Kolorektal Kanserden Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları

Colorectal Cancer Prevention and Responsibilities of Nurse

Gülsüm Nihal ÇÜRÜK[1], Hatice YÜCELER KAÇMAZ[2]

ÖZET

Mevcut birçok tarama ve tanılama yöntemi olmasına rağmen, kolorektal kanserler (KRK), dünya genelinde ve ülkemizde önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. KRK ile ilişkili morbidite ve mortalitenin azaltılmasında tarama yöntemlerinin önemli olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır. KRK'den korunmada bireylere risk değerlendirmesinin yapılması ve bireylerin uygun tarama yöntemlerine yönlendirilmeleri gerekir.

Hemşireler risk değerlendirmesi ve tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmalı ve bu konularda eğitim vermelidir. Kanser kontrolünde hemşire kanseri önleme, kanser tarama ve tanılama programlarında danışmanlık yapma, kanserli bireye bakım verme, birey, aile ve topluma sağlık eğitimi yapma ve araştırma yapma rollerine sahiptir. Uygun KRK tarama yöntemlerinin kullanılması ile KRK ilişkili morbidite-mortalite azaltılabilir ve bireyin yaşam kalitesi artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, Kanserden korunma, Sağlığın geliştirilmesi, Hemşirelik.

ABSTRACT

Colorectal cancers (CRCs) remain a major health care concern in the Turkey as well as globally despite the vast array of screening and detection methods available. There is clear evidence that screening is the key to reducing the morbidity and mortality associated with this disease. Individuals need a risk assessment and recommendation for appropriate screening based on risk and availability.

Nurses should be well informed and have sufficient understanding and knowledge about risk assessment and education about screening. In cancer control, nurses assume multiple roles; preventing, counseling, providing care, conducting health education, and carrying out research. Appropriate CRC screening can ultimately decrease the morbidity and mortality associated with CRC and improve quality of life.

Keywords: Colorectal cancer, Cancer prevention, Health promotion, Nursing.

[1] Yard. Doç. Dr. İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İzmir
[1] Ar. Gör. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

İletişim / Corresponding Author : Gülsüm Nihal ÇÜRÜK, guleser38@gmail.com **Geliş Tarihi /** Received : 25.01.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Kanserle ilgili morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biri olan kolorektal kanser (KRK), evrensel bir sorun olarak nitelendirilmektedir.[1] Dünya genelinde en sık görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer alan KRK, erkeklerde üçüncü, kadınlarda ise en sık görülen ikinci kanser türüdür.[2] Ülkemizde görülme sıklığı erkeklerde yüz binde 22,8 kadınlarda yüz binde 13,8 olup hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır.[3]

Dünya genelinde her geçen gün yükü artan kanserin mortalite, morbidite, tedavi maliyeti, tedavi süresi ve komplikasyonları dikkate alındığında kanserden korunma öncelikli ele alınması gereken konulardan biri olarak değerlendirilmektedir. Premalign bir dönemde tespit edildiğinde tedavi edilebilir bir hastalık olması nedeniyle KRK'da en önemli kontrol stratejisinin korunma ve erken teşhis olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kanserden korunma ve erken teşhis amacıyla birincil korunma ve ikincil korunma programlarının uygulanmasını önermektedir.[4,5,6]

Kolorektal Kanserde Birincil Korunma

Birincil/primer korunma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin etkisinin azaltılmasına dayanan uygulamaları kapsamaktadır. Primer korunmada hedef kitle sağlıklı bireylerdir ve amaç, henüz kansere ilişkin hiçbir belirti, hücre değişimi yokken alınan önlemlerle kanserin oluşumunu engellemektir. Kanserden korunmada önemli yeri olan birincil korunma yaygın kitlelere ulaşması ve ucuz olması bakımından etkili bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.[5,7,8]

Bir hastalıkta birincil düzeyde korunma sağlamak için, kişinin hastalık etkeni ile karşılaşmasının önüne geçilmeli ve kişinin etkenle teması önlenmelidir. Birincil korunma önlemleri risk faktörlerinin kontrolü ve kemoprevansiyon (kimyasal koruma) stratejileri üzerine kurulmuştur.[5,7,9]

a) Risk Faktörlerinin Kontrolü: Tanımlanmış olan risk faktörlerinin kontrol altına alınmasını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanılmasını içermektedir.[10]

Amerikan Kanser Cemiyeti (American Cancer Society-ACS) KRK risk faktörlerini ve rölatif riskleri içeren bir rapor yayınlamıştır. Tablo 1'de bu risk faktörleri yer almaktadır. Tablo 1'e göre risk faktörlerine ait rölatif riskin 1'den fazla olması *yüksek risk*, 1'den az olması *düşük risk* olarak yorumlanmaktadır.[4]

