Ulusal Cer Derg 2014; 30: 67-70
DOI: 10.5152/UCD.2014.2702

Kolorektal kanserde ameliyat bekleme süresine endoskopistin etkisi

The effect of the endoscopist on the wait-time for colorectal cancer surgery

Bora Karip, Yalın İşcan, Birol Ağca, Mahir Fersahoğlu, Timuçin Aydın, Kafkas Çelik, Nuriye Esen Bulut, Kemal Memişoğlu

ÖZET

Amaç: Kolorektal kanserli hastaların ameliyat hazırlık süresine endoskopiyi yapan hekimin uzmanlığının etkisi değerlendirildi.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2011-Şubat 2013 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısı ile ameliyat olan 86 hastanın yaşı, cinsiyeti, tümör yerleşim yeri, kolonoskopi tarihi, ameliyat tarihi, endoskopistin uzmanlığı ve çalıştığı kurumu geriye dönük olarak incelendi. Kolonoskopi ile ameliyat arası geçen zaman ameliyat hazırlık süresi (AHS) olarak hesaplandı.

Bulgular: Toplam 86 hastanın 24'ünün (%27,9) kolonoskopisi genel cerrah (GC), 62'sinin (%72,1) gastroenterolog (GE) tarafından yapılmıştı. Dış merkezde kolonoskopisi yapılmış hastalar çıkartıldığında, merkezimizin AHS 20,4±10,8 gündü. İşlemi yapan uzmana göre gruplandığında GC tarafından kolonoskopisi yapılan hastaların AHS aynı merkez GE'larınca yapılanlardan anlamlı olarak daha kısaydı ($p<0,05$). Hasta yaşı, cinsiyeti ve tümör yerleşiminin AHS'ne etkisi saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Kolorektal kanser hastalarının ameliyata hazırlık süresi işlemi yapan hekimin uzmanlığından etkilenmektedir. Bu sürelerin standardize edilmesi için endoskopi sonrası kanser şüphesi olan hastalarda ortak bir akış şeması oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, kolonoskopi, ameliyat hazırlık süresi

ABSTRACT

Objective: The effect of expertise of physicians who perform endoscopy on preoperative wait-time of colorectal cancer patients was evaluated.

Material and Methods: Data of 86 patients who have been operated with a diagnosis of colorectal cancer from January 2011-February 2013 regarding age, sex, tumor location, colonoscopy date, surgery date, the expertise and institution of the endoscopist were retrospectively examined. The time between colonoscopy and surgery was accepted as the pre-operative wait time (PWT).

Results: From 86 patients, 24 (27.9%) colonoscopies were performed by general surgeons (GS), and 62 (72.1%) by gastroenterologists (GE). When patients who underwent colonoscopy in other centers were extracted, the PWT for our center was 20.4±10.8 days. When grouped according to specialties, the PWT of patients who had their colonoscopy performed by GS was significantly shorter than patients who underwent colonoscopy by GE at the same center ($p<0.05$). Patient's age, sex and location of the tumor had no effect on PWT ($p>0.05$).

Conclusion: The preparation time for surgery in colorectal cancer patients is influenced by the specialty of the physician performing the procedure. In order to standardize this period, a common flow diagram after endoscopy should be established for patients with suspected malignancy.

Key Words: Colorectal cancer, colonoscopy, pre-operative wait time

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Yalın İşcan
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 216 578 30 00
e-posta: yaliniscan@gmail.com

Geliş Tarihi / *Received*: 10.02.2014
Kabul Tarihi / *Accepted*: 13.03.2014

©Telif Hakkı 2014
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine www.ulusalcerrahidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2014 by Turkish Surgical Association
Available online at www.ulusalcerrahidergisi.org

GİRİŞ

Dünya çapında her yıl bir milyon kişiye kolorektal kanser tanısı konulmaktadır. Küratif tedavisi cerrahi olan hastalığın ancak %40'ı erken evrede tanı alabilmekte, genelde bulgular geliştiğinde hastalık ilerlemiş olmaktadır. Tarama programları henüz belirti vermemiş kolorektal kanserleri ortaya koymak amacıyla yapılmaktadır (1). Aynı zamanda bu programların vazgeçilmez unsuru olan kolonoskopi ile prekanseröz lezyonlar da tedavi edilmektedir (2). Bu tarama programlarının başarısında belirleyici faktörler yeterli donanım ve deneyimli endoskopist varlığıdır.

