

**Kolorektal Poliplerin Genel Özellikleri; Tek Merkez Sonuçları**

**General Properties of Colorectal Polyps; Single Center Results**

Ayşe Kefeli<sup>1</sup>, Ali Akın<sup>2</sup>, Ayşe Kevser Demir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Gastroenteroloji BD

<sup>2</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD

<sup>3</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD

**Sorumlu Yazar:**

Doç. Dr. Ayşe Kefeli

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Gastroenteroloji BD

E-mail:

aysekefeli@hotmail.com

**Özet**

**Amaç:** Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunun kolon poliplerinden geliştiği kanıtlanmıştır. Bu nedenle kolon poliplerinin erken tespit tedavisi önem arz etmektedir. Bu yazıda kliniğimizde yapılan kolonoskopide tespit edilen poliplerin genel özelliklerini sunmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Merkezi Hastanesi Gastroenteroloji bölümünde kolonoskopi yapılan 784 adet gastrointestinal polip olgusu retrospektif olarak incelendi, çalışma kriterlerini sağlayan 217 hasta çalışmaya alındı. Yerleşim özellikleri ve histopatolojik tiplerine göre polipler sınıflandırıldı.

**Bulgular:** Polip tespit edilen hastaların % 65,9'u erkek, %34,1'i kadındı. Polipler %20,7 oranında en sık rektumda, en az %0,5 oranında splenik flexura yerleşimliydi. Olguların %83,9'unda (179 hasta) polipler sadece tek lokalizasyonda iken birden fazla lokalizasyonda polip bulunma oranı %16,1(38 hasta) olarak saptanmıştır. Histopatolojik olarak poliplerin %61,7'i adenomatöz, %33,2'si hiperplastik, %0,5'i adenokanser, geri kalan sıklık sırasına göre hamartamatoz, inflamatuvar ve sesil polip olarak saptanmıştır. Adenomatöz polipler alt tiplerine göre %53,9 tübüler, %6,9 tübülovillöz %0,9 villöz tip olarak rapor edilmiştir.

**Sonuç:** Kolorektal poliplerin sıklıkla rektosigmoid bölgede yerleştiği yaklaşık olarak üçte ikisi adenomatöz, üçte birinin hiperplastik karakterde olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal kanserler; adenomatöz polip; saplı ve sapsız polip

## ABSTRACT

**Background/Aims:** Colorectal cancers are the most common gastrointestinal malignancies. It is the third most common cancer in the World and one of the major causes of cancer-related mortality in developed countries. The incidence and mortality of colorectal carcinoma is markedly different worldwide. Gastrointestinal polyps are lesions that may have proliferative and neoplastic potential, forming a mass by protruding into the lumen. In this study, it was aimed to document the general properties of the colorectal polyps which were diagnosed in colonoscopy scans in our center.

**Material and Methods:** A total of 784 patients with gastrointestinal polyps who underwent colonoscopy in the Department of Gastroenterology, Tokat Gaziosmanpaşa University Health Research and Application Center Hospital, were reviewed retrospectively and 217 patients were included in the study. Polyps were classified according to their histopathological types and location.

**Results:** Patients with polyps; 65,9% male and 34,1% female. Polyps were most frequently 20.7% in rectum and at least 0.5% in splenic flexura. In 83.9% (179

patients) of the cases, polyps were found to be only localized in a single location, while polyps were found to be more than 16.1% (38 patients). Histopathologically, the polyps were 61.7% adenomatous, 33.2% hyperplastic, 0.5% adenocarcinoma, and the rest were hamartomatosis, inflammatory and acoustic polyps respectively. Adenomatous polyps were reported as 53.9% tubular and 6.9% tubulovillous 0.9% villous type according to their subtypes.

**Conclusion:** In our study, we evaluated polyps of the lower gastrointestinal system and it was found that our results were generally compatible with the literature.