Tablo 1. Kolorektal Kanser Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	Rölatif Risk
Genetik ve Tıbbi Öykü	
Aile Öyküsü	
Bir birinci derece akraba	2,2
Birden fazla akraba	4,0
45 yaşından önce teşhis edilen akraba	3,9
İnflamatuvar Barsak Hastalıkları	
Crohn Hastalığı	2,6
Ülseratif Kolitler	
Kolon	2,8
Rektum	1,9
Diyabet	1,2
Davranışsal Faktörler	
Aşırı alkol tüketimi	1,6
Obezite	1,2
Kırmızı et tüketimi	1,2
İşlenmiş et tüketimi	1,2
Sigara içme	1,2
Riski Azaltan Faktörler	
Fiziksel Aktivite (Kolon)	0,7
Süt ürünleri tüketimi	0,8
Meyve tüketimi	0,9
Sebze tüketimi	0,9
Toplam diyet lifi tüketimi (10 gr/gün)	0,9

American Cancer Society (2014). Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016. American Cancer Society, Atlanta.

Fiziksel aktivite: Kolorektal kanser risk faktörlerinden biri fiziksel aktivitenin yetersizliği ya da olmamasıdır. Yapılan çalışmalarda KRK ile fiziksel aktivite arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur.[11] Dünya genelinde görülen KRK'lerin %10-16'sından yetersiz fiziksel aktivite sorumlu tutulmaktadır.[12] Fiziksel olarak çok aktif kişilerin en az aktif kişilere göre KRK'ya yakalanma riskinin %25 daha düşük olduğu belirtilmektedir.[13] Düzenli

egzersiz yapan bireylerde KRK dahil birçok kanser türünün gelişme riskinin azaldığı bildirilmektedir. ACS kanseri önlemek için günlük aktivitelere ek olarak haftada 150 dakika orta şiddetli, 75 dakika şiddetli aktivitenin haftaya yayılarak yapılmasını önermektedir.[4]

Vücut ağırlığı: Çalışmaların çoğu hem kadınlar hem erkekler için aşırı kilolu ve obez bireylerde KRK insidansının arttığını tespit etmiştir. Normal beden kütle indeksine sahip olunmasının riski azalttığı vurgulanmaktadır.[14]

Sigara ve Alkol: Sigara kullanımı KRK için hem artmış riskle hem de mortalite ile ilişkilendirilmektedir. İlk kullanım yaşı, sigara içme süresi ve yıllık paket sayısı yaşam boyu KRK riskini daha da artırmaktadır.[15] Aynı zamanda sigara adenomatöz polip ve yüksek riskli polip (büyük ve displazik özellikte) gelişimi için de risk faktörüdür.[16] Bu nedenle KRK'den korunmada sigaranın bırakılması önerilmektedir.[4]

Yaşamı boyu günde 2-4 ölçü alkollü içecek tüketen bireylerin günde 1 ölçü ve daha az alkollü içecek tüketen bireylere göre KRK'ye yakalanma riski %23 daha fazladır.[17] Alkol tüketimi KRK'nin daha erken yaşta görülmesinde rol oynarken, distal kolonda görülme riskini de arttırmaktadır.[18,19] Bu nedenle kadınların günde bir, erkeklerin ise günde iki ölçüden fazla alkol alımının kısıtlanması tavsiye edilmektedir.[4]

Beslenme: Kolorektal kanserin önlenmesinde beslenme alışkanlıkları önemli rol oynamaktadır.

KRK riskini azaltmak için sebze ve meyve bakımından zengin bir diyetin önemi vurgulanmakta ve günde en az 4-5 porsiyon sebze ve meyve tüketimi önerilmektedir.[20] Sebze ve meyvelerin içerdikleri vitamin, mineral, karotenoid ve diğer bileşenler nedeniyle kanseri önlemede faydalı olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca sebze ve meyve tüketimi lif ve su içeriği ve tokluk oluşturarak fazla enerji alımının engellemesi bakımından da kilo kaybına katkı sağlamaktadır.[21]

Diyetle alınan yağ miktarı ve kırmızı et ile KRK ilişkisi yoğun bir şekilde araştırılmıştır. Birçok epidemiyolojik çalışma işlenmiş et ve kırmızı etin fazla tüketimi ve kanser insidansı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir. İşlenmiş kırmızı et tüketiminin işlenmemiş kırmızı et tüketimine göre riski daha fazla arttırdığı belirtilmekte, bu nedenle özellikle yağı yüksek ve işlenmiş kırmızı et tüketiminin sınırlandırılması önerilmektedir.[9,22] Mevcut kanıtlar günde yaklaşık 50 gr işlenmiş et ya da 100 gr kırmızı et tüketen bireylerde KRK riskinin %15-20 oranında arttığını göstermektedir.[22] Ayrıca yüksek ısıda ve kömür ızgara ile pişirme işlemi sırasında mutajen ve karsinojen maddelerin açığa çıktığı, bu nedenle pişirme yönteminin de önemli olduğu vurgulanmaktadır.[23]

