Kolon kanseri ve kolonoskopinin önemi

Özel TOBB ETÜ Hastanesi Gastroenteroloji Uzmanı Prof. Dr. Selim Karayalçın, "Kolon kanseri gelişmeden polip döneminde hastaya kolonoskopi ile tanı konulur ve polip çıkartılarak kanser olması engellenebilir" dedi.

Kanser tanısında erken tanı hayatı kurtarır. Erken tanı koyabilmek için belirtiler oluşmadan risk altındaki kişileri taramak gerekir. Kanserler arasında bu açıdan en başarılı olunan kolon kanseridir. Burada daha kolon kanseri gelişmeden polip döneminde hastaya kolonoskopi ile tanı konulur ve polip çıkartılarak kanser olması engellenebilir. Diğer taraftan yine belirtiler olmadan kolonoskopi ile yapılan taramada erken dönemde bir kanser yakalanabilir ve operasyon ile hayat kurtarılabilir.

Özel TOBB ETÜ Hastanesi Gastroenteroloji Uzmanı Prof. Dr. Selim Karayalçın da bu hastalıkla ilgili deneyimlerini bizimle paylaştı.

Kolonoskopi işleminde tüm kalın bağırsaklar ile ince bağırsakların son 20 cm'lik kısmı "kolonoskop" (anal bölgeden içeri sokulan parmak kalınlığında bir endoskop) adı verilen bir alet ile incelenir. Standart işlem 20 dakika olup ek işlemlerin (polip çıkartılması) araya girmesi ile 60 dakikaya kadar uzayabilir. Emniyetli bir işlem olup hasta rahatı için uygun ilaçlar ile konforlu bir şekilde yapılabilmektedir. İşlemin başarılı olması için bağırsakların uygun bir şekilde temizlenmesi en önemli ön hazırlıktır.

Kalın bağırsak hastalıklarının tanısında en değerli işlem kolonoskopi olup alternatifi yoktur. Önceleri bu amaçla "baryumlu kolon filmi" çekilirken kolonoskopinin yaygınlaşmasından sonra terk edilmeye başlamıştır. Yeni olarak "BT ile sanal kolonoskopi" ve "kapsül kolonoskopi" uygulanmakla beraber hiçbiri kolonoskopinin yerini alamamıştır.



Özel TOBB ETÜ Hastanesi Gastroenteroloji Uzmanı Prof. Dr. Selim Karayalçın

Kolonoskopinin diğer yöntemlerden üstünlüğü hastalıkları en detaylı şekilde görebilmesi yanında işlem sırasında biyopsi alınabilmesi ve gerektiğinde tedavi (poliplerin çıkartılması gibi) yapabilmesinde yatmaktadır.

Kolonoskopi endikasyonları kimlere yapılmalıdır?

Aşağıdaki şikayetler en sık kolonoskopi endikasyonudur:

1- Rektal kanama (dışkılama sırasında kırmızı kan görülmesi) **2-** İshal ve/veya kabızlık (yeni başlayan ve 3 haftadan fazla devam eden) **3-** Sebebi izah edilemeyen karın ağrıları **4-** Halsizlik (kansızlık sebebi demir eksikliği olanlarda)

Aşağıdaki hastalıklar en sık kolonoskopi endikasyonudur;

1- "Kolon kanseri" (kalın bağırsak kanseri) ve polipler **2-** Kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları (Ülseratif Kolit ve Crohn)

3- Kolon divertikülleri

Kolon poliplerinde kolonoskopinin yeri

"Kolon polipleri" kalın bağırsak iç yüzeyinden gelişip bağırsak lümenine doğru büyüyen oluşumlardır (Resim-1). Bunların bir kısmı hiperplastik yapıya sahip olup zararsız iken bir kısmı "adenomatöz" yapıya sahip olup zamanla (5-10 yıl) %5 oranında kanserleşirler. Polipin çapı >1cm ise veya kişide birden fazla polip aynı anda varsa bunlarda kanser riski daha fazladır. Kolon kanserlerinin çoğu işte bu adenomatöz özellik gösteren kolon poliplerinden gelişir. Bu cins polipler 50 yaşlarında toplumun %25, 70 yaşlarında ise %45 kadarında bulunur. Polipler genelde klinik olarak belirti vermediğinden tek tanı yöntemi tarama amaçlı yapılan kolonoskopidir.

