DOI: 10.4274/tjcd.48403
Turk J Colorectal Dis 2018;28:27-30'da yayımlanan
İngilizce makalenin 'bire bir' Türkçe versiyonudur.

ÖZGÜN MAKALE

Kolorektal Kanser Tarama Amaçlı Yapılan Gaytada Gizli Kan Testi Pozitif Saptanan Hastalarda Kolonoskopi Bulguları

Colonoscopy Findings in Patients Who Have Positive Fecal Occult Blood Test for Colorectal Cancer Screening

Burhan Mayir, Cemal Özben Ensari, Abdullah Durhan, Yaşar Çöpelci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya, Türkiye

ÖZ

Amaç: Kolorektal kanser tarama amaçlı yapılan gaytada gizli kan testinde pozitiflik saptanarak kolonoskopi yapılan hastalarda kolonoskopi yapılma oranı, kanser, polip ve diğer kolorektal hastalık oranlarını ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya alınan hastaların kolonoskopi sonuçları prospektif olarak kayıt altına alındı.

Bulgular: Kolonoskopi planlanan ardışık 300 hastanın sadece 127'si (%42,3) kolonoskopiyi kabul etti ve yaptırdı. Hastaların 47'sinde (%37) kolonoskopi normal idi. Kırk (%31,5) hastada benign polip, 24 (%18,9) hastada divertiküler hastalık, 40 (%31,5) hastada hemoroid veya anal fissür izlendi. Polip saptanan ve polipektomi yapılan hastalarda histopatolojik inceleme sonucunda bir (%0,8) hastada hafif şiddette displazi ve bir (%0,8) hastada malign polip saptandı.

Sonuç: Gaytada gizli kan pozitifliği saptanan hastalarda kolonoskopi yaptırma oranı ve malignite saptanma oranı çok düşük bulunmuştur. Hastaların kolonoskopinin gerekliliği konusunda bildirilmesi ve kolonoskopi yaptırılmaya teşvik edilmesi kolorektal tarama programlarının başarıya ulaşmasında faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, tarama, kolonoskopi

ABSTRACT

Aim: To determine the rate of colonoscopies performed in patients referred for colonoscopy due to positive fecal occult blood test in colorectal cancer screening, and the rates of cancer, polyps, and other colorectal diseases detected in those who underwent colonoscopy.

Method: Colonoscopy results of the patients were recorded prospectively.

Results: Of the 300 consecutive patients scheduled for colonoscopy, only 127 (42.3%) underwent the procedure. Normal colonoscopy findings were seen in 47 (37%) of the patients. Forty patients (31.5%) had benign polyps, 24 (18.9%) had diverticulosis, and 40 (31.5%) had hemorrhoids or anal fissures. One patient (0.8%) had mild dysplasia and one patient (0.8%) had malignant polyp in histopathologic examination of polypectomy specimen.

Conclusion: The colonoscopy rate and the rate of detection of malignancy were very low in patients who had positive fecal occult blood test in the present study. Informing patients about the need for colonoscopy and encouraging them to have colonoscopy will be helpful for the success of colorectal screening programs.

Keywords: Colorectal cancer, screening, colonoscopy

Giriş

Kolorektal kanserler (KRK) dünyada ve ülkemizde 3. en sık görülen kanserlerdir.[1,2] 2014 yılına ait ülkemiz verilerine göre kadınlarda tüm kanserlerin %8'ini, erkeklerde ise %9'unu KRK'ler oluşturmaktadır.[1] KRK'de erken tanı, yüksek sağkalım oranları ile ilişkilidir. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de KRK tarama programları uygulanmaktadır. 2016 yılı verilerine göre 1,708,025 kişinin KRK için taramaya alındığı bildirilmiştir.[3] Ülkemizde KRK tarama programı iki yılda bir gaytada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopiyi

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Burhan Mayir
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya, Türkiye
Tel.: +90 532 720 03 73 **E-posta:** burmay@yahoo.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-8428-6461
Geliş Tarihi/Received: 01.01.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.02.2018

©Telif Hakkı 2018 Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği
Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

içermektedir. GGK testi pozitif saptanan kişilerde ise kolonoskopi yapılmalıdır.[4] Bu çalışmadaki amaç, KRK tarama amaçlı yapılan GGK testinde pozitiflik saptanarak kliniğimize kolonoskopi yapılması amaçlı başvuran hastaların sonuçlarını inceleyerek, bu hastalarda kolonoskopi yapılma oranı, kanser, polip ve GGK pozitifliği yapabilecek diğer kolorektal hastalık oranlarını ortaya çıkarmaktır.