Farkındalık oluşturma: Kolon kanseri konusunda farkındalığı arttırmak amacıyla çeşitli bilimsel ve sosyal etkinliklerin düzenlendiği Mart ayı KRK'da farkındalık ayı olarak belirlenmiştir.[24]

b) Kemoprevansiyon: Bening ya da malign tümör gelişimini engelleme, geriye çevirme veya önlemede doğal veya sentetik bileşiklerin kullanılmasına kemoprevansiyon denilmektedir.[25,26]

Bazı çalışmalarda aspirin ve diğer non-steroidal anti-enflamatuar ilaçların düzenli kullanımının KRK ve adenamatöz polip gelişimini azaltacağı bildirilmektedir. Özellikle adenoma sahip, yüksek riskli ve familial adenomatöz polipozisli (FAP) bireylerde kullanımının KRK gelişimini önleyebileceği üzerinde durulmaktadır. Bu ajanların 10 yıldan daha uzun süre yüksek dozlarda alımının faydalı olabileceği düşünüldüğü için olası zararları açısından dikkatli değerlendirme yapılması ve doktor önerisi haricinde kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir.[26,27]

Diyetle alınan yüksek lif oranı KRK ve adenom riskini azaltmaktadır. Yapılan bir çalışmada yüksek miktarda tahıl tüketiminin %25-35 oranında KRK riskini azalttığı tespit edilmiştir.[28] Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda sebze ve meyvenin bol tüketimi, KRK riskiyle ters orantılı bulunmuştur.

Diyetle alınan lif, dışkı hacmini ve buna bağlı transit hızını arttırarak intraluminal karsinojenlerin mukoza ile temasını ve barsaktaki karsinojen safra asitlerinin konsantrasyonunu azaltmaktadır.[4]

Kolorektal kanser açısından bir başka muhtemel koruyucu faktör folik asittir. Folik asit ya da folat içeren günlük multi-vitaminlerin KRK riskini azaltabileceği bildirilmekle birlikte bu alanda yeterli kanıt bulunmamaktadır.[21]

Selenyum ve KRK ilişkini araştıran 15 vaka-kontrol çalışması incelendiğinde selenyum içeren gıdaların tüketilmesinin koruyucu yönde etkisi olabileceği bildirilmiştir.[21]

Bir meta-analiz çalışmasında adenom öyküsü olan bireylerde adenomun yeniden ortaya çıkmasını engellemede kalsiyum ve D vitamini takviyesinin etkili olabileceği belirtilmiştir. Günlük 1250 mg üzerinde kalsiyum alan bireyler günde 500 mg ve daha az kalsiyum alan bireylere göre distal kolon kanseri açısından değerlendirildiğinde günlük 1250 mg üzerinde kalsiyum tüketiminin KRK riskinde belirgin azalma sağladığı tespit edilmiştir. Vitamin D alımının ise kalsiyum emilimini artırmasından dolayı etkili olduğu düşünülmektedir. Gastroenteroloji derneği adenom hikayesi olanlarda adenomların tekrar oluşumunu engellemek amacıyla koruyucu olarak kalsiyum alınmasını önermektedir.[21,29,30]

Kolorektal Kanserden Primer Korunmada Hemşireye Düşen Sorumluluklar

Sağlığın korunması ve sürdürülmesinde önemli role sahip olan hemşireler, birincil korunma önlemleri kapsamında riskli bireylerin hastalığı tanımaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmaları konusunda uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Riskli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile risklerini en aza indirebilecekleri unutulmamalıdır. Özellikle KRK için risk oluşturabilecek faktörler konusunda eğitimler düzenlenmeli ve toplumun bilinçli hale gelmesi sağlanmalıdır.[31,32,33]

Bu kapsamda hemşire;

- Bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmasında danışmanlık rollerini yerini getirmeli, ulusal ve uluslararası aktiviteler planlamalıdır.
- Kolorektal kanserin nedenleri ve risk faktörleri hakkında sağlık eğitimi planlamalı ve uygulamalıdır.
- Obezite, fizik aktivite, beslenme ve KRK arasındaki ilişki hakkında sağlık eğitimi planlamalı ve uygulamalıdır.
- Farkındalık programlarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanmasında rol almalıdır.
- Kolorektal kanserlerde primer korunma yöntemleri ile ilgili araştırmalar planlamalı ve sonuçlarını uygulamaya aktarmalıdır.
- Düzenli olarak literatürü takip etmeli ve bilgilerini güncellemelidir.

Kolorektal Kanserde İkincil Korunma

Kanserin erken dönemde belirlenerek etkin tedavi yollarının uygulanması için yapılan çalışmalara *ikincil korunma* adı verilmektedir. Erken tanının söz konusu olduğu ikincil korunmada herhangi bir klinik bulgu yoktur ancak hücresel düzeyde kanser başlamıştır.

