# Kolorektal Kanserlerde Semptomların Dağılımı Ve Sağ Kalım

*Symptom Distribution And Survival In Colorektal Cancers*

Doğan YAZILITAŞ, Mustafa ALTINBAŞ, Dilşen ÇOLAK, Uğur ERSOY, Arzu AKŞAHİN, İnanç İMAMOĞLU, Berkant SÖNMEZ

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Kliniği, Ankara - TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 08.03.2011 Kabul Tarihi: 22.03.2011

## Özet

**Amaç:** Hastanemize kolorektal kanser nedeniyle başvuran hastaların semptom ve bulguların dağılımı ile sağ kalımlarını değerlendirmek istedik.

**Yöntem ve Gereçler:** Tıbbi Onkoloji Kliniğine, Ocak 2008 ve Haziran 2010 tarihleri arasında başvuran 182 hastanın dosyalarını retrospektif olarak inceledik. Hastaların tedavi öncesindeki semptomlarını, hasta ve tümör özelliklerini belirledik. Yapılan tedavileri saptadık. Tedavi sonrası bir ve iki yıllık sağ kalım analizlerini yaptık.

**Bulgular:** Hastalarımızın çoğu erkek (kadın / erkek oranı 1.46) ve rektosigmoid bileşke tümörleri %65 oranında idi. En sık görülen semptom karın ağrısı olup sonra kanama ve kabızlık geliyordu. Daha az olarak anemi, ileus ve ishal gözlenmişti. Hastalarımızın bir yıllık sağ kalım analizinde evre I ve II hastaların %100'ü halen yaşıyordu. Evre III'de sağ kalım oranı %93.3 ve evre IV'de %73.2 olarak bulundu. İki yıllık takibi yapılabilen 82 hastamızdan evre I'de 4 hasta (%100) yaşıyordu. Evre II'de 30 hastanın iki yıllık takibi oldu ve 6'sı ex olmuştu. Evre III'de 29 hastanın iki yıllık takibi vardı ve 7'si ex olmuştu. Evre IV'de 19 hastanın iki yıllık takibi olup 11'i ex olmuştu.

**Sonuç:** Hastaların semptom ve bulgularının daha dikkatli irdelenmesinin gerekliliğine inanıyoruz. Sağ kalım verileri literatüre uygun olarak evre ve performans ile korelasyon gösterdi ($p<0.0001$). Fakat sağlıklı bir değerlendirme için bir yıllık sağ kalım verilerinin yeterli olmadığını, 3. ve 5. yıllarda hastaların sağ kalım oranlarının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanser; semptomlar; patolojik bulgular; kemoterapi; sağ kalım.

## Abstract

**Aim:** In this study, we aimed to evaluate effect of pathologic and clinical findings of patients to overall survival who admitted to our oncology clinic with colorectal cancer.

**Material and Methods:** We retrospectively evaluated 182 patients who admitted to our Medical Oncology Clinic between January 2008 and June 2010. Sings of symptoms of patients before therapy have been evaluated and 1 and 2 year survival analysis has been performed.

**Results:** Male to female ratio was 1.46, in 65 % of patients tumor was located in recto-sigmoid region. The most common symptoms were abdominal pain, hemorrhage and constipation, respectively. Anemia, ileus and diarrhea were seen less commonly. One-year survival for stage I and II were 100 %, for stage III it was 93.3 % and for stage IV it was 73.2 %. 82 patients could be followed for two year. 2 year survival for stage I was 100 %, for stage II it was 80%, for stage III it was 75.8 %, for stage IV it was 42.1 %.

**Conclusion:** For early diagnosis of colorectal cancers, sings and symptoms should be evaluated carefully. As in literature, our survival analysis shows that stage and performance status are important prognostic factors. For accurate interpretation of survival statistics, 3 and 5-year survival rates would be more suitable.

**Keywords:** Colorectal cancer; symptoms; clinical and pathological findings.

## Giriş

Kolorektal kanserler Türkiye ve Dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Tüm kanserlerin yaklaşık %10'unu oluşturan kolorektal kanserler en sık görülen kanserler sıralamasında dünyada 3. (1), Türkiye'de ise 7. sıradadır ve görülme sıklığı giderek artmaktadır (2). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 2009 yılında 146.970 yeni vaka saptanmış ve yaklaşık 49.920 vaka kolorektal kanser nedeniyle ölmüştür (3).

SEER (Surveillance, Epidemiyology and End Result) veri tabanına göre 1991–2000 yılları arasında tanı alan 119,363 kolorektal kanserli hastanın 5 yıllık sağ kalımları evrelere göre hesaplanmış ve evre ile prognoz arasında ciddi bir korelasyon görülmüştür (4).

Hastaların ancak %75'ine küratif amaçlı tedavi uygulanabilmiş, bunların da yaklaşık %40'ında nüks gelişmiştir (5). Küratif tedavide amaç, erken evrede saptanan hastalara radikal cerrahi yapılması ve sonra adjuvan tedavi verilmesidir. Metastatik hastalarda ise amaç semptomları gidermek, tümör büyümesini önlemek ve sağ kalımı uzatmaktır.

Çalışmada, Merkezimize başvuran ve tedavi alan hastaların başlangıç semptomları ve patolojik evresi ile sağ kalım ilişkisini araştırdık. Kliniğimize erken evrede başvuran hastalarda küratif tedavilerin sağ kalım avantajı sağlayıp sağlamadığını inceledik. Hastalarımızın tanı anındaki evreleri, tümör lokalizasyonu, kliniği, uygulanan tedavi modalitelerini değerlendirdik.

## Yöntem ve Gereç

Çalışmamızda, Ocak 2008 - Haziran 2010 tarihleri arasında Kliniğimize başvuran 182 kolorektal kanserli hastanın dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Taranan tüm hastaların verileri dosyalardan ve ulaşılabilen bir kısım hastayla yüzyüze görüşülerek incelendi. Bunlardan takipleri ve dosya bilgileri yeterli olan 179 hastanın istatistik analizleri yapıldı.