Tüm dünyada gastrointestinal sistem endoskopisi hem gastroenterologlar hem de cerrahlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Gastroenterolog sayısındaki kısıtlılık, büyükşehirler dışında yaşayan halk için, cerrahi endoskopistleri hizmete erişimin tek yolu haline getirmektedir (3). Yapılan geniş incelemelerde, gerek üst gerekse alt gastrointestinal sisteme yönelik işlemlerde, her iki uzmanlık dalının işlemsel başarısında fark olmadığı ortaya konulmuştur (4-6). Fakat ilgili uzmanlık dallarının, aldıkları uzmanlık eğitimindeki farklar nedeni ile tespit ettikleri hastalıkları yönetimi farklı olabilmektedir. Bu çalışmada, kolonoskopi sonrası kolorektal kanser tanısı alan hastalarda ameliyat bekleme süresine işlemi gerçekleştiren endoskopistin uzmanlık dalının etkisi incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2011-Şubat 2013 arasında Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde kolorektal kanser tanısıyla ameliyat edilmiş toplam 125 hastanın dosyası incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, tümörün yerleşimi, endoskopik ön tanı, kolonoskopinin tarihi, ameliyat tarihi, endoskopistin uzmanlık dalı ile çalıştığı kurumu kaydedildi.

Acil ameliyat edilen (n=23), neoadjuvan tedavi almış (n=12) ve kolonoskopik ön tanısı malignite olmayan (n=4) 39 hasta inceleme dışı bırakıldı.

Lokalizasyona göre tümörler, transvers kolonun ortasına göre anatomik olarak sağ ve sol yerleşimli olarak iki gruba ayrıldı. İşlemi yapan kişiler genel cerrah (GC) ve gastroenterolog (GE) olarak kaydedilirken, çalıştıkları kurum hastanemiz (H) ve dış merkez (D) olarak belirtildi. Hastaların kolonoskopisi ile ameliyat oldukları tarih arası geçen zaman ameliyat hazırlık süresi (AHS) olarak tanımlandı.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA) for Windows 15,0 programı kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra niceliksel veriler için Student t-testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 52'si (%60,5) erkek ve 34'ü (%39,5) kadın toplam 86 hasta dâhil edildi. Hastaların ortalama yaşı 67,51±11,79 (33-91) bulundu. 24 (%27,9) hastanın kolonoskopisi GC, 62 (%72,1) hastanın GE tarafından yapılmıştı. Bu ikinci grup kolonoskopinin 42'si hastanemiz gastroenterologlarınca (GEH), 20'si ise dış merkez gastroenterologları (GED) tarafından yapılmıştı. Dış merkezde GC tarafından yapılmış kolonoskopi yok iken, GED'lerin biri dışında hepsi özel merkezlerde çalışmaktaydı.

Yerleşimlere bakıldığında 60 (%69,8) hastada kanser sol, 26 (%30,2) hastada sağ taraf yerleşimliydi. Cinsiyete ve yerleşime göre AHS arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Hastalar 65 yaş altı ve üstü olarak iki gruba ayrıldıklarında AHS benzerdi (p>0,05).

Kolonoskopiyi gerçekleştiren endoskopistin uzmanlığı ve kurumuna göre yapılan kıyaslamada en kısa AHS ortalama değeri genel cerrahi ekibince yapılan kolonoskopilerde gözlendi (14,00±6,82 gün). Bu süreyi sırasıyla GED (14,10±8,32 gün) ve GEH (24,10±11,05 gün) tarafından işlem yapılmış hastaların AHS'leri takip etti. Uzmana göre kıyaslandığında GC ve GED tarafından kolonoskopisi yapılan hastaların AHS'leri GEH'lerce yapılanlardan anlamlı olarak daha kısaydı (p<0,005). GC ve GED arasında ameliyat hazırlık süreleri arasında fark saptanmadı (p=0,579) (Tablo 1).

Dış merkezde kolonoskopisi yapılmış hastalar çıkarıldığında, kolorektal kanserler için merkezimizin ameliyat hazırlık süresi 20,42±10,83 gün olarak hesaplandı.