İkincil korunmada erken tanı ve tarama yoluyla kanseri erken teşhis edip iyileşme şansını arttırmak, morbidite ve mortaliteyi azaltmak amaçlanmaktadır. Kanserin etiyolojik faktörleri tam olarak aydınlatılamadığı için erken tanı ve tarama programları daha da önem kazanmıştır. Günümüz koşullarında tüm kanser türlerini taramak mümkün olamayacağından kanser taramasında basit, kolay uygulanabilir ve güvenli yöntemlerin kullanılması gerekmektedir.[8,9]

Yüksek insidans ve mortalite oranlarına sahip KRK için erken tanı ve tarama programları önerilmekte ve KRK'dan korunmada en etkili yolun erken tanı ve tarama programları olduğu belirtilmektedir.[32] Dünya Sağlık Örgütü KRK'larda kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasına yönelik toplum tabanlı tarama programları

önermektedir. Ülkemizde KRK taramaları 2013 yılında başlamıştır.[6]

Kolorektal kanserler genelde adenomatöz poliplerin kansere dönüşmesi sonucu gelişir. Bu nedenle KRK'larda tarama testleri iki kategoride incelenmektedir. Birinci kategoride amaç poliplerin tespit edilmesidir. Bu kategoride KRK ve premalignant adenomatöz polipleri belirlemede kullanılan kısmi ya da tam yapısal testler yer almaktadır. İkinci kategoride amaç kanser gelişmişse erken evrede yakalamaktır. Bu kategoride özellikle KRK'yı belirlemede etkili fekal testler yer almaktadır. Uygun şekilde tarama programlarının belirlenmesi ve uygulanabilmesi için kanser risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Bireyler KRK'ya yakalanma risklerine göre '*ortalama*', '*artmış*' ve '*yüksek*' riskli olmak üzere 3 gruba ayrılmakta; tarama yöntemlerinin tipi ve tarama sıklığı bu risk gruplarına göre belirlenmektedir. KRK gelişmesi açısından hiçbir birey sıfır riske sahip olamazken toplumun çoğunluğu ortalama riskli grupta yer almaktadır.[8,9,34]

Ortalama Riske Sahip Bireyler

Kolorektal kanser insidansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. KRK sıklığı 20-39 yaşlar arasında son derece düşükken, 40-50 yaş arasında önemli oranda artmaya başlar. KRK vakalarının %90'ı 50 yaş üzerinde görülmektedir.[35] Bu nedenle ailesinde KRK öyküsü bulunmayan, kolorektal polip ve inflamatuar barsak hastalığı olmayan 50 yaş ve üzerindeki bireyler ortalama riske sahip bireyler olarak değerlendirilmektedir. Tablo 2'de ortalama riske sahip bireyler için tarama önerileri yer almaktadır.[34,36] Ülkemiz koşulları göz önüne alınarak hazırlanan Kolorektal Kanser Tarama Standartlarına göre; ortalama riske sahip bireylere 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopiyi içeren tarama prosedürü uygulanmaktadır.[37]

Ortalama riske sahip olan yetişkinlerde 50 yaşından sonra başlayarak KRK taraması için önerilen alternatifler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Ortalama Riske Sahip Bireylerde Kolorektal Kanser ve Adenomların Erken Tespiti İçin Tarama Önerileri

Adenomatöz Polip ve Kolorektal Kanseri Tespit Eden Testler		
Test	**Sıklığı**	**İşleme Ait Açıklamalar**
Fleksibl sigmoidoskopi (FSIG)	Her 5 yılda bir	• Barsak hazırlığı gerekir (tam ya da kısmi). • Sedasyon kullanılmadığı için işlem sırasında bazı sıkıntılar olabilir. • Az da olsa perforasyon, kanama ve enfeksiyon riski vardır. • Sigmoidoskopinin koruyucu etkisi incelenen kolon bölümü ile sınırlıdır. • Hastalara, sigmoidoskopide pozitif bulgu tespit edildiğinde kolonoskopi uygulanacağı bilgisi verilmelidir.
Kolonoskopi	Her 10 yılda bir	• Tam barsak hazırlığı gereklidir. • Sedasyon kullanıldığında, hastaların testin uygulandığı merkezden transportu için refakatçi gerekir. • Nadirde olsa polipektomi ile ilgili ciddi olabilen perforasyon ve kanama riski vardır.
Çift kontrastlı kolon grafisi (Double-Contrast Barium Enema- DCBE)	Her 5 yılda bir	• Tam barsak hazırlığı gereklidir. • >6mm'lik bir ya da daha fazla polip varsa, kolonoskopi yapılması önerilir. • Riski düşüktür, nadiren perforasyon olguları bildirilmiştir.
Bilgisayarlı Tomografik Kolonografi ya da Sanal Kolonoskopi (Computed tomographic colonography-CTC)	Her 5 yılda bir	• Tam barsak hazırlığı gereklidir. • >6mm'lik bir ya da daha fazla polip varsa, kolonoskopi yapılması önerilir. • Düşük riskli bir uygulamadır, nadiren perforasyon gelişebilir. • Ekstrakolonik anormallikler CTC'de tespit edilebilir ve daha ileri değerlendirmeyi gerektirir.