## KEYWORDS

Colorectal cancers; adenomatous polyps; sessile serrated polyps

## GİRİŞ

Kolorektal kanserler (KRK) en sık görülen gastrointestinal malignitelerdendir. Dünya’da en sık görülen üçüncü kanserdir ve gelişmiş ülkelerde kansere bağlı mortalitenin önemli sebeplerindendir (1-2). KRK insidans ve mortalitesi çevresel faktörlere diyet ve genetik yatkınlığa bağlı olarak değişmektedir (3). Gastrointestinal polipler, mukoza ve submukoza epitelinden köken alan ve gastrointestinal sistemde lümen içine doğru çıkıntı yaparak kitle oluşturan proliferatif ve neoplastik potansiyeli olabilen lezyonlardır. Gastrointestinal sistem polipleri en sık kolorektal bölgede görülürler. Adenomlar ile KRK’ların ortak genetik paterni, yaşla birlikte sıklığının artması, bölgesel tutulumlarının benzerliği, adenom tarama ile KRK sıklığında azalma olması gibi pek çok nedenden ötürü kolorektal kanserlerin önceden var olan kolorektal poliplerden özellikle adenomlardan sonra geliştiği düşünülmektedir (4). Bu nedenle KRK gelişiminin önlenmesi için 45 yaşından itibaren kolonoskopi ile tarama ve tespit edilen tüm poliplerin çıkarılması önerilmektedir.

Adenomu olan bireyler, adenomu olmayanlara göre 2,7 kat kolorektal kanser ve kolorektal ölüm riskine sahiptir (5). Adenomatöz poliplerin düzensiz epitelyal

proliferasyonu ve tam olgunlaşma veya farklılaşma gösterememesinden oluşan neoplazi (adenomatöz poliplerin karsinomaya dönüşümü) yaygın görülür ve genellikle adenom karsinom dizisi olarak bilinir (6). Büyüklük, adenom sayısı, histolojik tip ve displazi derecesi gibi özellikler malign potansiyelini belirlerler (7-9). Ailede kolorektal kanser öyküsü olması ve polipin 1 cm in üzerinde adenom veya villöz/tübülovillöz adenom olması durumunda kolorektal kanser için riski artırmaktadır. Kolorektal kanser 40 yaş altında daha az görülürken, 40-50 yaş arası sıklık artmaktadır. Kolorektal polipler nonneoplastik polipler (hipeplastik polipler), hamartamatöz polipler (juvenilpolipozis, peutzjeghersendromu, cronkhitecanada sendromu, cowden sendromu) neoplastik polipler (tübüler, tübülovillöz ve villöz) olarak sınıflandırılmaktadır (10,12).

Kolorektal adenomlar için optimal tarama ile erken tespit ve adenomun çıkarılması kolorektal kansere bağlı insidans ve mortalite oranını azaltır (12).

Bu yazıda kliniğimizde yapılan kolonoskopide tespit edilen poliplerin genel özelliklerini sunmayı amaçladık.

## MATERYAL VE METOD

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi

Hastanesi Gastroenteroloji bölümünde kolonoskopi yapıp polip saptanan 784 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Kolonda polip tespit edilen 217 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, polip sayıları, boyutları, lokalizasyon ve patoloji sonuçları incelendi. Polip büyüklüklerine göre hastalar 5 mm'den büyük ve küçük olmak üzere iki guruba, polip sayılarına göre de iki grubu ayrıldı. Hastaların kolonda bulunan polipleri lokalizasyonuna ve patoloji sonuçlarına göre ayırım yapıldı. Çalışmaya patoloji sonuçları olmayan, büyüklük ve lokalizasyon verileri kayıt altında olmayan, verileri eksik olan hastalar ile midede polip saptanan hastalar dahil edilmedi.

## İSTATİKSEL ANALİZ

Veriler sınıflandırırken PASW Statistics 18 istatistik programı kullanıldı. Tüm veriler istatistiksel analizi PASW Statistics 18 paket programı kullanılarak yapıldı. Tüm değişkenler için tanımlayıcı istatistik yapılmış ve yüzde ve sayıyla ifade edildi. Sonuçlar kategorik değişkenler için yüzde, sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma veya ortanca olarak sunuldu. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama ± standart sapma olarak gösterildi. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri sayı (%) olarak gösterildi.

## BULGULAR

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Hastanesi Gastroenteroloji bölümü endoskopi ünitesinde son 3 yılda yapılan kolonoskopik değerlendirmeler incelemeye alındı. Polip tespit edilen 784 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların kolonda bulunan polipleri lokalizasyonuna ve patoloji sonuçlarına göre ayırım yapıldı. Çalışmaya patoloji sonuçları olmayan, büyüklük ve lokalizasyon verileri kayıt altında olmayanve midede de polip tespit edilen hastalar dahil edilmedi. Kalan 217 hasta çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %65,9'u erkek, % 4,1'i kadındı.