Gereç ve Yöntem

Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılan GGK testinde pozitiflik saptanarak kliniğimize kolonoskopi amaçlı gönderilen ardışık 300 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta bilgileri hasta dosyalarından retrospektif olarak alındı. Bilinen GGK pozitifliği yapabilecek kolorektal ve anal hastalığı olanlar, aktif gastrointestinal semptom ve bulguları olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Kliniğimizde uygulanan prosedür dahilinde tüm hastalara kolonoskopinin gerekliliği ve nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirme yapıldı ve yazılı onay alındı. GGK testi, insan hemoglobinini saptayan immünokimyasal yöntem kullanılarak yapıldığı ve test sonucu diyet kaynaklı hayvansal gıdalardan etkilenmediği için, test tekrarı yapılmayarak hastalara kolonoskopi planlandı. Tüm kolonoskopiler genel cerrahi uzmanları tarafından gerçekleştirildi. Kolonoskopi öncesi uygun barsak temizliği ve işlem sırasında sedasyon uygulandı. Kolonoskopi ile anüsten çekum tabanına kadar tüm kolorektal bölge incelenmeye çalışıldı. Kolonoskopi sırasında saptanan polip, divertikül gibi kolorektal patolojiler ve hemoroid, anal fissür gibi anal patolojiler prospektif olarak kayıt altına alındı. Polip saptanan hastalarda histopatolojik inceleme ile malignite, displazi gibi polip özellikleri değerlendirildi. Elde edilen tüm veriler kayıt altına alınarak tanımlayıcı istatistiksel veriler elde edildi.

Bulgular

GGK testi pozitifliği sebebiyle kliğimize yönlendirilen ve kolonoskopi planlanan ardışık 300 hastanın sadece 127'sine (%42,3) kolonoskopi yapıldı. Diğer hastalar kolonoskopiye yönlendirilmelerine rağmen kliniğimizde kolonoskopi yaptırmadılar. Kolonoskopi yapılan hastaların 84'ü (%66,1) kadın, 43'ü (%33,9) erkek idi. Hastaların yaşları 43-71 (59,3) arasında idi. Hastaların 47'sinde (%37) kolonoskopi normal idi. Kırk (%31,5) hastada benign polip, 24 (%18,9) divertiküler hastalık, 40 (%31,5) hastada hemoroid veya anal fissür izlendi (Tablo 1). Polip saptanan ve polipektomi yapılan hastalarda histopatolojik inceleme sonucunda bir (%0,8) hastada hafif şiddette displazi ve bir (%0,8) hastada malign polip saptandı. Kolonoskopi yaptırmayan hastaların kliniğimizdeki ileri dönem takiplerini incelediğimizde ise bir hastada, GGK pozitifliği sebebiyle kliniğimize başvurudan yaklaşık 2 ay sonra malign kitleye bağlı obstrüksiyon saptandığı ve hastanın opere edildiği görüldü. Fakat bu hasta tarama amaçlı kolonoskopi yaptıran hastalardan olmadığı için kolonoskopi sonrası malignite oranı hesaplanırken dahil edilmemiştir.

Tartışma

KRK'ler sık görülen kanserlerdendir. Erken evre KRK'de sağkalım ileri evre kanserlere göre daha iyi olmakla birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların önemli bir kısmının ileri evrede saptandığı görülmektedir.[5,6] KRK'lerin taranması ile hastalar daha erken evrelerde saptanabilir, lokal girişimler gibi daha minimal invaziv girişimlerler tedavi edilebilir ve adjuvan ve neoadjuvan tedavilere daha az ihtiyaç duyulabilirler. Bu hem kansere bağlı morbidite ve mortalite, hem de sağlık harcamalarında önemli miktarda azalmaya yol açabilir. Yıllık yapılan GGK testinin KRK'ye bağlı ölümleri %16, hayat boyu bir kez yapılan fleksible sigmoidoskopinin ise %27 oranında azalttığı gösterilmiştir.[7,8] Bu oranlar, kanser taramasının etkinliğinin önemli bir göstergesidir. KRK taraması için birçok ülke yaygın olarak GGK, rektosigmoidoskopi ve kolonoskopi kullansa da, kapsül endoskopi ve sanal kolonoskopi gibi kolonu anatomik olarak inceleyen yöntemler veya deneysel aşamada olan plazmada veya gaytada çeşitli DNA ve mikroRNA moleküllerinin araştırılmasına dayanan bazı testlerle ilgili yoğun çalışmalar yapılmaktadır (Tablo 2).[9,10,11,12] Bu testlerin hangisi ya da hangilerinin kullanılacağı ile ilgili standart bir öneri yoktur. Ülkeler kanser görülme sıklığı, tarama yapacak