Tablo 2. Ortalama Riske Sahip Bireylerde Kolorektal Kanser ve Adenomların Erken Tespiti İçin Tarama Önerileri (Devamı)

Kolorektal Kanseri Esas Olarak Tespit Eden Testler		
Gayak bazlı-gaitada gizli kan testi (guaiac-Based Fecal Occult Blood Test-gFOBT)	Yıllık	• Üretici firmanın önerilerine bağlı olarak, evde toplanan 2-3 dışkı örneği gereklidir; klinik ortamda tuşe muayenesi sonrasında toplanan dışkı örneği kullanılmamalıdır.
Fekal immünokimyasal test (Fecal Immunochemical Test-FIT)	Yıllık	• Test sonucu pozitif ise kolonoskopi önerilmelidir. Test sonucunun pozitif olması kolon kanseri ve ilerlemiş neoplazi riskinin arttığını gösterir. • Test sonucu negatif ise, yıllık olarak tekrarlanmalıdır. • Hastalara, bir kez yapılan testin muhtemelen etkisiz olduğu anlatılmalıdır.
Dışkı DNA testi	Sıklığı Belirsiz[32] Her 3 yılda bir[34]	• Yeterli bir test örneği alınmalı ve laboratuvara özel bir sıvı içinde gönderilmelidir. • Pahalı bir testtir, fiyatı diğer dışkı testlerinden oldukça yüksektir. • Test sonucu pozitif ise, kolonoskopi yapılması önerilir. • Test sonucu negatif ise, testin ne zaman tekrarlanacağına ilişkin net bir bilgi yoktur.

Levin B, Lieberman BA, McFarland B, et al. 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. Gastroenterology 2008;134(5): 1570-1595.

Artmış Riske Sahip Bireyler

Bireyin sahip olduğu bazı kişisel ve genetik faktörler KRK görülme riskini daha da arttırmakta bu nedenle de önerilen erken tanı/tarama programlarında bazı değişiklikler söz konusu olmaktadır.[4] Tablo 3'te artmış riske sahip bireyler için KRK tarama önerileri yer almaktadır.[34]

Birinci derece akrabasında 60 yaş ve üzeri tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da daha uzak akrabasında KRK öyküsü olan bireylerin artmış riske sahip olduğu belirtilmektedir. Bu grupta KRK gelişme riski ortalama riskteki bireylere göre iki kat daha fazladır. Bu özelliklere sahip bireyler için ortalama riske sahip olan bireylere uygulanacak tarama testlerinin 40 yaşından itibaren başlaması tavsiye edilmektedir.[34]

Birinci derece akrabasında 60 yaş ve öncesinde tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da birden fazla akrabasında herhangi bir yaşta tespit edilmiş KRK öyküsü olan bireylerde risk daha da artmaktadır. Bu bireylerde KRK gelişme riski ortalama riske sahip bireylere kıyasla 3-4 kat artar. Bu gruptaki bireylere 40 yaşından itibaren ya da aile bireylerinden en genç tanı alan kişinin yaşından 10 yıl öncesinden başlayarak her 5 yılda bir kez kolonoskopi yaptırması tavsiye edilmektedir.[34,36]

Kolorektal polip öyküsü olan bireyler KRK görülme açısından risk taşımaktadır. Kolorektal polip görülmesinin yanı sıra poliplerin türü ve büyüklüğü de bireylerin risk değerlendirmesini değiştirmektedir. Küçük rektal hiperplastik polipler ortalama risk grubunda değerlendirilirken; 1 cm'den büyük adenoma sahip olan bireyler artmış risk grubuna girmektedir ve bu bireylere acil polipektominin ardından 3 yılda bir kez kolonoskopi yaptırması tavsiye edilmektedir.[34]