Poliplerin anatomik dağılımı ile lokalizasyonuna ait veriler Grafik 1 ve 2' de verilmiştir.

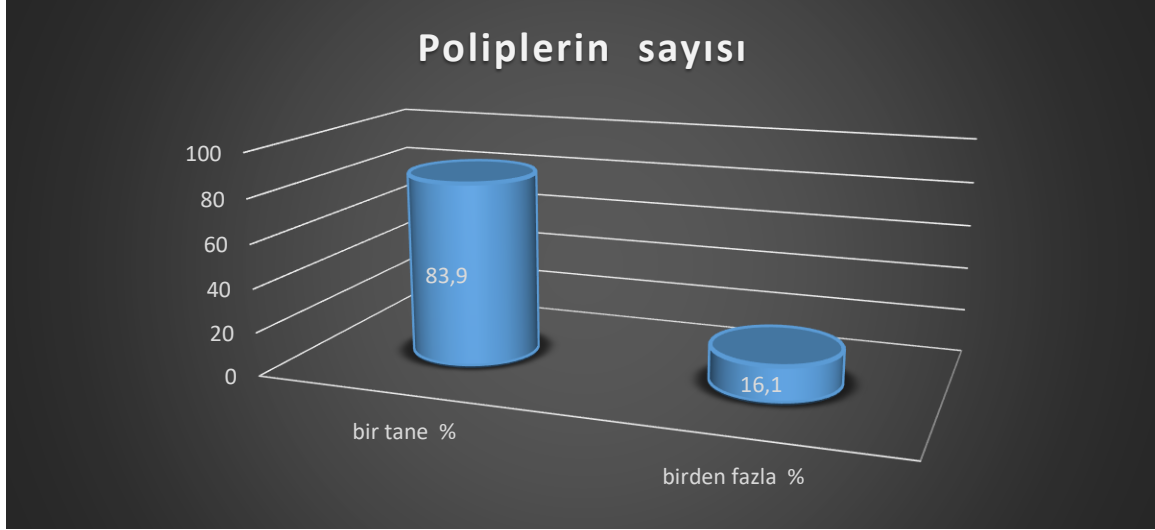
Poliplerin %68,2'i, 5mm'den küçüktü, %31,8 'i ise 5 mm'den büyük olarak tespit edildi (Grafik 3).

Poliplerin boyutlarına göre dağılımları Grafik 4 'de verilmiştir.

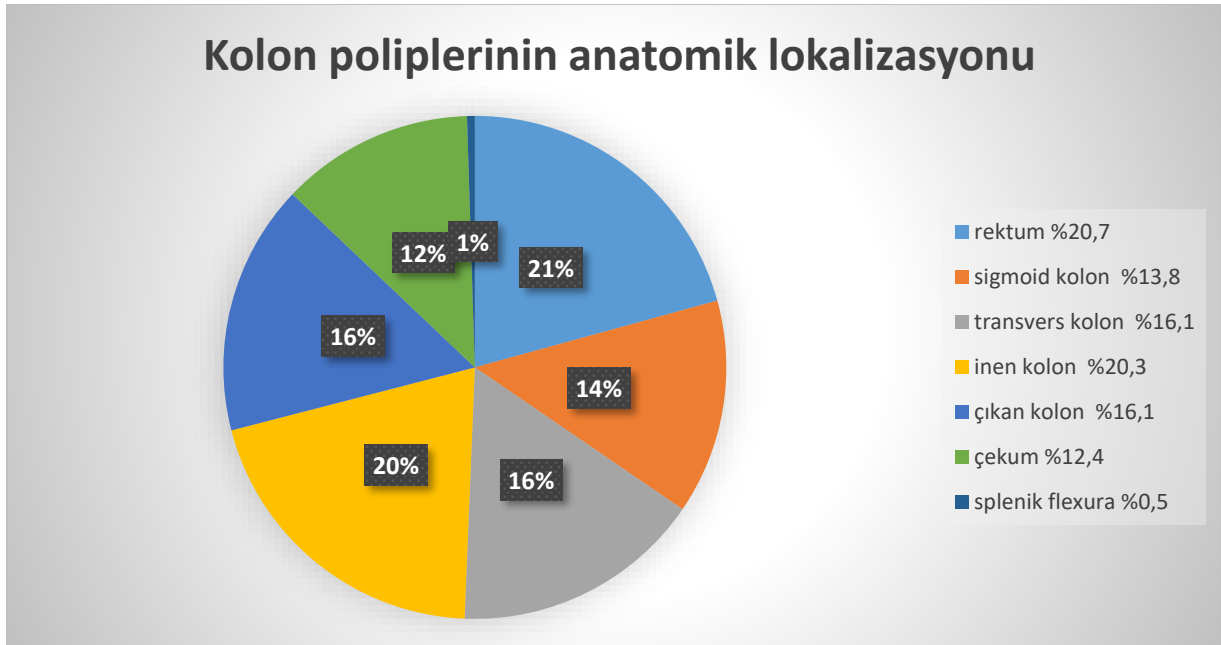
Morfolojik görünüm olarak poliplerin %68,2' i sapsız, %31,8'isaplı poliplerden oluşmaktaydı. Histopatolojik olarak poliplerin %61,7'si adenomatöz, %33,2'si hiperplastik, %0,5' i adenokanser, geri kalan sıklık sırasına göre hamartamatoz, inflamatuvarve sessil polip