Tablo 1. Hasta grupları ve ameliyat hazırlık süreleri

Hasta Grubu			Ameliyat Hazırlık Süresi (gün)	p
Cinsiyet	Erkek		20,46±10,70	0,103
	Kadın		16,65±10,18	
Yaş	<65 yaş		18,76±10,31	0,845
	>65 yaş		19,08±10,89	
Yerleşim	Sağ		17,23±12,59	0,324
	Sol		19,70±9,64	
Endoskopist Branş ve Kurumu	Genel Cerrah		14,00±6,82	
	Gastroenterolog	GEH	24,10±11,05	0,001
		GED	14,10±8,32	

GEH: gastroenterolog hastanemiz; GED: gastroenterolog dış merkez

TARTIŞMA

Gastrointestinal sistem muayenesinin ayrılmaz bir parçası olan endoskopinin temeli Hipokrat'a kadar dayanmaktadır (6). 19. yüzyılda Fransız cerrah Antonie Jean Desormeaux, Bozzini'nin icat ettiği görüntü iletim sistemini insan bedeninde kullanarak "endoskopinin babası" ünvanını almıştır (7).

Dünya genelinde gastrointestinal sistem endoskopisi hem cerrahlar hem de dâhiliyeciler tarafından uygulanmaktadır. Bu iki grup arasında işlemsel başarı oranları bakımından fark olmadığı, çok merkezli geniş serilerde fark olmadığı ortaya konmuştur (8, 9). Ancak yapılan tüm bu çalışmalar endoskopi işlemlerinin teknik başarısı ve komplikasyonları üzerinde yoğunlaşmış, tespit edilen patoloji sonrası hastanın yönetimindeki farklar incelenmemiştir. Çalışmamızda, kolonoskopisinde kitle saptanan hastaların ameliyat olmaları için geçen süreye işlemi yapan endoskopistin uzmanlığının ve çalıştığı kurumun etkisini araştırdık. Kliniğimiz verileri değerlendirildiğinde, genel cerrahi uzmanının yaptığı kolonoskopi sonrası hastaların daha kısa sürede ameliyat olduğu belirlendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti veya tümörün yerleşiminin ise böyle bir etkisinin olmadığı saptandı.

Güncel literatür değerlendirildiğinde kolorektal kanserli hastalarda tanısal kolonoskopiyi yapan kişinin ameliyata hazırlık sürecine etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşamadık. Bizim serimizde aynı hastane içerisinde farklı uzmanlık dallarınca kolonoskopisi yapılan hastalarda ameliyat hazırlık süreleri farklı bulundu. Kolorektal kanserde, adenom-karsinom dönüşüm zamanı göz önünde bulundurulduğunda, bu farkın klinik evrelemeye ya da hastalığın prognozuna etkisi yoktur (10). Kanser hastalarında yapılan incelemeler sonucunda, tanı ve tedavi sürecindeki gecikmelerin ciddi anksiyete sorunu yarattığı ortaya konulmuştur (11, 12). Aynı çalışmalarda vurgu yapılan bir diğer konu, bu artmış anksiyetenin olumsuz klinik etkilerinin bilinmediğidir.

Kolorektal kanser hastasında ön tanıyı takiben ameliyat bekleme süresi ana hatlarıyla; patolojik tanı, evreleme tetkikleri, anestezi onamı ve uygun ameliyathane programı için geçen zamandan oluşmaktadır. Bir genel cerrahi uzmanı kolonoskopide tümöral bir kitle saptadığında, ön etkin davranmakta, alınan endoskopik biyopsi materyalinin daha öncelikli değerlendirilmesi için patoloji kliniğiyle, evreleme tetkiklerini hızlandırmak için radyoloji birimiyle iletişim kurmaktadır. Uzmanlık

dallarına göre yapılan işlem aynı olsa da hasta yönetimi arasında farklar olabileceği bildirilmiştir. Literatürde çok merkezli bir çalışmada, perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) uygulanan hastalarda işlemi gerçekleştiren hekimin uzmanlığına göre işlemsel başarı dışında, hastanede yatış süreleri ve işleme karar verildikten sonra PEG için geçen süreler karşılaştırılmıştır. Çalışmada işlemsel başarı, mortalite ve morbidite yönünden fark tespit edilmezken, PEG işlemini cerrahi ekibin gerçekleştirdiği grupta, hastanede yatış süreleri ve PEG bekleme süreleri anlamlı olarak kısa bulunmuş, çalışmada bu fark cerrahların ameliyathanede diğer ameliyatlarla eş zamanlı olarak PEG işlemini gerçekleştirebilmelerine bağlanmıştır (5).