Tablo 1. Kolonoskopi bulguları

Kolonoskopi bulguları	n	%
Normal bulgular	47	37
Polip	42	33,1
Hemoroid, anal fissür	40	31,5
Divertiküler hastalık	24	18,9

Tablo 2. Kolorektal kanser taramasında kullanılan ve deneysel aşamada olan bazı yöntemler[9,10,11,12]

Yöntem	Sensivite (%)	Spesifite (%)
Kolonoskopi	95	90
Gaytada gizli kan	70	95
Sanal kolonoskopi	89	75
Kapsül endoskopi	93	69
SEPT9 tabanlı testler	67-96	81-99
Plazma mikroRNA saptanması	84-89	70-71

iş gücü, ülkenin ekonomik durumu gibi bazı faktörlere bağlı olarak farklı tarama stratejileri uygulayabilmektedir. Sağlık bakanlığımız tarafından KRK taramasında önerilen yaklaşım, 50-70 yaş arası tüm hastalarda ve KRK için artmış riske sahip 40 yaş üstü hastalara iki yılda bir GGK testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılmasıdır.[3] KRK'lerin ortalama görülme yaşı 68 olmakla birlikte bu kanserlerin büyük çoğunluğu 50 yaşından sonra görülmektedir.[13] Bu sebeple KRK için taramalar 50 yaşından sonra başlatılmaktadır. İleri yaşlarda ise tarama girişimlerinin morbidite ve mortaliteyi azaltmada katkısı sınırlıdır. Taramaların sonlandırılması için farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Ülkemizde tarama sonlandırma yaşı 70 olarak kabul edilirken, ABD'de ve Avrupa'da ki birçok ülkede bu yaş sınırı 75 olarak kabul edilmektedir.[3,14,15] Çalışmamızda kliniğimize GGK pozitifliği sebebiyle yönlendirilen 300 hastanın sadece %42,3'ünün kolonoskopi yaptırdığı saptanmıştır. Ülkemizde GGK pozitifliği sonrası kolonoskopi yaptırma oranı birçok Avrupa ülkesine göre çok düşüktür. Bu oran Fransa'da %88, İngiltere'de %83, İrlanda'da %83, Hollanda'da %74,3, Hırvatistan'da %66, Litvanya'da %66,1'dir.[16] Tarama programının daha etkin olması, daha fazla kanserin erken evrede yakalanması amacıyla kolonoskopi yaptırma oranının yükseltilmesi gerekmektedir. Bunun için kolonoskopi için yönlendirileren hastalara, kanser riski, kolonoskopinin kesinlikle yapılması gerektiği ve bunun önemi hakkında ayrıntılı olarak bilgi verilmelidir. Ayrıca GGK testi yapılan merkezlerde hastaların takip edilerek kolonoskopi sonrası geri dönüşlerin değerlendirilmesi, kolonoskopi yaptırmayan hastaların saptanarak tekrar kolonoskopiye yönlendirilmeleri kolonoskopi yapılma sayısını arttıracaktır. Çalışmamızda malignite oranı da çok düşük olarak bulunmuştur. Toplamda hastaların %0,8'inde malignite, %0,8'inde displazi saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların %31,5'inde benign polip görülmüştür. Adenom saptanma oranımız diğer Avrupa ülkeleriyle benzer olsa da, malignite saptanma oranımız çok düşük olarak bulunmuştur. KRK tarama programlarını değerlendiren bir derlemede, Güney Kore'de GGK pozitifliği saptanan hastalarda kolonoskopi yapılma oranının %31,4 ve kanser saptanma oranının %1,2 olduğu bildirilmiş ve düşük kolonoskopi yapılma oranının düşük kanser saptanma oranıyla ilgili olabileceği ifade edilmiştir.[16] Bu sonuç, kolonoskopi yapılma oranın arttırılmasının önemini göstermektedir. Çalışmamızda GGK pozitifliği yapabilen maligniteyle ilgili olmayan diğer patolojileri incediğimizde, hastaların yaklaşık %50'sinde kolonik divertikül ve hemoroid ve anal fissür gibi anal bölge patolojileri saptanmıştır. Saptanan bu ek hastalıkların oranın yüksek oluşu, kanser için yalancı pozitiflik yaparak kanser saptanma oranlarımızın düşük olmasının bir neden olabilir. KRK taraması bir bütün olarak ele alındığında, GGK pozitifliği saptanan hastaların ne kadarının kolonoskopi için ileri merkezlere başvurduğu, başvuranların ne kadarına kolonoskopi yapıldığı ve bu kişilerde ne oranda kanser saptandığı değerlendirilmelidir. Bu çalışmada, kendi kliniğimiz için kolonoskopi yapılma ve kanser saptanma oranı ortaya konmuşsa da eldeki verilerle GGK pozitif saptananların ne kadarının kolonoskopi için ileri merkezlere başvurduğunu saptamak mümkün değildir. Bu bilgi ancak KETEM hasta takip verilerinden elde edilebilir. Çalışmamızın bazı kısıtlayıcı yönleri vardır. Hastaların kolonoskopi yaptırma oranları düşük olarak bulunmuştur. Hastalar kolonoskopi için kliniğimize yönlendirilmiş bile olsalar, bazı hastalar kolonoskopik incelemeyi başka merkezlerde yaptırmış olabilirler. Bu durum da kolonoskopi yaptırma oranı olduğundan daha düşük bulunmuş olabilir. Çalışmanın diğer kısıtlayıcı yönü hasta sayısının az olmasıdır. Bunun için veri toplamaya devem edilmesi, farklı merkezlerle sonuçların bir arada değerlendirilerek çok merkezli sonuçların alınması kanser saptanma oranının daha doğru olarak bulunmasını sağlayacaktır. Sonuç olarak, çalışmamızda GGK pozitifliği saptanan hastalarda kolonoskopi yaptırma oranı ve malignite saptanma oranı düşük olarak bulunmuştur. Hastaların kolonoskopinin gerekliliği konusunda bildirilmesi ve kolonoskopi yaptırılmaya teşvik edilmesi, kolorektal tarama programlarının başarıya ulaşmasında faydalı olacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Retrospektif çalışma.