olarak tespit edilmiştir. Adenomatöz polipler alt tiplerine göre %53,9 oranında tübüler, %6,9 oranında

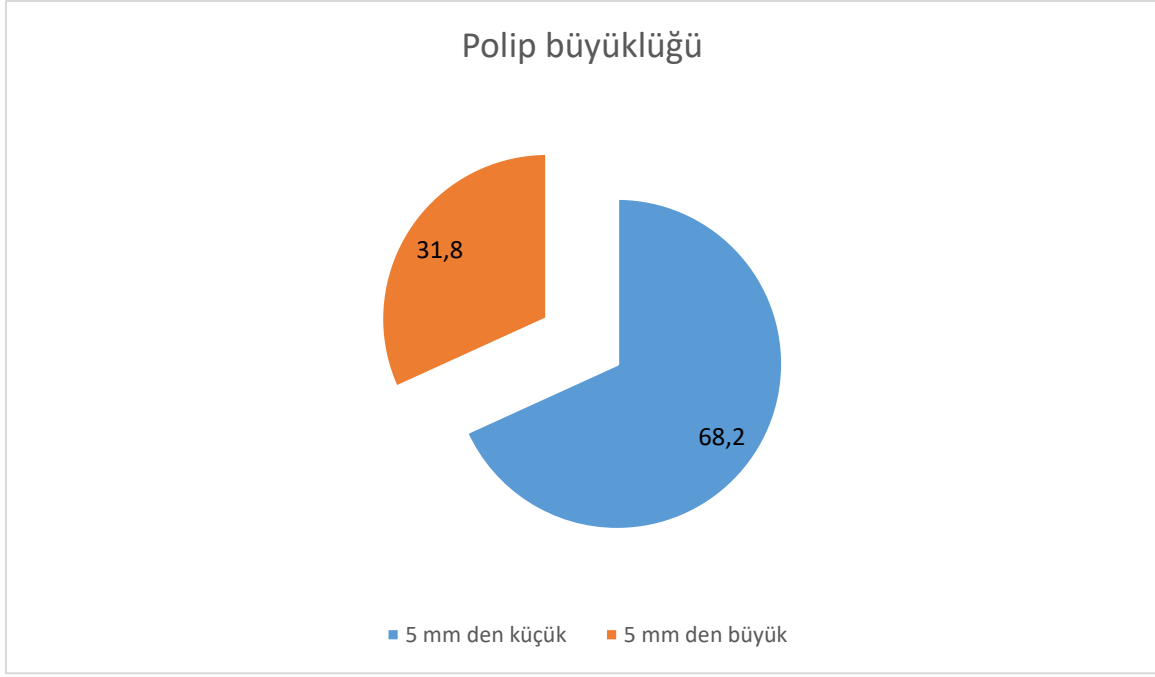
tübülovillöz %0,9 oranında villöz tip olarak rapor edilmiştir (Grafik 5).