Hasta bilgileri takip formuna işlendi. Formda; hastaların tanımlayıcı özellikleri (tanı tarihi, semptomlar, patolojik bulgular, tedavi şekilleri, cerrahi yöntem, tümör lokalizasyonu), aldığı tedaviler, izlem süresi ve kolonoskopi ile diğer görüntüleme sonuçlarına yer verildi.

Hastaların tedavi öncesi genel durumları ECOG (Easten Cooporative Oncology Group) Performans Skoru'na (PS) göre değerlendirildi. Hiç şikayeti olmayan kişiler 0, aktif ancak şikayeti olanlar 1, aktif olarak çalışamayan ve uyanık olduğu zamanların %50'sinden azını yatakta geçirenler 2, uyanık olduğu zamanların %50'sinden fazlasını yatakta geçirenler 3 ve tamamen yatağa bağımlı olanlar 4 olarak gruplandırıldı.

Araştırmanın istatiksel analizi Statistical Package For Social Sciences 10.0 (SPSS v 10.0) programı ile yapıldı. Tanımlayıcı analizlerde ortalama değerler yüzde olarak verildi. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde p değerleri iki-yönlüydü ve $p< 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Değerlendirilen toplam 182 hastanın ortalama yaşları 58.81 (26–87) idi. Hastaların 108'i erkek, 74'ü kadındı ve erkek/kadın oranı 1.46 idi. Kadınların yaş ortalaması 57.08, erkeklerin 60.01 idi.

Sigaraya dair bilgi yalnızca 108 hastada bulunabildi ve Tablo 1'de sonuçları verildi. Sigara içen hastaların %90'ı erkekti.

**Tablo 1-** Hastalarda sigara öyküsü durumu

| | Erkek | Kadın | Toplam |
|---|---|---|---|
| Sigara İçen | 67 | 9 | 74 |
| Sigara içmeyen | 28 | 61 | 89 |
| Sorgulanmamış | 13 | 4 | 17 |
| Toplam | 108 | 74 | 182 |

Hastaların 175'nin tedavi öncesi PS durumlarına ait bilgilere ulaşıldı. Tablo 2'de sonuçları verildi. PS bilinen hastalarımızın 82'si (% 46,8) PS 1 (ECOG) idi.

**Tablo 2-**Hastaların tedavi öncesi performans durumları (ECOG)

| **Performans durumu** | **N (%)** |
|---|---|
| ECOG 0 | 76 (41,8) |
| ECOG 1 | 82 (45,1) |
| ECOG 2 | 13 (6,6) |
| ECOG 3 | 5 (2,7) |
| ECOG 4 | 1 (0,5) |
| Belirtilmemiş | 5 (2,7) |

Çalışmamızda tümör lokalizasyonu, 67 hasta (%36,8) ile en sık rektumda idi. Bunu 52 hasta (%28,6) ile sigmoid bölge takip etti. Tümör lokalizasyonu Tablo 3' de ayrıntılı verilmiştir.

**Tablo 3-** Hastaların primer tümör lokalizasyon durumu

| **Lokalizasyon** | **N (%)** |
|---|---|
| Sağ kolon | 35 (19,2) |
| Transvers kolon | 13 (7,1) |
| Sol kolon | 15 (8,2) |
| Sigmoid | 52 (28,6) |
| Rektum | 67 (36,8) |
| Toplam | 182 |

Hastaların %98,9'unda histolojik tanı adenokarsinom idi. Yalnızca 2 hastada nöroendokrin diferansiyasyon gösteren tümör tanısı vardı. Tablo 4' de histolojik tanı ve derece bilgileri görülmektedir.

Hastaların 49'unda ( %26,9) ailede malignite öyküsü mevcuttu. Hastaların 22'sinde (%12,1) ailede kolon kanseri öyküsü vardı. Ailesinde kolon kanser öyküsü olanların yaş ortalaması 54,8 olup, diğer hastalara göre nispeten gençti (% 59,3). Bir hastamızın aile bireyinde familyal polipozis koliye bağlı kolon kanseri öyküsü mevcuttu ve hastamızda da polipozis koli olup total kolektomi yapılmıştı.

Hastalarımızda en sık başlangıç semptomu (96 hasta, %52,7'si) karın ağrısıydı. İkinci sırada kanama ve üçüncü sırada kabızlıktı. Tablo 5'te hastalarımızın şikayetleri ve bulguları yer almaktadır.

**Tablo 5-** Başvurudaki semptom ve bulgular

| **Semptom-bulgu** | **N (%)** |
|---|---|
| Ağrı | 96 (52,7) |
| Kanama | 71 (39) |
| Kabızlık | 65 (35,7) |
| Kilo kaybı | 33 (18,1) |
| İshal | 25 (13,7) |
| İleus | 23 (12,6) |
| Anemi | 23 (12,6) |
| Bulantı-kusma | 10 (5,5) |
| Diğer | 30 (16,5) |

Beklendiği gibi kolorektal kanserlerde kanama en sık rektum kanserinde, kabızlık sigmoid kolon tümörlerinde gözlenmiştir. Tablo 6'da yakınmaların tümör yerleşimi ile ilişkisi gösterilmiştir.