Dış merkezde yapılmış kolonoskopilerde tespit edilen kolorektal kanserlerde, ameliyat bekleme süreleri, hastanemiz genel cerrahi endoskopi ekibinin sonuçlarıyla benzer bulundu. Çalışmamızda dış merkezlerin tamama yakınını özel hastaneler oluşturmaktaydı. Ameliyat bekleme süresini kısaltan sebep, özel merkezlerde kamu kurumlarına göre daha kısa sürede patoloji sonucunun alınması ve bu hastaların doku tanıları ile doğrudan genel cerrahi polikliniğine yönlendirilmeleri olduğunu düşünüyoruz.

Merkezimizde kolorektal kanser tanısı alan hastaların yarısından fazlasının endoskopik işlemi bir GE tarafından yapılmıştı. Bu uzmanlıklar arası dağılım, yapılan endoskopik işlem sayısı ile doğru orantılı olup, merkezden merkeze değişiklik gösterebilir. Hastanemizde yakın zamana kadar tek endoskopi kulesinin olduğu ünite her iki uzmanlık dalı tarafından ortak kullanılmaktaydı. Mevcut kanser tespit oranlarındaki farkın, haftada üç gün gastroenteroloji, iki gün cerrahi ekibinin kolonoskopi yapmasına bağlı olduğu kanaatindeyiz. Fakat bizim serimizdeki kısa dönem ve az hasta sayısı ile bu fark anlamlı olmayıp çok merkezli prospektif yapılacak çalışmalarla daha doğru oranların verilebileceğine inanıyoruz.

Cerrahi endoskopi ünitelerine ait avantajlar ameliyat gerekecek hastalarda tedavinin devamlılığının sağlanması, zamanın daha verimli yönetimi ve endoskopik bulguların ameliyatta kullanımı şeklinde özetlenebilir. Ayrıca laparoskopik kolorektal cerrahinin günümüzde geldiği nokta erken evre lezyonların hatasız lokalizasyonunu mecbur kılmakta, cerrahi öncesi endoskopik lezyon işaretleme yöntemi artarak kullanılmaktadır (13, 14). Tüm bu avantajlar ve yeni uygulamalar sonuçta hastaların tedavilerine olumlu yansımakta, hem hasta konforunu hem de cerrahi başarıyı arttırmaktadır. Gelinen noktada cerrahi endoskopi üniteleri, gastrointestinal sistem cerrahisi uygulanan merkezlerin kalbi konumuna gelmiştir.

Kolorektal kanser taramasında kullanılan tüm diğer yöntemlere kıyasla, kolonoskopi lezyonun direk görülmesi, biyopsi olanağı ve hatta tedavide kullanılabilmesi sebebiyle daha avantajlıdır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji kolonoskopiyi ulaşılabilirliğinin olduğu yerlerde tercih edilmesi gereken tarama testi olarak belirtmektedir (15). Türkiye'de kolorektal kanser görülme sıklığı açısından kadınlarda üçüncü ve erkeklerde dördüncü sıradadır (16). Sağlık bakanlığı verilerine göre, tarama programı hedef kitlesi olarak tanımlanan, 50-69 yaş arası nüfus 10 milyon kişinin üzerindedir. Mevcut şartlarda ülkemizde kolorektal kanser olgularının yarısından fazlası ileri evre olup, bu oranı düşürmenin tek yolu tarama programlarının oluşturulması, daha önemlisi bu programlara halkın erişiminin teminidir. Mevcut endoskopi ünite sayısı ve bu ünitelerin ülke geneline dağılımı göz önünde bulundurulduğunda, pek çok il ve ilçede cerrahlar endoskopi hizmetinin yegâne sağlayıcıları konumundadır. Ülkemizdeki gastroenteroloji uzmanlarının sayı ve dağılımı ile bu büyüklükteki tarama gereksinimini tek başlarına karşılamaları imkansız görünmektedir.

Çalışmayı sınırlayan faktörler, retrospektif olarak yapılmış olması ve bu sebeble ameliyat hazırlık süresini belirleyen faktörlerin ayrı ayrı etkilerinin ortaya konamamış olması ve dahil edilen hasta sayısının tek merkezli bir çalışma olduğu için az olmasıdır.