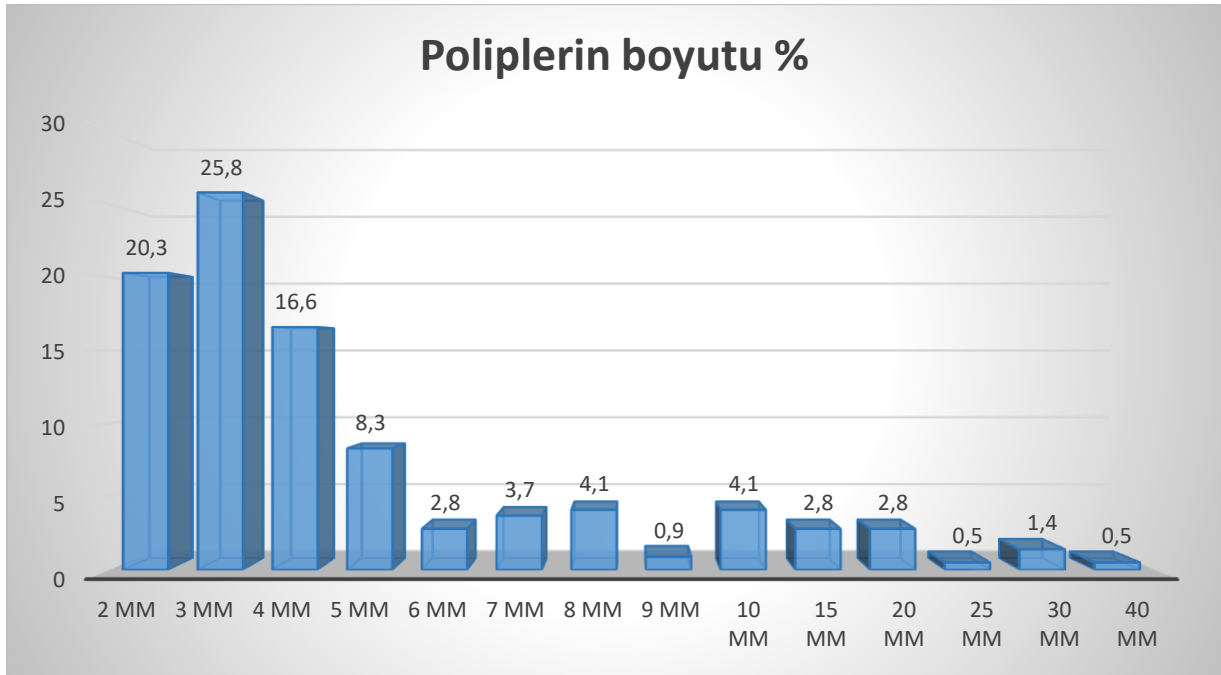
**Grafik 1. Kolonoskopide tespit edilen poliplerin tekil ya da çoğul olmalarına göre dağılımları**