Tablo 3. Artmış Riske Sahip Bireyler İçin Kolorektal Kanser Tarama Önerileri

Bireyin Risk Düzeyi	Tarama Yaşı	Tarama Önerisi
Aile Öyküsü Olan Artmış Riskli Hastalar		
Bir birinci derece akrabasında 60 yaş ve üzeri tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da daha uzak akrabasında KRK öyküsü olan bireyler	40 yaşından itibaren	Ortalama riskli bireyler için önerilen aralıklarla tarama seçenekleri uygulanır.
Birinci derece akrabasında 60 yaş ve öncesinde tanılanmış KRK/adenomatöz polip öyküsü olan ya da birden fazla akrabasında herhangi bir yaşta tespit edilmiş KRK öyküsü olan bireyler	40 yaşından itibaren ya da aile bireylerinden en genç tanı alan kişinin yaşından 10 yıl öncesinden itibaren	Her 5 yılda bir kolonoskopi
Kolorektal Polip Öyküsü Olan Artmış Riskli Hastalar		
Küçük rektal hiperplastik polipleri olan hastalar	50 yaşından itibaren	Ortalama riske sahip olan bireylere önerilen tarama önerileri
Düşük grade displazili 1 ya da 2 küçük tubuler adenomu olan hastalar	İlk polipektomiden 5-10 yıl sonra	Kolonoskopi
Aşağıdaki özellik/lere sahip hastalar; ● 1-3 arası adenomları olan, ● >1cm'lik 1 adenomu olan, ● Yüksek grade displazili , Villöz özelliklere sahip adenomu olan hastalar	İlk polipektomiden 3 yıl sonra	Kolonoskopi
Tek bir muayene sonucu >10 adenomu olan hastalar	İlk polipektomiden <3 yıl sonra	Kolonoskopi
Piecemeal olarak çıkartılan sesil adenomlu hastalar	Tam olarak çıkartıldığını doğrulamak için 2-6 ay sonra	Kolonoskopi
Kolorektal Kanserli Artmış Riskli Hastalar		
Kolon ve rektum kanseri için küratif rezeksiyon uygulanan hastalar	Rezeksiyondan 1 yıl sonra (ya da kolondaki senkron hastalığı temizlemek için yapılan kolonoskopiden 1 yıl sonra) Eğer cerrahi sırasında rezeke edilemeyen metastazlar bulunmuyorsa, kanser rezeksiyonundan 3-6 ay sonra; alternatif olarak, kolonoskopi intraoperatif olarak da yapılabilir.	Kolonoskopi

Levin B, Lieberman BA, McFarland B, et al. 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. Gastroenterology 2008;134(5): 1570-1595.

Yüksek Riske Sahip Bireyler

Kalıtsal kolorektal sendromu olan bireylerde KRK oluşma riski yüksektir. En yaygın kolorektal sendrom olarak karşımıza çıkan herediter non polipozis kolorektal kanser (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer-HNPCC) tüm KRK'ların %5-6'sını oluşturan dominant geçiş gösteren bir hastalıktır.[38] Genetik ve klinik olarak HNPCC saptanan ve şüphelenilen bireylere 20-25 yaşlarında ya da en genç tanı alan akrabasından 10 yıl öncesinden başlanarak tarama programlarına katılması önerilmektedir. Kalıtsal riski olduğu düşünülen kişilere tarama programının şeklini oluşturmak için genetik test yapılması gereklidir. Ayrıca genetik testlerin yanı sıra her 1-2 yılda bir kez kolonoskopi yaptırılmalıdır.[34,36]

Familial adenomatöz polipozis, çoklu kolon polipleri ile karakterize olan, 40 yaşından itibaren KRK için %100 risk taşıyan, otomozal dominant geçiş gösteren bir sendromdur.[38]

Genetik olarak tanılanmış FAP'lı bireyler ya da genetik test yapılmaksızın FAP'tan kuşkulanılan bireylere 10-12 yaşından itibaren genetik anomali taşıyıp taşımadığını belirlemek için yıllık fleksible sigmoidoskopi ve genetik testlerin gerekliliği konusunda danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. Genetik testlerin pozitif çıkması durumunda ise kolektomi önerilmektedir.[34]

Kronik ülseratif kolit ve crohn hastalığı gibi inflamatuar barsak hastalığı olan bireyler yüksek riske sahip grupta yer almaktadır. Sol alanda kolit başlangıcından 12-15 yıl, kolonda tam tutulum (pankolit) başlangıcından 8 yıl sonra KRK oluşma riski başladığı için bu bireylere kolonoskopi ile birlikte biyopsi yapılması önerilmektedir. Ayrıca bu hastalar, her 1-2 yılda bir inflamatuar barsak hastalığının yönetimi konusunda gerekli merkezlere sevk edilmelidir. Yüksek riske sahip bireyler için kolorektal kanser tarama önerileri Tablo 4'de yer almaktadır.[34]

Tablo 4. Yüksek Riske Sahip Bireyler İçin Kolorektal Kanser Tarama Önerileri

Risk Kategorisi	Başlama Yaşı	Tarama Önerisi
Lynch sendromu saptanan ya da şüphelenilen bireyler	20-25 yaşlarında ya da en genç tanı alan akrabasından 10 yıl öncesinden itibaren	Her 1-2 yılda bir kolonoskopi yapılmalı ve genetik testlerin gerekli olup olmadığı konusunda danışmanlık sağlanmalı
FAP tanısı olan ya da şüphelenilen bireyler	10-12 yaşından itibaren	Genetik anomali taşıyıp taşımadığını belirlemek için yıllık FSIG yapılmalı ve genetik testlerin gerekliliği konusunda danışmanlık sağlanmalı
İnflamatuar Barsak Hastalıkları, Ülseratif Kolit ve Crohn olan bireyler	Kanser riski, sol taraflı kolitin başlangıcından 12-15 yıl sonra ya da pankolitin başlangıcından 8 yıl sonra önemli olmaya başlar	Displaziyi araştırmak için yapılan biopsilerle birlikte kolonoskopi yapılmalı

Levin B, Lieberman BA, McFarland B, et al. 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. Gastroenterology 2008;134(5): 1570-1595.