**Tablo 4-** Histolojik tanılar, alt tipler ve gradlar

| **Histolojik alt tipler** | **N (%)** |
|---|---|
| Adenokarsinom | 30 (16,4) |
| Azdiferansiye adeno karsinom | 13 (7,1) |
| Orta derece diferansiye adenokarsinom | 89 (48,9) |
| İyi diferansiye adenokarsinom | 28 (15,4) |
| Taşlı yüzük hücreli adenokarsinom | 4 (2,2) |
| Müsinöz adenokarsinom | 16 (8,8) |
| Nöroendokrin karsinom | 2 (1,1) |

**Tablo 6-** Semptomların tümör lokalizasyonu ile ilişkisi

| **Semptom** | **Sağ Kolon 35 (%)** | **Sol Kolon 15 (%)** | **Transvers Kolon 13 (%)** | **Sigmoid Kolon 52 (%)** | **Rektum 67 (%)** | **Toplam 182** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kanama | 5 (14,2) | 2 (13,3) | 1 (7,7) | 14 (26,9) | 49 (73,1) | 71 |
| İshal | 4 (11,1) | 1 (6,6) | 4 (30,7) | 4 (7,6) | 12 (17,9) | 25 |
| Kabızlık | 10 (28,5) | 4 (26,6) | 2 (15,4) | 27 (51,9) | 22 (32,8) | 65 |
| Kilo kaybı | 8 (22,9) | 6 (40) | 4 (30,7) | 3 (5,7) | 12 (17,9) | 33 |
| Anemi | 10 (28,6) | 2 (13,3) | 4 (30,7) | 5 (9,6) | 2 (2,9) | 23 |
| Ağrı | 26 (74,2) | 9 (60) | 10 (76,9) | 23 (44,2) | 28 (41,8) | 96 |
| Bulantı-Kusma | 5 (14,2) | 12 (80) | 1 (7,6) | 1 (1,9) | 1 (1,4) | 20 |
| İleus | 2 (11,1) | 5 (33,3) | 2 (15) | 12 (23) | 2 (2,9) | 23 |
| Diğer | 4 (11,4) | - | 1 (7,7) | - | 6 (8,9) | 11 |

Hastalarımız AJCC 7'ye göre evrelendirildi. Evre dağılımı Tablo 7' de verilmiştir.

**Tablo 7-** Hastaların evrelere göre dağılımı (AJCC 7)

| **Evre** | **N (%)** |
|---|---|
| Evre 0 | 2 (1,09) |
| Evre I | 11 (6,6) |
| Evre IIA | 40 (21,9) |
| Evre IIB | 3 (1,6) |
| Evre IIC | 12 (6,6) |
| Evre IIIA | 1 (0,5) |
| Evre IIIB | 30 (16,5) |
| Evre IIIC | 29 (15,9) |
| Evre IVA | 45 (24,7) |
| Evre IVB | 6 (3,3) |

Hastalarımızın 51 tanesinde başlangıçtan itibaren metastaz vardı; diğer metastazlar takipte saptandı. En sık metastaz bölgesi karaciğerdi (n=56, %88,8). Metastaz dağılımı Tablo 8'de ve metastazların kolon lokalizasyonu Tablo 9' da verilmiştir.

**Tablo 8-** Metastatik hastaların metastaz yerleri durumu

| | **Karaciğer** | **Akciğer** | **Over** | **Diğer** |
|---|---|---|---|---|
| Tek lezyon | 7 | 1 | | |
| Çoklu lezyon | 42 | 4 | | 4 |
| Çoklu organ metastazı | 7 | 5 | 1 | |
| Toplam | 56 | 10 | 1 | 4 |

**Tablo 9-** Primer tümörün yerleşimine göre metastaz yerleri dağılımı

| **Bölge** | **Karaciğer** | **Akciğer** | **Over** | **Diğer** |
|---|---|---|---|---|
| Rektum | 19 | 7 | | 1 |
| Sigmoid | 18 | 3 | | 1 |
| Sağ kolon | 10 | | 1 | |
| Sol kolon | 7 | | | |
| Transvers kolon | 2 | | | |
| Toplam | 55 | 10 | 2 | 2 |

Tümör belirteçleri 72 (%35,7) hastada yüksek saptandı. Tümör markır yüksekliği olan hastaların 38 (%20,8)'i evre IV, 20'si evre III idi. Evre I ve II hastaların sadece 14'ünde tümör belirteçleri yüksekti. CEA 66 hastada, CA 19–9 ise 37 hastada yüksek bulundu. Tablo 10'da tümör markır özellikleri gösterilmiştir.

**Tablo 10-** Tümör belirteç yüksekliği ve evre ilişkisi

| **Evre** | **Belirteç yüksek** | **CEA yüksek** | **CA19–9 yüksek** |
|---|---|---|---|
| Evre I | 3 | 2 | 1 |
| Evre IIA | 10 | 7 | 2 |
| Evre IIB | | | |
| Evre IIC | 1 | 1 | 1 |
| Evre IIIA | 3 | 3 | - |
| Evre IIIB | 8 | 8 | 2 |
| Evre IIIC | 9 | 7 | 5 |
| Evre IVA | 33 | 32 | 23 |
| Evre IVB | 5 | 5 | 3 |
| TOPLAM | 72 (39,5) | 65 | 37 |

Hastalarımızın 154 tanesinde kolonoskopi yapılmıştı. Hastaların 56'sında kanser dışında ayrıca polip tespit edildi. Bunların 4'ünde multipl polip ve birinde polipozis koli vardı.

Adjuvan tedaviyi 2 hasta kabul etmemişti. Bir hastaya KAH ve diğer bir hastaya CVO sekeli nedeniyle adjuvan kemoterapi verilemedi. Bir hasta çok geç başvurdu ve adjuvan kemoterapi alamadı. Erken evrede olan 25 hastaya adjuvan kemoterapi endikasyonu konmadı ve takibe alındı. İncelediğimiz 31 hasta adjuvan kemoreadyoterapi (KRT) almıştır. Hastaların 9'una neoadjuvan KRT uygulandı. Toplam 61 hastamız adjuvan KT almıştır. Hastaların 51 tanesi metastatik evrede başvurduğu için palyatif KT almıştır. Hastalarımızdan KRT alanlar radyoterapi ile beraber 5 flourourasil kemoterapisi almışlardır. Adjuvan kemoterapi olarak ise evreye göre FOLFOX 4 veya FUFA protokolleri tercih edildi. Hastalarımızın aldıkları tedaviler Tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 11-** Hastalara uygulanan tedavi tipleri (N=182)

| **Evre** | **N** |
|---|---|
| Takip | 28 |
| Neoadjuan KRT | 9 |
| Adjuan KRT | 31 |
| Adjuvan KT | 63 |
| Palyatif KT | 51 |

Hastalarımızın 126 (%69,2)'sı bir yıllık takip süresini tamamladı, 56'sı ise henüz tamamlamadı. Tablo 12' de bir yıllık sağ kalım sonuçları verilmiştir.