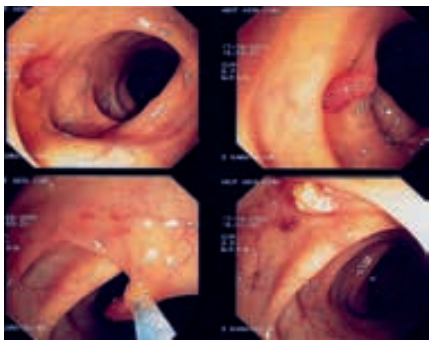
Tüm polipler kolonoskopi sırasında görülünce tamamen çıkartılmalıdır (Resim-2).

Küçük poliplerin bir sonraki kontrolü 3-5 yıl olmalıdır. 2cm.'den büyük polipler veya tamamen çıkartıldığına emin olunamayan poliplerin 2-3 ay sonra tekrar kolonoskopi ile kontrolü gerekir. Kontrolde polip yoksa bundan sonraki kontrol 3 yıl içinde olmalıdır.

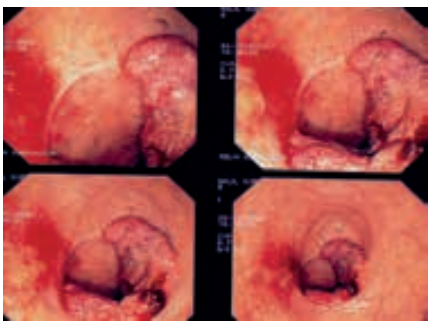
Kolon kanserinde kolonoskopinin yeri

"Kolon Kanseri" erkeklerde (akciğer ve prostat sonrası 3. en sık) ve kadınlarda (meme sonrası 2. en sık) sık görülen ancak önlenebilen bir kanserdir. Ortalama risk altındaki kişilerin hayatları boyunca kolon kanserine yakalanma riski %5'dir ve bu değer 50 yaşından sonra artmaya başlar. Kanser tanısı alan hastaların %90 kadarı tanı anında 50 yaşın üzerindedirler. Amerika'da 1987'den sonra kolon kanserinden ölümler (tanı sonrası hastaların %61 kadarı 5 yıl yaşar) %53 azalmıştır ve bunun tek sebebi kolonoskopi ile kolon poliplerinin çıkartılması ve/veya kanserin erken tanısıdır. Halen ekonomik sebeplerden bu taramaları yapamayan ülkelerde ise kolon kanserinden ölümlerde artış devam etmektedir. Bu sebepten toplumların kolon kanseri açısın-

Fotoğraflar: TOBB Fotoğraf Servisi



RESİM-1: Kırmızı renkli yapı ufak bir polipe aittir. Tespit edilince çıkartılmalıdır (polipektomi)



RESİM-2: Bir polipin kolonoskopide görünümü. Üst karelerdeki resmin sol tarafında 1cm boyutlarındaki kırmızı renkli yapı bir poliptir. Alt karede ise bu yapı özel bir alet ile tutulmuş ve bundan sonraki karede kesilip çıkartıldıktan (polipektomi işlemi) sonra yeri beyaz olarak kalmıştır.

dan önce taranması (screening) ve hastalık tespit edilenlerde ise belirli aralıklar ile takip (surveillance) edilmesi gerekmektedir. Taramaların ve takiplerin hangi yaşta başlayacağı ve ne sıklıkta olup hangi metodlar ile yapılması gerektiği daha çok hastaların kolon kanserine yakalanma riski ile ilgilidir.

Tarama metodları arasından hangisi seçilmelidir?

1- Gaitada gizli kan: Bir "tarama/teşhis" metodu olup hassas imunokimyasal metod ile ve her yıl yapılmalı. Sonuç pozitif gelirse barsaklarda bir problem olduğu düşünülür ve esas tanı için kolonoskopi yapılması gerekir.

2- Kolonoskopi: Bir tarama/önleme metodu olup ortalama risk altındaki kişilere 50 yaşında yapılmalıdır ve çıkan sonuca göre tekrarlama aralığı belirlenir.

Tarama yaşı ve sıklığı ne olmalıdır?

Taranacak nüfusun çok büyük olmasından dolayı en iyisi toplumu kolon kanserine yakalanma riski açısından sınıflandırdıktan (Ortalama risk ve yüksek risk grupları) sonra taramalara uygun yaşta başlayıp uygun aralıklar ile devam etmektir.

Risklerin belirlenmesi için hangi sorular sorulmalı?

a- Daha önceden kolon kanseri veya polibi tanısı aldınız mı?

b- Aile bireylerinde kolon kanseri veya polibi tanısı alan var mı? Varsa kaç kişide ve kaç yaşlarında iken bu tanılar konuldu ?

c- Kronik inflamatuvar barsak hastalığınız var mı?