Kolorektal Kanserden Sekonder Korunmada Hemşireye Düşen Sorumluluklar

İnsanların yaşamlarını engelleyecek sağlık problemleri olmadığı sürece genel sağlık kontrolünden geçmedikleri unutulmamalıdır.[39] İyi bir iletişimle, güven duygusu sağlayabilen sağlık profesyonelinin önerisi bireyi sağlığını koruma yönünde harekete geçirecektir.[9] Bu kapsamda hemşire;

- Fizik muayene ve topladığı veriler ışığında, rehberler göz önünde bulundurularak bireyin risk değerlendirmesini yapmalı ve bireyi uygun olan KRK erken tanı/tarama testlerine yönlendirmeli ve katılımı konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Topluma, özellikle de risk altında olan gruba KRK ile ilgili tarama programları ve taramaların önemi hakkında sağlık eğitimleri düzenlemelidir.
- Düzenli olarak literatürü takip etmeli ve bilgilerini güncellemelidir.
- Kolorektal kanserlerde sekonder korunma yöntemleri ile ilgili araştırmalar planlamalı ve sonuçları uygulamaya aktarmalıdır.[9,40]

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya Sağlık Örgütü tarafından evrensel bir sorun olan ve her yıl milyonlarca insanın yaşamının sonlanmasına neden olan kanser vakalarının en az üçte birinin önlenebilir özellikte olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle dünya genelinde her geçen gün yükü artan kanserlerden korunmaya yönelik programların önemi gittikçe artmaktadır[6]. Dünyada sağlık bakım profesyonelleri içerisinde en büyük gruba sahip olan hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusuna gerekli önemi verdikleri takdirde kanser insidansında ciddi düşüşler olması kaçınılmazdır.[31]

Ülkemizde hemşirelerin büyük çoğunluğu tedavi edici hizmetlerde çalışmakta ve bu nedenle klinikte çalışan hemşirelere kanserden korunmaya yönelik önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler, sadece sağlıklı ve asemptomatik bireyler için değil, kanser tanısı almış, tedavi sürecinde ya da kanserden kurtulmuş bireylere karşı da sağlığı korunma ve kanseri önlemeye ilişkin sorumlulukları olduğunun farkında olmalıdırlar.[31,32,33]

Önemli hemşirelik sorumluluklarından biri de bireylerin kanserden korunmaya yönelik davranışlarını engelleyen sağlık inançlarını ve algılarını tespit ederek bu çerçevede bireyin sağlık algılarını geliştirebilecek ve korunma yöntemlerine katılımlarını arttıracak programlar düzenlemektir. Sonuçta KRK'dan korunmaya yönelik hemşirelik yaklaşımlarıyla kanserin insan üzerindeki fiziksel, psikolojik, sosyal etkisi önlenmiş olmakta, kişinin yaşam kalitesi artmakta ve sağlığa harcanan maliyet de düşmektedir.[9,41]