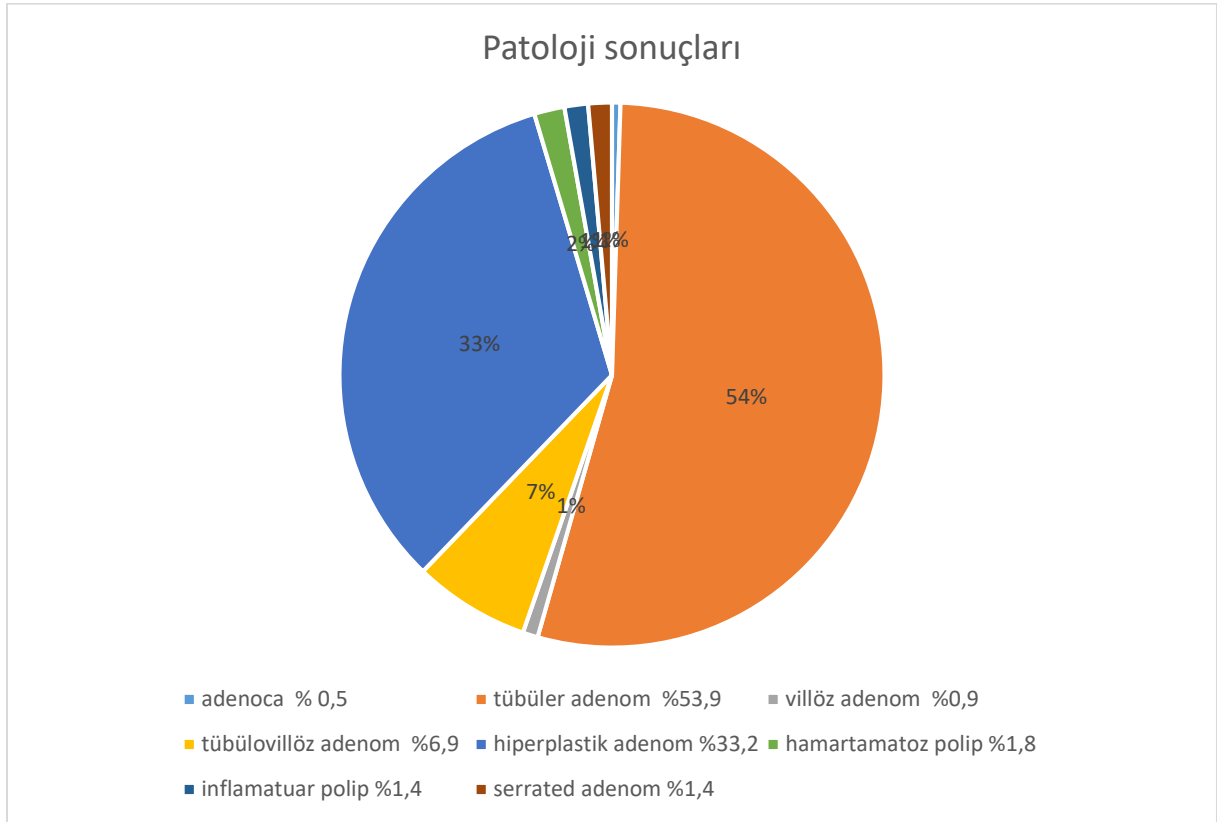
**Grafik 2. Kolon poliplerinin anatomik lokalizasyonu**



**Grafik 3. Poliplerin büyüklüklerine göre dağılımları**



**Grafik 4. Poliplerin boyuta göre dağılımları**



**Grafik 5. Poliplerin histopatolojik özelliklerine göre dağılımları**

### Tartışma

KRK'ın çoğu daha önce var olan adenomdan kaynaklanmaktadır (6-7). Kolonoskopi taramaları ile erken tespit ve adenomun çıkarılması mortalite oranını azalttığı gösterilmiş ve bu nedenle KRK taraması için kolonoskopik inceleme önerilmektedir (12).

Kolorektal polipler, semptomatik olabileceği gibi asemptomatik olarak da görülebilirler. Asemptomatik polipler KRK taraması için yapılan kolonoskopilerde ya da başka nedenle yapılan kolonoskopilerde

insidental olarak tespit edilirler. Polipler semptoma neden olduğunda hasta karın ağrısı kabızlık, intestinal obstrüksiyon ve en sık da rektal kanama ile başvurabilir. Poliplerin yaklaşık %20 si kanayabilirken, polip boyutu 1 cm üzerinde olduğunda kanama riski artmaktadır (13).

Gastrointestinal kanalda polipler en fazla rektosigmoid bölgede oluşurlar ve çekuma doğru görülme sıklıkları azalır. Bir çalışmada 914 vaka taranmış ve %47 rektosigmoid bölgede, %19,3 inen kolon, %11,2 transvers kolon, %8,5 çıkan kolon,

%4,6 çekumda polip bildirilmiştir (14). Bizim çalışmamızda ise tüm kolon polipleri içinde %67,7 ile sol kolonda daha sık rastlanmıştır. Bunu %16,1 ile transvers kolon çıkan kolon ve çekum izlemiştir.

Kolorektal polipler sesil veya saplı olabilir. Beş milimetrenin altındaki poliplere dimünitif polip denilir ve bu poliplerin invaziv karsinoma dönme riski azdır. Dahası bu poliplerin görüldüğünde çıkarılması ancak patolojiye gönderilmeden atılması önerilir (15-16). Bizim çalışmamızda tespit edilen poliplerin % 68,2'si 5 mm'den küçüktü.