**Tablo 12-** Bir yıllık sağ kalım verileri

| Evre | Sayı | Yaşayan hasta (%) | Ex | Ex oranı (%) | 1 yıllık sağ kalım (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Evre I | 8 | 8 (100) | - | - | %100 |
| Evre II | 46 | 46 (100) | - | - | %100 |
| Evre III | 42 | 39 (93,3) | 3 | 6,7 | % 93,3 |
| Evre IV | 30 | 19 (73,2) | 11 | 26,8 | % 73,2 |

İki yıllık takibi yapılabilen 82 hastamız oldu. Evre I hastalarımızdan 4 tanesinin 2 yıllık takibi vardı ve %100'ü yaşıyordu. Evre II olanlardan 30 tanesinin iki yıllık takibi oldu ve onların 6'sı ex olmuştu. Evre III olanların 29'unun iki yıllık takibi oldu ve 7 tanesi ex olmuştu. Evre IV olanların ise 19'unun iki yıllık takibi olup 11'i ex olmuştu. Adjuvan tedaviler Tablo 14'de gösterilmiştir.

**Tablo 13-** İki yıllık sağ kalım verileri

| Evre | Sayı | Yaşayan hasta (%) | Ex | Ex oranı (%) | 2yıllık sağkalım (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Evre I | 4 | 4(100) | - | - | %100 |
| Evre II | 30 | 24(80) | 6 | %16,6 | %83,3 |
| Evre III | 29 | 22(75,8) | 7 | %19,5 | %80,5 |
| Evre IV | 19 | 8(42,1) | 11 | %36,6 | %63,3 |

**Tablo 14-**Adjuvan kemoterapi rejimleri dağılımı

| | Fufa | Folfox | Kt Alamadı |
|---|---|---|---|
| Evre II | 23 | 2 | 2 |
| Evre III | 9 | 29 | 4 |
| Toplam | 32 | 31 | 6 |
| Bir yıllık sağ kalım oranı | %96,6 | %96,7 | %83,3 |
| Bir yıllık sağ kalim | %96.6 | %96.7 | %83.3 |

Evre IV olan hastalaramıza palyatif kemoterapi verildi. Birinci basamak tedavi olarak en sık FOLFİRİ+ Bevasizumab protokolü tercih edildi (26 kişi %50,9). Tablo 15'de palyatif kemoterapi dağılımı yer almıştır.

**Tablo 15-** Palyatif Kemoterapi Dağılımı

| Kemoterapi | N (%) |
|---|---|
| FOLFİRİ+BEVASİZUMAB | 26 (50,9) |
| FOLFOX | 21 (41,2) |
| FOLFİRİ | - |
| FUFA | 1 (1,9) |
| XELOX | 1 (1,9) |
| XELİRİ+BEVASİZUMAB | 2 (3,9) |

Çalışmamız tamamlandığında hastalarımızdan 38'i ölmüş ve 144'ü sağ idi. Sağ kalım analizleri 3 hastanın verileri eksik olduğundan 179 hasta üzerinden yapıldı. Hastalık evresi ve hastaların performans durumu ile sağ kalım arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı (p= <0,0001). Kolon ve rektum kanserleri açısından ayrıca yapılan sağ kalım analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

## Tartışma

Kolorektal kanser hastalarında, günümüzdeki tüm tedavi olanaklarına rağmen halen tek küratif tedavi cerrahidir. Kemoterapi hem adjuvan hem de metastatik hastalıkta sağ kalım avantajı sağlamaktadır. Rektum kanserlerinde neoadjuvan kemoradyoterapi etkili bir tedavi yöntemidir.

Özellikle erkeklerde gözlenen anemi malignite açısından dikkatli olmamızı gerektirir. Çünkü hastalarımızın 23'ü anemi nedeniyle araştırılırken kolorektal kanser tanısı almıştır. Hastalarımızın hiç birinde tarama amaçlı herhangi bir girişim öyküsü yoktur. Bunun anlamı şudur; Türkiye'de kanser tarama bilinci ve uygulaması henüz yerleşmemiştir.

Grubumuzda erkek sayısı kadınlardan daha fazla idi. Erkek/kadın oranı 1.46 olarak hesaplandı; bu literatürden yüksek bir orandır. Amerika istatistiklerinde kadın erkek oranı yaklaşık olarak eşittir (9, 11, 12). Hastalarımızın yaş ortalaması literatüre benzer olarak 58.81 olarak bulundu (9, 11, 12).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastalarımızın %98,9'unda adenokarsinom histolojisi saptandı. Alt gruplardan müsinöz adenokarsinom literatürden (%12) daha az oranda (%8,3) bulundu. Literatüre uygun olarak müsinöz kanserlerin yarısına yakını sağ kolonda idi (6, 11, 13).

Çalışmamızda yer alan erkeklerin 67'i (%62) sigara içerken kadınların yalnızca 9'u (%12,1) sigara içiyordu. Bu, toplumumuzda kadınların sigara içme oranıyla uyumluydu.