KAYNAKLAR

1. Jemal, A., Bray, F., Center, M.M. et al. (2011). Global cancer statistics. CA Cancer J Clin, 61(2): 69-90.
2. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R. et al. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cancer*, 136: 359-386.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Türkiye kanser istatistikleri. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
4. American Cancer Society (2014). Colorectal cancer facts & figures 2014-2016. American Cancer Society, Atlanta.
5. Kılıçkap, S., Aksoy, S., Çelik, I. (2006). Kanserde birincil korunma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 13(2): 57-71.
6. Özkan, S., Keskinkılıç, B., Gültekin, M., Karaca, AS., Öztürk, C., Boztaş, G. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal kanser kontrol planı 2013-2018. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
7. Dos Santos Silva, I. (2009). Cancer epidemiology: principles and methods. IARC, Lyon.
8. Tuncer, M. (2009). Türkiye'de kanser kontrolü. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara.
9. Mahon, S.M. (2009). Prevention and screening of gastrointestinal cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(1): 15-31.
10. World Health Organization (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, Switzerland.
11. Johnson, C,M., Wei, C., Ensor, JE., Smolenski, DJ., Amos, CI., Levin, B., et al. (2013). Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control*, 24(6):1207-1222.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara.
13. Boyle, T., Keegel, T., Bull, F., Heyworth, J., Fritschi, L. (2012). Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 104(20):1548-61.
14. Erarslan, E., Yüksel, I. (2011). Obezite ve gastrointestinal kanser ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*,28(4):203-206.
15. Giovannucci, E. (2001). An updated rewiew of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*, 10:725-731.
16. Botteri, E., Iodice, S., Raimondi, S., Maisonneuve, P., Lowenfels, AB. (2008). Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*,134(2):388-395.
17. Ferrari, P., Jenab, M., Norat, T., Moskal, A., Slimani, N., Olsen, A., et al. (2007). Lifetime and baseline alcohol intake and risk of colon and rectal cancers in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer*, 121: 2065-2072.
18. Zisman, AL., Nickolov, A., Brand, RE., Gorchow, A., Roy, HK. (2006). Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco: implications for screening. *Arch Intern Med*, 166(6):629-634.
19. Bazensky, I., Shoobridge-Moran, C., Yoder, LH. (2007). Colorectal Cancer: An overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *Medsurg Nursing*, 16(1):46-51.
20. American Cancer Society (2015). American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. Erişim Tarihi: 04.11.2015, http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002577-pdf.pdf
21. The World Cancer Research Fund. (2007). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington.
22. Norat, T., Lukanova, A., Ferrari, P., Riboli, E. (2002). Meat consumption and colorectal cancer risk: Dose response meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer*, 98:241-256.
23. Bastide, NM., Pierre, FH., Corpet, DE. (2011). Heme iron from meat and risk of colorectal cancer: a meta-analysis and a review of the mechanisms involved. *Cancer Prev*, 4:177-184.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 25.11.2015, http://www.bhsm.gov.tr/haber.php?HaberID=1496
25. Ertürk, S. (2010). Kolorektal kanserler: epidemiyoloji, etiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevansiyon. In: Kolon ve Rektum Kanserleri (1.baskı), Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Seçil Ofset, İstanbul, ss 801.

26. Ordu, Ç., Saip, P. (2011). Kanserde kemoprevansiyon. *Klinik Gelişim,* 24:40.
27. Cooper, K., Squires, H., Carroll, C., Papaioannou, D., Booth, A., Logan, RF., et al. (2010). Chemoprevention of colorectal cancer: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 14(32):1-206.
28. Larsson, SC., Giovannucci, E., Bergkvist, L., Wolk, A. (2005). Whole grain consumption and risk of colorectal cancer: a population-based cohort of 60,000 women. *Br J Cancer*, 92:1803.
29. Cho, E., Smith-Warner, SA., Spiegelman, D., Beeson, WL., van den Brandt, PA., Colditz, GA., et al. (2004). Dairy foods, calcium, and colorectal cancer: a pooled analysis of 10 cohort studies. *J Natl Cancer Inst*, 96(13):1015-1022.
30. Wu, K., Willett, WC., Fuchs, CS., Colditz, GA., Giovannucci, EL. (2002). Calcium intake and risk of colon cancer in women and men. *J Natl Cancer Inst*, 94:437.
31. Yarbro, CH., Wujcik, D., Gobel, BH. (2011). Cancer Nursing: Principles and Practice (7 nd ed), Sudbury, Jones and Barlett publ. p 1931.
32. Kanbur, A., Capık, C. (2011). Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18:61-72.
33. Varricchio, CG. (2004). A Cancer Source Book for Nurses (7 nd ed), Sudbury, Jones and Barlett publ. p 583.
34. Levin, B., Lieberman, BA., McFarland, B., Smith, RA., Brooks, D., Andrews, KS., et al. (2008). 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. *Gastroenterology*, 134(5): 1570-1595.
35. Kalaycı, G. (2002). Kolon Kanserleri, Genel Cerrahi, Nobel Tıp Kitabevi Istanbul, ss 1343-1359.
36. Rex, DH., Johnson, DA., Anderson, JC., Schoenfeld, PS., Burke, CA., Inadomi, JM. (2009). American College of Gastroenterology guidelines forn colorectal cancer screening 2009. *Am J Gastroenterol*, 104(3):739-750.
37. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı (2015). Kolorektal Kanser Taramaları. Erişim Tarihi: 25.11.2015, http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/879-kolon-kanseri-tarama-program%C4%B1.html
38. Zorluoğlu, A. (2010). Kalıtsal kolorektal kanserler. In: Kolon ve Rektum Kanserleri (1.baskı), Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, Seçil Ofset, İstanbul, ss 801.
39. Nural, N., Akdemir, N. (2004). Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2):1-13.
40. Glaus, A., Rieger, PT. (2006). Early Detection of Cancer. In: Nursing Patient With Cancer (1 nd ed), Kearney N, Richardson A, China, Elsevier, p 167-194.
41. Pınar, G., Algıer, L., Doğan, N., Kaya, N. (2008). Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *International Journal of Hematology and Oncology*, 18(4):208-216.