SONUÇ

Endoskopistin uzmanlık dalı ve kurumu kolorektal kanserli hastalarda hastalığın yönetiminde süre açısından farklara sebep olmaktadır. Bu fark hastalarda ciddi anksiyete sebebi olabilir. Kolorektal kanserin önlenmesi, erken tanısı ve tedavisi konusunda beraber çalışmaları şart olan cerrahi endoskopistler ve gastroenterologlar arasındaki hasta yönetim farkları basit uygulamalarla giderilebilir. Kanser hastalarının ameliyata hazırlık süresinin standardize edilmesi için, ameliyat hazırlık sürecinde görev alan endoskopi, cerrahi, radyoloji, patoloji ve anestezi ekiplerinin bu süreyi kısaltıcı ortak yönetim şemaları oluşturulmalıdır.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma retrospektif dosya taraması şeklinde planlandığından etik komite onayına ihtiyaç duyulmamıştır.

Hasta Onamı: Hasta onamları hem kolonoskopi hem de cerrahi tedaviye yönelik bilgi ve açıklamaları içeren onam formu imzalatılarak bütün hastalardan alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - B.K., Y.İ.; Tasarım - B.K., K.Ç., B.A.; Denetleme - M.F., B.A.; Kaynaklar - M.F.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - B.K., Y.İ., T.A.; Analiz ve/veya yorum - M.F., N.E.B.; Literatür taraması - Y.İ., B.K.; Yazıyı yazan - B.K., Y.İ.; Eleştirel İnceleme - M.F., B.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: This study was designed retrospectively so the ethics comitee approval was not needed.

Informed Consent: Informed patient consent form including colonoscopy and surgical treatment protocol were obtained from all patients included in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - B.K., Y.İ.; Design - B.K., K.Ç., B.A.; Supervision - M.F., B.A.; Funding - M.F.; Data Collection and/or Processing - B.K., Y.İ., T.A.; Analysis and/or Interpretation - M.F., N.E.B.; Literature Review - Y.İ., B.K.; Writer - B.K., Y.İ.; Critical Review - M.F., B.K.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Haggar FA, Boushey RP. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. Clin Colon Rectal Surg 2009; 22: 191-197. [CrossRef]
2. Sandouk F, Al Jerf F, Al-Halabi MH. Precancerous lesions in colorectal cancer. Gastroenterol Res Pract 2013; 2013: 457901. [CrossRef]
3. ABS Statement on GI Endoscopy. The American Board of Surgery (cited 2011, Feb. 24) . Available from: URL: http://www.absurgery.org/default.jsp?newsgiresponse
4. Modlin IM. Adaptation and renewal of the GI surgeon to meet the continuous challenge of modern gastroenterology. Scand J Gastroenterol 1992; 193: 100-105. [CrossRef]
5. Saha S. Therapeutic oesophagogastroduodenoscopy by a 'surgeon endoscopist': Viable or vulnerable? Ind J Surg 2007; 69: 36-37.
6. Reuter MA, Reuter HJ, Engel RM. History of Endoscopy Vol.I-IV., MaxNitzeMuseum, Stuttgart, Germany 1999; 1: 8.
7. Verger-Kuhnke AB, Reuter MA, Beccaria ML. Biography of Phillip Bozzini (1773-1809) an idealist of the endoscopy. Actas Urol Esp 2007; 31: 437-444. [CrossRef]
8. Wexner SD, Garbus JE, Singh JJ. SAGES Colonoscopy Study Outcomes Group. A prospective analysis of 13,580 colonoscopies. Reevaluation of credentialing guidelines. Surg Endosc 2001; 15: 251-261. [CrossRef]
9. Reed WP, Kilkenny JW, Dias CE, Wexner SD. SAGES Outcomes Study Group. A prospective analysis of 3525 esophagogastroduodenoscopies performed by surgeons. Surg Endosc. 2004; 18: 11-21. [CrossRef]
10. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, et al. Colorectal cancer. Lancet 2010; 375: 1030-47. [CrossRef]
11. Panda N, Bajaj A, Pershad D, Yaddanapudi LN, Chari P. Effect of early or late position on the operating list. Anaesthesia 2007; 51: 344-346. [CrossRef]
12. Ubhi SS, Shaw P, Wright S, Stotter A, Clarke L, Windle R, et al. Anxiety in patients with symptomatic breast disease: effects of immediate versus delayed communication of results. Ann R Coll Surg Engl 1996; 78: 466-469.
13. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med 2012; 366: 687-696. [CrossRef]
14. Yeung JM, Maxwell-Armstrong C, Acheson AG. Colonic tattooing in laparoscopic surgery – making the mark? Colorectal Dis 2009; 11: 527-530. [CrossRef]
15. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]. Am J Gastroenterol 2009; 104: 739. [CrossRef]
16. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2006-2008 yılları Türkiye Kanser İnsidansı, www.kanser.gov.tr.