şüpheli lezyonlardan biyopsi alınmasına imkan tanır.

## Averaj Risk Grubunda Tarama

### Yöntemleri

Elli yaş üzerindeki grupta yılda bir dijital rektal muayene, gaitada gizli kan testi yapılmalıdır. Bu grupta her 3 – 5 yılda bir sigmoidoskopi ile inceleme çok faydalıdır. Birinci derece akrabalarından birinde kolorektal kanser öyküsü bulunması tarama testlerine daha genç yaş grubunda başlanmasını gerekli kılar (2). Gaitada gizli kan müspetliğinin mevcudiyeti halinde tüm kolonun endoskopik incelemesi gerçekleştirilmelidir. Hekim ve hastalar-

daki, kolon kanserinin onulmaz bir hastalık olduğu ve operasyonun kalan yaşam süresinin konforunu bozacağı konularındaki yanlış inançlara karşı ne kadar yoğun mücadele edilirse averaj risk grubu için önerilen takip programlarına ilgide o oranda artacaktır.

## YÜKSEK RİSK GRUPLARINDA KOLEREKTAL NEOPLAZİ SURVEYANSI

### Familyal Adenomatöz Polipozis

Bu tanıyı almış ailelerde tüm fertler genetik çalışma ile araştırılmalı (3) ve pozitif saptanan vakalar ergenlikten itibaren yılda 1 yahut 2 kez flexible sigmoidoskopi ile adenomatöz poliplerin ortaya çıkıp çıkmadığı hususunda değerlendirilmelidir. Histopatolojik olarak adenomatöz karakterde yüzden fazla polibin saptanması bu sendrom için tanı koydurucudur. Adenomların saptanması halinde kolektomi zamanının belirlenmesi konusu üzerinde durulmalıdır.

### Herediter Nonpolipozis Kolorektal Kanser Sendromu

Kromozom 2,3 ve 7 üzerindeki anormalliklere bağlı olan herediter nonpolipozis kolorektal kanser (HNPCK) sendromunda kolon kanseri gelişimi normal popülasyondaki kolon kanserlerine oranla daha hızlıdır. Kanser gelişiminden önce sınırlı sayıda polip gelişimi karakteristiktir. Bu sendromda ko-

lon kanseri multipl olmaya , erken yaşta ve sıklıkla proksimal kolonda gelişmeye meyillidir. Bazı ailelerde ekstraintestinal kanserlerde (endometrium, over, meme kanserleri) sıklıkla ortaya çıkabilmektedir(4). Herediter nonpolipozis kolorektal kanser tanısı alan aile üyelerine genetik danışma verilip genetik testler uygulandıktan sonra pozitif sonuç saptananlarda 25 yaştan itibaren 2 yılda bir kolonoskopik surveyans uygulanmalıdır (5). Aile öyküsünde kadın cinsine ait genital kanser mevcudiyeti halinde kadın bireylerdeki pelvik kontroller 18 yaşından itibaren başlatılmalıdır.

### **İnflamatuvar Barsak Hastalığı**

Uzun süreli ve kolonu yaygın şekilde tutan ülseratif kolitin kolorektal kansere predispozan bir durum olduğu yaygın kabul görmüştür. Bu hastalıkta mukozal epitelinde zaman içinde neoplastik, displastik değişikliklerin geliştiği ve KRK'in bu alanlarda ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu nedenle kolonu yaygın tutan ve 7-10 senedir devam eden ülseratif kolitli vakalar ile 15 yıldır süren sol kolon tutulumlu vakalarda yılda veya iki yılda bir total kolonoskopi yapılması gerekmektedir (1). Kolonoskopi esnasında şüphelenilen alanların yanısıra her 10cm mesafede random biyopsiler alınması ve bu örneklerin displazi açısından histopatolojik tetkiki yapılmalıdır. Şiddetli displazinin saptanması ve katileştirilmesi halinde hasta profilaktik kolektomiye verilmelidir.

Crohn hastalığında KRK sıklığının artmış olduğuda literatürde birçok çalışma tarafından rapor edilmiş durumdadır (6,7,8). Ülseratif kolite oranla Crohns

hastalığında KRK'in önlenmesi hususunda gösterilen gayretler ülseratif kolit için sarf edilenlere oranla çok daha kısıtlı olmuştur. Yaygın Crohn kolitinin varlığı KRK insidansı için en önemli risk faktörüdür. Hastalık kolonda yamalı tutulum gösterdiği için KRK'in önlenmesini amaçlayan total kolektomi Crohn hastalığı için ülseratif kolitteki kadar geçerli değildir. Crohn hastalığında kolorektal kansere karşı verilecek mücadelede kolonoskopik biyopsi surveyansının ülseratif kolitteki kadar başarılı olması muhtemeldir. Kolonoskopik takipte strüktür alanlarına özel dikkat vakfedilmelidir. Düşük dereceli displazi saptanması halinde 3-6 ayda bir kolonoskopik takip önerilmelidir (9). Crohn hastalığında KRK surveyansına özellikle uzun yıllardır hastalığı süren vakalar dahil edilmelidir.

### **Sporadik Kolorektal Kanser**

Kalıtısal geçişli KRK sendromları haricinde aile fertlerinden birinde KRK öyküsünün bulunması , bu indeks vakasının birinci derece yakınlarında normal popülasyona oranla 2-4 kat artmış bir KRK riskini beraberinde getirir(10). Ailede KRK sıklığı ne kadar fazla ve görülme yaşı ne kadar erken ise bu risk o oranda artar. İndeks vaka tek ve kanser gelişme yaşı ileri ise bu vakanın birinci dereceden yakınları 40 yaştan itibaren standart tarama metodları ile araştırılmalıdır. Ancak ailede birden fazla KRK öyküsünün bulunması yahut erken yaşta gelişmiş KRK mevcudiyeti söz konusu ise o zaman 40 yaştan itibaren her 5 yılda bir surveyans kolonoskopi programı başlatılmalıdır.

### **KAYNAKLAR**

1. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997; 112: 594-642
2. Peipins LA, Sandler RS. Epidemiology of colorectal adenomas. *Epidemiol. Rev.* 1994; 16: 273
3. Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton S, et al. Genetic alterations during colorectal tumor development. *N Eng J Med* 1988; 319: 525
4. Lynch HT, Smyrk TC, Watson P, Lanspa SJ, et al. Genetics, natural history, tumor spectrum and pathology of hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Gastroenterology* 1993; 104: 1535-49
5. Burt RW, Bishop DT, Lynch HT, Rozen P, Winawer SJ. Risk and surveillance of individuals with heritable factors for colorectal cancer. *Bull WHO* 1990; 68: 655-65
6. Ekblom A, Helmick C, Zack M, et al. Increased risk of large-bowel cancer in Crohns disease. *Cancer* 1991; 67: 2015-9
7. Fireman Z, Grossman A, Lilos P, et al. Intestinal cancer in patients with Crohns disease. A population study in central Israel. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24: 346-50
8. Gillen CD, Andrews HA, Prior P, et al. Crohns disease and colorectal cancer. *Gut* 1994; 35: 651-5
9. Porter JB, Walker AM, Jick H. Cancer of the breast, colon, ovary, and testis in the United States : Rates 1970-1978 from a hospital reporting system. *Am J Public Health* 1984; 74: 585
10. Fuchs CS, Giovannucci EL, Colditz GA, Hunter DJ, et al. A prospective study of familial history and the risk of colorectal cancer. *N Eng J Med* 1996; 334: 82-7