Literatürde rektosigmoid yerleşim en sık görülen lokalizasyondur (6, 11, 13). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık lokalizasyon rektum (67 kişi, % 36,8) ve sigmoid (52 kişi, %28,6) idi. Sağ kolon 3. sıklıkta (35 kişi %19,2) tümör görülme yeridir. Sol kolonda 15 (%8,2), transevers kolonda 13 (%7,1) hastada tümör saptandı. Rektosigmoid görülme oranı literatürde %70 civarında iken bizde de %65,4 olarak benzer saptandı.

Literatürde kolorektal kanserlerde başlangıç semptomlarıyla ilgili çalışma çok az bildirilmiştir (14, 15). Bunlardan Majumdar ve ark. yaptığı 194 hastalık bir çalışmada en sık ağrı şikayeti (karın ağrısı, tenezm ve rektal ağrı) (%65), sonra rektal kanama (%58) görülmüş, onu anemi (%57) takip etmiştir. Kilo kaybı (%39), kabızlık (%27), ishal (%22), bulantı-kusma (%22), ileus %4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastalarda en sık yapılan test gayitada gizli kan testi olmuş ve %77 hastada pozitif olarak bulunmuştur (14). Bizim çalışmamızda da en sık görülen başlangıç semptomu karın ağrısı (%52,7) olurken, ikinci sırada kanama (%39) ve sonrasında kabızlık (%35,7) yer almıştır. Kilo kaybı (%18,1), ishal (%13,7), ileus (%12,6), anemi (%12,6), bulantı-kusma (%5,5) oranlarında görüldü. Bizim hastaların hiçbirinde gaytada gizli kan testi verisi yoktu. Bu durum tarama testlerinin ülkemizde az kullanıldığının bir göstergesidir.

Bizim çalışmamızda kabızlık ve ileus, Majumdar çalışmasından daha fazla oranda çıkmıştır. Karın ağrısı görüldüğü gibi en sık semptom, kanama ikinci sıklıkta benzer şekilde görüldü. Kilo kaybı oranı bizim çalışmamızda daha düşüktü.

Beklendiği gibi kanama, rektum ve sigmoid kanserlerde daha fazla gözlendi. Ağrı, rektum tümörlerinde fazla görülmekle beraber sağ kolon tümörlerinde beklenenden daha yüksek oranda görüldü.

İleus, az sayıda olmasına rağmen çoğu sigmoid ve sol kolon tümörleriyle birlikte gözlenmektedir. Bizim hastalarımızda daha fazla ileus olmasının nedeni muhtemelen hastalarımızın semptomları dikkate almaması ve doktora geç başvurmalarıdır. Konstipasyon, yüksek oranda sol kolon ve sigmoid tümörlerde görüldü. Bu durum anatomik yapı ve fizyolojik özelliklerden kaynaklanmaktadır. Çünkü gayita, sol kolon ve sigmoidde su içeriği absorbe edildiğinden katı kıvamdadır. Bu nedenle obstrüksiyon ihtimali artmaktadır. Fakat sağ kolon ve transvers kolonda gayita kıvamı daha yumuşak olduğundan obstrüksyon bulguları az görülür.

Tümör belirteçleri onkoloji açısından önemlidir. Çünkü kolorektal kanserlerde tedavi öncesi tümör belirteci yüksek saptanırsa daha sonra takip ve tedavi cevabı değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Bizim hastalarımızın tümör belirteç düzeyleri 72 (%39,5) hastada yüksek saptandı. Hastaların 44 (%24,2)'ünde tümör belirteci ameliyat öncesi bakılmamıştı. Bunların 38 (%20,8)'i evre IV iken 20 (%10,9)'si evre III idi. Bu durum, tümör belirteçlerinin ileri evrelerde daha fazla yükseldiğinin bir göstergesidir. Erken evrelerde sadece 14 hastada tümör belirteci yüksekliği saptandı.

Literatürde hastalar evrelere göre değerlendirildiğinde %20–25 metastatik evre saptanırken, %25 evre II, %38 evre III ve %10–12 evre I -0 saptanır. Bizim çalışmamızda 13 (%8,5) hasta evre I–0 olarak bulundu. Evre II hasta oranı %30,2 (55 kişi) bulundu; bu literatürden biraz fazlaydı. Evre III hasta oranı %32,9 (60 kişi) gözlendi; bu literatürle benzerdi. Evre IV hasta sayısı 51(%28) olarak benzer saptandı.

Metastazlar literatürle uyumlu olarak en sık karaciğere olurken akciğer 2. sırada yer almıştır. Akciğere metastazların 7 tanesi rektum, 3 tanesi sigmoid kolon tümöründen olmuştur. Kolorektal kanserde karaciğer en sık metastaz bölgesidir ve bu metastazın portal sistem yolu doğrudan karaciğere olmasından kaynaklanmaktadır (11).

Hastalarımızın büyük bir kısmı yeni tanı almışlar ve henüz tedavileri devam etmektedir. Uzun sağ kalım oranlarını vermek için yeterli takip süresi yoktur. Fakat yapılan analizde literatürle uyumlu olarak evre ve performans durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur (p<0,0001)( 6,11).

Hastalarımızın 76'sında PS 0, 82'sinde PS 1 saptandı. Ayrıca 13 hastamız PS 2, 5 hastamız PS 3 idi. PS ile sağ kalım arasında anlamlı ve sağlıklı bir ilişki saptanmadı.