Kolorektal polipler neoplastik venon-neoplastik olmak üzere iki ana sınıfa ayrılmaktadır. Neoplastik poliplerden en sık tübüler adenom görülürken, non-neoplastik poliplerden en sık ise hiperplastik polip görülür. Bu çalışmada %61,7 oranında neoplastik polip olarak tespit edilmiştir. Neoplastik poliplerden %53,9'u tübüler adenom iken, nonneoplastik poliplerden hiperplastik polip görülme oranı %33,2 olarak görülmüştür. Adenomun villöz yapı içeriyor olması, büyük olması ve yüksek dereceli displazi içeriyor olması onun ileri adenom adını almasına neden olur ki bu adenomun malignite için yüksek risk taşıdığını gösterir (17). Çalışmamızda poliplerin %68,2'i, 5mm'den küçüktü, %31,8 'i ise 5 mm'den büyük olarak tespit

edildi, adenokanser oranı ise %0,5 olarak saptandı.

İnflamatuvar psödopolipler, semptomlara neden olmadıkça eksizyon gerektirmez. Ancak inflamatuvar polipler ile küçük hiperplastik polipler tipik olarak adenomatöz poliplerden görünüm olarak ayırt edilmesi zor olduğundan eksizyonla alınması önerilir. Sesil polipler klinik olarak adenomatöz polipler gibi yönetilir ve tam eksizyon önerilir.

Polip boyutu 10 mm üzerinde ise ve rezeksiyon tam olarak kesin yapılamamışsa eksizyon bölgesinin altı ay içinde değerlendirmek için tekrar kolonoskopi önerilmektedir. (18). Eksik polip rezeksiyonun aralıklı kolorektal kanserin önemli bir sebebi olduğu düşünülmektedir (19). Bir polipin tam olarak rezeke edilmesinden sonra, polipin sesil olması durumunda polipektomi sahasında rezidüel anormal dokunun kontrol edilmesi için üç ay içinde takip kolonoskopisi uygulanmaktadır (20).

Kolonoskopide saptanan adenom sayısı yaşam boyu kümülatif olarak metakrontalkolorektal kanser için en tutarlı risk faktörüdür. Çalışmalar, sınırlı sayıda (bir veya iki) ve küçük olan tübüler ile adenomatöz polip çıkarılmış hastaların ileri neoplazi riskinin artırmadığını düşündürmektedir (21).



Sekiz prospektif çalışmanın analizinde, metakron ilerlemiş adenomlar, kolorektal kanser ve bunların kombinasyonlarının (ileri kolorektalneoplazi) üç ila beş yıl içindeki mutlak riskleri, başlangıçta 4'ten fazla adenoması olan hastalarda % 24 ile daha yüksek olarak bulunmuştur (22). Metakron ilerlemiş adenomlar için risk, başlangıçta adenom sayısı ile artmıştır ve başlangıçta sırasıyla 1, 2, 3, 4 veya  $\geq 5$  adenom için 9, 13, 15, 20 ve 24'dür. Eş zamanlı kolon kanseri riski de gelişmiş adenom sayısı ile artmaktadır (23).

Kolon Endoskopi Derneği (ESGE), kolorektal kanser taraması ve kolon malignitelerinin teşhisinde, başlangıç kolonoskopisi için düşük riskli adenomları olan hastaları, endeksten 10 yıl sonra mevcut ulusal tarama programlarına katılmalarını önermektedir. Eğer herhangi bir tarama programı mevcut değilse, ESGE ilk kolonoskopiden 10 yıl sonra tekrar kolonoskopi önermektedir.

Kolonoskopide sadece bir veya iki küçük ( $\leq 10$  mm) tübüler adenom bulunursa, ilk kontrol kolonoskopisi 5 ile 10 yıl arasında yapılmalıdır. İleri derecede adenom ( $\geq 10$  mm, villöz histoloji veya yüksek dereceli displazi) olan veya kolonoskopilerinde 3 ila 10 adenom bulunan bireyler üç yıl içinde kolonoskopi ile değerlendirilmesi gereklidir. 10 dan fazla adenomlu hastalar, kalıtsal kolorektal kanser sendromu için

değerlendirilmeli ve üç yıldan daha kısa bir sürede kontrol kolonoskopisi yapılmalıdır (24).