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: B.M., C.Ö.E., A.D., Y.Ç., Konsept: B.M., C.Ö.E., Dizayn: B.M., A.D., Y.Ç., Veri Toplama veya İşleme: B.M., Analiz veya Yorumlama: B.M., Literatür Arama: N.E., C.Ö.E., A.D., Yazan: B.M., Y.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. www.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0
2. http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data
3. KOLOREKTAL KANSER TARAMALARI http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal_kanser_tarama_programi.pdf
4. http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/kolorektal.pdf
5. Çakmur H, Anuk T, Önder T, Güven H, Köksal N. Kuzey-Doğu Anadolu Bölgesinde Görülen Kolorektal Kanserlerin Özellikleri. Turk J Colorectal Dis 2015;25:21-27.
6. Özkan ÖF, Kaya Ü, Güner A, Cevizci S, Özkul F, Sezer C, Reis E. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve hastalık özellikleri. Pam Tıp Derg 2012;5:132-135.

7. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. Cochrane Database Syst Rev 2007;24:CD001216.
8. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, García FAR, Gillman MW, Harper DM, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Landefeld CS, Mangione CM, Owens DK, Phillips WR, Phipps MG, Pignone MP, Siu AL. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. US Preventive Services Task Force. JAMA 2016;315:2564-2575.
9. Bailey JR, Aggarwal A, Imperiale TF. Colorectal Cancer Screening: Stool DNA and Other Noninvasive Modalities. Gut Liver 2016;10:204-211.
10. Bray C, Bell LN, Liang H, Collins D, Yale SH. Colorectal Cancer Screening. WMJ 2017;116:27-33.
11. Rodriguez-Montes JA, Menendez Sanchez P. Role of micro-RNA in colorectal cancer screening. Cir Esp 2014;92:654-658.
12. Kobaek-Larsen M, Kroijer R, Dyrvig AK, Buijs MM, Steele RJC, Qvist N, Baatrup G. Back-to-back colon capsule endoscopy and optical colonoscopy in colorectal cancer screening individuals. Colorectal Dis 2017. [Epub ahead of print]
13. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2014
14. von Karsa L, Patnick J, Segnan N. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Executive summary. Endoscopy 2012;44 Suppl 3:SE1-8.
15. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter CM, Webber EM, OıConnor E, Smith N, Whitlock EP. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2016;315:2576-2594.
16. Navarro M, Nicolas A, Ferrandez A, Lanas A. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. World J Gastroenterol 2017;23:3632-3642.