SEER verilerinin incelenmesinde, sağ kalım üzerinde evre bağımsız bir faktör olarak saptandı. SEER değerlendirmesinde hastaların 5 yıllık sağ kalımları incelenmiştir. Evre I hastalar (%93,2), evre IIA hastalar (%84,7), evre IIB hastalar (%72,2), evre IIIa hastalar (83,4), evre IIIB hastalar (%64,1), evre IIIC hastalar (%44,3), evre 4 hastalar ise (%8,1) oranında 5 yıllık sağ kalım göstermişlerdir (4). Bizim çalışmamızda evrelerde hasta sayısı yetersiz olduğundan sub-grup analizi yapılamadı. Vakalarımızın çoğu yeni tanılı olduğundan sadece 1 ve 2 yıllık sağ kalım analizi yapılabildi. Hastalarımızın sadece 82 (%44,5) tanesinin 2 yıllık takibi yapılabilmiştir. Yüz hastanın takipleri henüz 2 yıla ulaşmadı. Hastalarımızın iki yıllık sağ kalım analizinde evre I olan ve 2 yıldan daha uzun süredir takip edilen hastaların sayısı yalnızca 4 idi (%100'ü yaşıyordu). Evre II olan 30 hastanın 24 (%80) tanesi yaşıyordu. Evre III hastaların ise 29 tanesi iki yıllık sağ kalımı tamamlamıştı ve onlarında 22 (%75,8) tanesi yaşıyordu. Evre IV hastaların 8'i yaşarken, 11(%) hasta 2 yıl olmadan ölmüşlerdi. Tabii bu çalışmamızın sağ kalım verilerinin 3. veya 5. yıl sonuçlarıyla karşılaştırılması daha uygundur. Yine de evre IV olan hastalarda ve evre III hastalarda görülen sağ kalım azalması evrenin prognoz üzerindeki etkisini göstermektedir.

Toplam sağ kalım analizi istatatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde evre ile korele çıktı (p<0,0001). Fakat evre II olan hastaların sağ kalım değerleri evre III olan hastalardan daha kötü çıktı. Bu durum literatürle uyumludur (4). Bunun nedeni, evre II olan hastaların tümüne adjuvan tedavi yapılmazken evre III hastaların hepsine adjuvan tedavi verilmesidir. Bu durum, risk faktörlerinin iyi değerlendirilerek adjuvan tedavinin evre II olan bazı hastalarda da düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

Günümüzde rutin olarak kullanılan kolonoskopi ve rektosigmoidoskopi gibi görüntüleme yöntemlerinin daha erken döneme çekilmesi gerekmektedir. Semptom yoksa dahi 50 yaşına gelen kadın ve erkeklere kolonoskopi ya-

pılarak erken tanı konması mümkündür. Medikal onkoloji veya gastroenteroloji bölümleri ile genel cerrahi erken tanı konusunda duyarlıdır. Diğer bölümler, özellikle aile hekimlerinin (yeni sistemde) bu konuda bilinçlendirilmesi gerekir. KETEM bünyesinde başlatılan erken tanıya yönelik tarama testleri tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmalıdır.

## Kaynaklar


1. Jeong SY, Park JW. Colorectal cancer. In Tuncer AM. Asian pacific for cancer prevention cancer report. Ankara New hope in health 2010. p.197–8.

2. Tuncer M, Ozgul N.Turkey. In Tuncer AM asian pacific for cancer prevention cancer report. Ankara New hope in health 2010. p. 414–8.

3. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin. 2009; 59: 225–9.

4. Burke HB. Outcome prediction and the future of the TNM staging system. J Natl Cancer Inst. 2004;96: 1408–9.

5. Green RJ, Metlay JP, Propert K, et al. Surveilance for second primary colorectal cancer after adjuvant chemotherapy: An analysis of İntergroup 0089. Ann Intern Med 2002;136:261–9.

6. Libuti SK, Saltz LB, Tepper JE, colon cancer. In Devita VT, Lawrence ST, Rosenberg SA. Cancer principles and practice of oncology 8thed. Philadelphia Lippincott Wiliams and Wilkins. 2008:p:1233–85.

7. Tan BR. Gastrointestinal cancer colorectal and anal. In Govindan R. The Washington manual of oncology. Second edit. Lippincott Wiliams and Wilkins. 2008:p:190–204.

8. Jessup JM, McGinnis LS, Steele GD, et al. The National Cancer Data Base. Report on colon cancer. Cancer. 1996;78: 918–26.

9. Benson AB. Epidemiyology, disease progression, and economic burden of colorectal cancer. J of manag care pharm 2007:13;(suppl s-c) s5-s18.

10. Gunderson LL, Jessup JM, Sargent DJ, et al. Revised categorization for colon cancer based on national survival outcomes data. J Clin Oncol. 2010;28 (2):264–71.

11. Jessup JM, McGinnis LS, Steele GD, et al. The National Cancer Data Base. Report on colon cancer. Cancer. 1996;78: 918-26.

12. Jemal A, Siegel R, Xu J, and Ward E, Cancer Statistics, 2010. CA Cancer J Clin 2010; 60: 277–300.

13. Tan BR. Gastrointestinal cancer colorectal and anal. In Govindan R. The Washington manual of oncology. Second edit. Lippincott Wiliams and Wilkins. 2008: p:190–204.

14. Majumdar SR, Fleetcher RH, Evans A. How does colorectal cancer presnt? Symptoms, duration, and clues to lokation. Am j Gastroenterol 1999, 94: 3039–45.

15. Stein W, Farina A, Gaffney K, et al. Characteristics of colon cancer at time of presentation. Fam Pract Res J 1993;13: 355-60.



Sorumlu Yazar: Dr. Doğan Yazılıtaş
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Kliniği› Ankara - TÜRKİYE
GSM: 0533 240 82 05
E-mail: doganyazilitas@yahoo.com






# Yaşlı Kadınlardaki Ürolojik Sorunlar

*Urological Problems in Elderly Women*


Süheyla AYDOĞMUŞ, Burcu BALAM YAVUZ, Yeter EKMEKÇİ, Dilek GÜREL

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Kliniği, Ankara - TÜRKİYE


Geliş Tarihi: 04.12.2010 Kabul Tarihi: 22.03.2011


## Özet

**Giriş:** Noktüri, urgency, üriner inkontinans gibi ürolojik sorunlar yaşlı kadınlarda sık görülmekle birlikte çeşitli nedenlerden dolayı özellikle sorgulanmadıkça doktora bildirilmemektedir. Bu çalışmanın amacı bir geriatri polikliniğine başvuran yaşlı kadın hastalardaki ürolojik semptomların sıklığını belirlemektir.