## SONUÇ

Kolonoskopi taramalarında polip tespit edildiğinde, histolojiyi belirlemek ve malignite gelişmesini önlemek amacıyla eksize edilmelidir. Polipektomi yapılan olguların takip edilmesi ve belirlenen sıklıkta kontrol amaçlı yapılan kolonoskopi taramaları kanser gelişimini önlemede etkilidir. Bu hasta grubunda kanser gelişiminin % 85'e kadar azaldığı görülmüştür. Özellikle 50 yaş üstü erkeklerde sol kolonda polip görülme oranının arttığı ve bu hasta grubunun semptomatik olduğunda en sık olarak rektal kanama ile kliniğe başvurdıkları unutulmamalıdır. Yapılacak daha geniş ölçekli çalışmalar kolon poliplerinin displazi malignite ile olan ilişkisini belirlemek açısından yol gösterici olacaktır. Genel olarak bizim çalışmamızda bulunan sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmakla beraber kolonoskopi taramalarının malignite önlenmesindeki önemini açıkça ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, et al. Global patterns and trends in colorectal

cancer incidence and mortality. *Gut* Epub 2016 Jan 27.

2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of world wide burden of cancer in 2008: Globocan2008. *Int J Cancer* 2010;127:2893-917.

3. Itzkowitz SH, Potack J. Colonic polyps and polyposis syndromes. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, (Eds). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8th ed. Philadelphia. Saunders. 2006; 271336.

4. Trimbath JD, Giardiello FM. Review article: Genetic testing and counselling for hereditary colorectal cancers. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1843-57.

5. Country-specific incidence and mortality rates are available from the World Health Organization Globocan database.

6. Risio M. The natural history of adenomas. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010;24:271-80

7. Paik JH, Jung EJ, Ryu CG, Hwang DY. Detection of polyps after resection of colorectal cancer. *Ann Coloproctol* 2015;31:182-6.

8. Brenner H, Hoffmeister M, Stegmaier C, et al. Risk of progression of advanced adenomas to colorectal cancer by age and

sex: estimates based on screening colonoscopies. *Gut* 2007;56:1585-9.

9. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. *N Engl J Med* 1992;326:658-62.

10. Konishi F, Morson BC. Pathology of colorectal adenomas: A colonoscopic survey. *J Clin Pathol* 1982; 35: 830-41.

11. Boland CR, Itzkowitz SH, Kim YS. Colonic polyps and gastrointestinal polyposis syndromes. *Gastrointestinal disease*, Sleisenger MH, Fordtran JSS, Philadelphia, WB Saunders Company 1989; 2: 1483-518.

13. Müller AD, Sonnenberg A. Prevention of colorectal cancer by flexible endoscopy and polypectomy. A case-control study of 32,702 veterans. *Ann Intern Med* 1995;123:904-10

14. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, et al, US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer; American Cancer Society. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *Gastroenterology* 2006;130:1872-85.

15. Eminler AT, Sakallı M, Irak K, et al. *Gastroenteroloji ünitemizdeki*

kolonoskopik polipektomi sonuçlarımız. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2011; 10: 112-5.

16. Williams Ar Balasorriya Ba, Day. Polyp And Cancer The Large Bowel 1982 Octb 23, 835-842

17. Johansen LgMomsen O Jacobsen. No Polyp Of The Large İntestine İn Aarhus Denmark En Autopshy Study 1989 Sep , 799 -806

18.Rex DK, Bond JH, Winawer S, et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-SocietyTask Force on ColorectalCancer. Am J Gastroenterol 2002; 97:1296.

19.Atkin WS, Saunders BP, British SocietyforGastroenterology, Association of Coloproctology for Great Britain andIreland. Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. Gut 2002; 51 Suppl5:V6.

20.Bond JH. Polypguideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice Parameters

Committee of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000; 95:3053.

21.Lieberman DA, Weiss DG, Harford WV, et al. Five-year colon surveillance after screening colonoscopy. Gastroenterology 2007; 133:1077.

22.Martínez ME, Baron JA, Lieberman DA, et al. A pooled analysis of advanced colorectal neoplasia diagnoses after colonoscopic polypectomy. Gastroenterology 2009; 136:832.

23.Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med 1993; 328:901.

24.Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2012; 143:844.