Bu sorular kişilere 20 yaşından sonra her 5 yılda bir sorulur ve hepsine hayır cevabı verirseniz kolon kanseri açısından "ortalama risk" altındasınızdır. Bir tanesine evet cevabı verirseniz kolon kanseri açısından "yüksek risk" altındasınızdır ve daha erken kolonoskopi tarama programına dahil olmanız gerekir.

Peki "Ortalama risk"altındaki kişiye (şikayeti olmayan ve toplumun büyük çoğunluğu) nasıl tarama yapılmalıdır?

Taramaya 50 yaşında başlanmalıdır.

Taramanın amacı erken tanı-teşhis ise "gaitada gizli kan" metodu önerilir. Hasta açısından çok rahat ve ucuz bir yöntemdir. Pozitif çıkması barsak mukozasında bir hastalık olduğunu düşündürür ve bunun anlanması için kolonoskopi yapılır.

Taramanın amacı hem erken tanı hem de kanser önlenme ise "kolonoskopi" metodu seçilmelidir. Daha zor ve pahalı olmasına rağmen en kesin yöntemdir.

Her iki tarama metodu hakkında hastaya bilgi verilir ve sonuçta hasta kendi tercihini yapar. Kolonoskopi tercih edenlerde ilk inceleme normal çıkarsa 10 yılda bir tekrarlanmalıdır.

"Yüksek risk altındaki kişiye nasıl tarama yapılmalıdır?

Bazı durumlarda yukarda belirtilen standart tarama programı yetersiz kalır. Bu grup hastalarda tarama metodu en hassas olan kolonoskopi tercih edilmeli ve tarama aralığı daha sık yapılmalıdır.

Tarama programlarını değiştirecek kadar yüksek riskli hastalar

A-1: Ailevi "kolon kanseri" sendromları: Bu grup hastalar tüm kolon kanserlerinin %5 lik bir kısmını oluştururlar. Bunlar içinde;

"Ailevi adenomatöz polipozis": Genç yaşta kolonda çok sayıda polipler olarak başlar ve 45 yaşta hastaların hepsinde poliplerden kanser oluşur. Bundan dolayı 10 yaşında ilk kolonoskopik tarama yapılmalı ve her yıl 30 yaşına kadar veya kolektomi yapılana kadar devam etmelidir

"Ailevi kolorektal kanser" (Lynch sendromu) (polip olmadan gelişen kanser): Erken yaşta (30-40) kanser gelişir ve genellikle birden fazla odakta aynı anda başlar. Kanserden önce polip yoktur. Bu hastalarda kolonoskopik tarama 20 yaşında başlamalı ve her yıl tekrarlanmalıdır.

A-2: "Kişide kolon kanseri operasyonu varlığı": Kolon kanserinden başarılı ameliyat olanların %3 kadarında ilk 5 yılda yeni bir odaktan kolon kanseri çıkar. Başarılı ameliyattan 1 yıl ve daha sonraları 2 yılda bir kolonskopi yeni polipler ve/veya erken kanser yakalama amacı ile tekrarlanmalıdır.

A-3: "Kişide kolon polipi varlığı": Daha önceden büyük (≥1cm) ve/veya birden fazla adenomatöz polip çıkartılan hastalarda kolon kanser riski normal popülasyona göre 4-6 kez artar

A-4: "Birinci derece yakınlarda kolon kanser varlığı": Yukarda belirtilen yüksek riskli genetik sendromlar dışında kişinin birinci derece yakınlarında 50 yaş civarlarında kolon kanserinin varlığı bu kişinin kolon kanseri olma riskini normal popülasyona göre 2 kat arttırır.

A-5: "Ülseratif kolit varlığı": Kalın barsağın tümünü tutan ülseratif kolit hastalığında, tanıdan 10 yıl sonra kolon kanseri riski artmaya başlar. Tanıdan 40 yıl sonra ise hastaların %30 kadarında kanser oluşur. Benzer bir hastalık olan Crohn da ise bu oran biraz daha azdır.

Kolon kanserine yakalanma riski yüksek olan bu hastalarda taramalar normal popülasyona göre daha önce (40 yaşta) başlamalıdır, ayrıca aile hikayesinden kanserin veya polibin aile fertlerinde başlama yaşı biliniyorsa bundan 10 yıl çıkartılarak o kişi için kolonoskopi ile ilk tarama yaşı tespit edilebilir. Kolonoskopi tekrarları ise daha sık (1-2 yıl) aralıklar ile yapılmalıdır. Gaitada gizli kan metodu hiçbir şekilde bu grupta kullanılmamalıdır.