**Yöntem ve Gereçler:** Geriatri polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 111 kadın hasta incelendi. Hastaların ürolojik semptomları sorgulandı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 76.0±7.3 idi. Kırk dört (%39.6) hastada üriner inkontinans, 38 (%34.2) hastada urgency ve 34 (%30.6) hastada noktüri tespit edildi. Üriner inkontinansı olan hastaların %70.5'u urge inkontinanstı ve %77.3 hastada geri döndürülebilir üriner inkontinans sebepleri tespit edildi.

**Sonuç:** Çeşitli komplikasyonlara ve morbiditeye neden olması, yaşam kalitesini bozması, tespit edildiği durumda tedavi edilebilir olması nedeniyle gözden kaçırmamak için başvuru şikayeti ne olursa olsun geriatrik yaş grubundaki tüm hastalarda ürolojik semptomlar sorgulanmalıdır.


**Anahtar Kelimeler:** Geriatri; yaşlı; üriner inkontinans; noktüri; urgency.


## Abstract

**Aim:** Although urological problems such as nocturia, urgency, and urinary incontinence are frequently seen in elderly women, they are not reported to doctors unless they are especially asked. The aim of this study is to determine the frequencies of urological symptoms in elderly women admitted to a geriatric medicine clinic.

**Material and Methods:** Total number of 111 elderly women admitted to geriatric medicine outpatient clinic with any reason. Urological symptoms of the patients were examined.

**Results:** Mean age of the patients were 76.0±7.3. Forty four (39.6%) urinary incontinence, 38 (34.2%) urgency and 34 (30.6%) nocturia were diagnosed. Within patients with urinary incontinence 70.5% were urge incontinence. Reversible causes of incontinence were diagnosed in 77.3% of the patients with urinary incontinence.

**Conclusion:** Urologic symptoms result in various complications, morbidity and decrease in quality of life, and they can be treated if recognised. Therefore, in order not to underdiagnose they should be evaluated in every geriatric patient admitted with any reason.


**Keywords:** Geriatric medicine; elderly; urinary incontinence; nocturia; urgency.

## Giriş

Yaşlı kadınlarda noktüri, urgency, üriner inkontinans gibi ürolojik sorunlar nadir olmamasına rağmen sıklıkla doktora bildirilmemekte, özellikle sorgulanmazsa gözden kaçabilmektedir. Yaşlılar bu semptomların yaşa bağlı gelişen normal değişiklikler olduğunu düşünmekte ya da utanma, tedavi edilebileceğine inanmama gibi nedenlerle doktora iletmemektedir. Sık olmaları, morbiditeye neden olmaları, tedavi edilebilir olmaları ve tedavi edildiğinde hastanın yaşam kalitesinde anlamlı artışa sebep olmaları nedeniyle yaşlı kadınlar değerlendirilirken başvuru şikayetleri ne olursa olsun üriner inkontinans başta olmak üzere ürolojik semptomlar sorgulanmalıdır (1-3)

Bu çalışmanın amacı bir geriatri polikliniğine başvuran kadın hastalardaki ürolojik semptomların sıklığını ortaya çıkarmaktır.

## Yöntem ve Gereçler

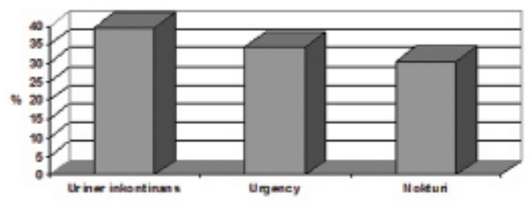
Herhangi bir nedenden dolayı geriatri polikliniğine başvuran 111 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara interdisipliner geriatri ekibi ile kapsamli geriatrik değerlendirme uygulandı. Kapsamlı geriatrik değerlendirme kapsamında hastaların ürolojik problemler açısından değerlendirildi. Hastaların noktüri, urgency, üriner inkontinans semptomları sorgulandı. İnkontinans mevcut olan hastalarda gece mi gündüz mü olduğu, sıklığı ve inkontinansın tipi (urge inkontinans, stress inkontinans, taşma tipi inkontinans, miks inkontinans) tespit edildi.

Çalışmanın verileri SPSS 15.0 programına kaydedilip analiz edildi. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak, normal dağılan sayısal veriler ortalama±SD olarak verildi.

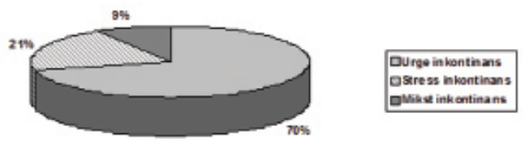
## Bulgular

İncelenen 111 hastanın yaş ortalaması 76.0±7.3 idi. Başvuru şikayeti ürolojik semptomlar olan hasta sayısı 5 idi (%4.5). Ürolojik semptomlar incelendiğinde 44 (%39.6) hastada üriner inkontinans, 38 (%34.2) hastada urgency ve 34 (%30.6) hastada noktüri tespit edildi (Şekil 1). Üriner inkontinansı olan hastaların 31'inde (%70.5) urge inkontinans, 9'unda (%20.5) stres inkontinans ve 4 hastada (%9) miks tipte inkontinans tespit edildi (Şekil 2). Üriner inkontinansı olan hastaların 22'sinde (%50) noktüri de mevcuttu ve 13 hastada (%29.5) inkontinans sadece gece olmaktaydı. Hem gece hem gündüz üriner inkontinansı olan hasta sayısı 12 idi (%27.3). Üriner inkontinansı olan hastaların 20'sinde (%45.5) hergün, 11'inde (%25) haftada 2-3, 5'inde (%11.4) haftada bir ve 8'inde (%18.2) daha nadir inkontinans olmaktaydı. Üriner inkontinansı olan hastaların 34'ünde (%77.3) geri döndürülebilir üriner inkontinans sebepleri tespit edildi.

**Şekil 1.** Yaşlı kadınlardaki ürolojik semptomlar.




**Şekil 2.** Üriner inkontinansı olan hastalarda inkontinans tipleri.




## Tartışma

Bu çalışmada herhangi bir şikayetle başvuran 65 yaş ve üzerindeki kadın hastaların sorgulanmasıyla %39.6 üriner inkontinans, %34.2 urgency ve %30.6 noktüri tanısı kondu. Bu hastaların sadece 5'inin (%4.5) başvuru şikayeti üriner sistem ile ilgiliydi. Bu sonuçlar üriner inkontinansın ve diğer üriner sistem semptomlarının yaşlılarda sık görüldüğünü ve özellikle sorgulanmadığı zaman atlanabileceğini göstermektedir.

Üriner inkontinans her yaşta patolojik bir durumdur. Yaşa bağlı gelişen bazı değişiklikler geriatrik yaş grubundaki kadınlarda üriner inkontinansa zemin hazırlamakta, bu nedenle inkontinans bu yaş grubunda gençlere oranla daha sık karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılarda mesane kapasitesi, idrar yapmayı geciktirme becerisi ve fonksiyonel üretral basınç azalır. Menopoz sonrası östrojenin azalmasına bağlı olarak vulvuvajinal atrofi, atrofik vajinit, atrofik üretrit, periüretral ve pelvik kas kuvvetinde azalma görülür. Gebelik ve doğumlar nedeniyle pelvik kaslarda güçsüzlük, pelvik relaksasyon gibi değişiklikler gelişir. Ayrıca yaşla beraber gelişen antidiüretik hormonun diürnal ritminde bozulma nedeniyle noktüri ve inkontinansa meyil meydana gelir. Bütün bu sebepler yaşlı kadınlarda üriner inkontinans, urgency ve noktüri gibi semptomların sık karşımıza çıkmasına sebep olur. Üriner inkontinansın sıklığı ile ilgili toplumda yaşayan 60 yaş üzeri kadınlarda %33, erkeklerde %20, hastanede yatan yaşlılarda %40, bakımevlerinde %70-80 gibi rakamlar bildirilmiştir. Bununla birlikte üriner inkontinansın yaşlılığın fizyolojik bir sonucu olmadığını, tedavi edilebilir patolojik bir durum olduğunu ve önemli geriatrik sendromlardan biri olduğunu akıldan çıkarmamak gerekir (1, 2, 4-7). Bizim çalışmamızda da bulunan sıklıklar literatür verileriyle uyumlu bulunmuştur.

Üriner inkontinans çeşitli komplikasyonlara ve morbiditeye neden olması sebebiyle önemli geriatrik sendromlar arasındadır. Cilt problemleri, döküntüler, bası yarası, üriner infeksiyon riskinde artış, düşme riskinde artış, psikolojik sorunlar, utanma, sosyal izolasyon, yaşam kalitesinde düşüş ve bakımevine yerleştirme oranlarında artış üriner inkontinansın komplikasyonlarındandır (1, 2, 5, 8). Karşılaşılan her yaşlı kadının bu açıdan sorgulanıp inkontinansın tespit edilmesi sayesinde bu komplikasyonların önlenmesi, geri döndürülebilir inkontinans nedenlerinin tespit edilip tedavi edilmesi, kalıcı inkontinansta ise tipini ayırt edip tedavi edilmesi ile yaşlının yaşam kalitesinin arttırılması mümkün olmaktadır.

## Sonuç

Ürolojik sorunlar yaşlı kadınlarda sık görülmekle birlikte çeşitli nedenlerden dolayı çoğunlukla doktora bildirilmemektedir. Morbiditeye neden olması, yaşam kalitesini bozması, tespit edildiği taktirde tedavi edilebilir olması nedeniyle gözden kaçırmamak için başvuru şikayeti ne olursa olsun geriatrik yaş grubundaki tüm hastalarda sorgulanmalıdır.

## Kaynaklar

1- Yavuz BB, Cankurtaran M. Yaşlıda üriner inkontinans. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık, Editörler: K. Ersanlı, M. Kalkan, Pegem Akademi Yay. Eğt. Dan. Hizm. Tic. Ltd. Şti, Ankara, Bölüm 6, sayfa 142-146, 2008.

2- Johnson TM II, Ouslander JG. Incontinence. Eds: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. USA, McGraw HillCo., 2009, 717-30.

3- Ülger Z, Halil M. Üriner ve fekal inkontinans. Ed: Arıoğul S. Geriatri ve Gerontoloji, Ankara, MN Medikal & Nobel, 2006, 307-15

4- Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Lichtenstein MJ, Markides KP. Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly Mexican-American women. J Am Geriatr Soc. 2003;51:1580-6.

5- Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, ve ark. Health, aging, and body composition study. Obstet Gynecol 2004;104:301-7.

6- Maggi S, Minicuci N, Langlois J, ve ark. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M14-18.

7- Johnson TM 2nd, Burgio KL, Redden DT, Wright KC, Goode PS. Effects of behavioral therapy on nocturia in older incontinent women. J Am Geriatr Soc 2005;53:846-50.

8- Goldman L, Ausiello D. Cecil Textbook of Medicine 22nd ed. Elsevier Inc, 2004:111-3.

Sorumlu Yazar: Dr. Süheyla AYDOĞMUŞ
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Kliniği, Ankara - TÜRKİYE
Gsm: 0 505 254 38 36
E-mail: suheylaaydogmus@mynet.com