

Uzman Görüşü

Kolorektal kanserlerin epidemiyolojik ve klinik özellikleri

Abdurrahman KADAYIFÇI

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep

Kolorektal kanserler dünyada en sık görülen 4. kanser olup, kansere bağlı ölümlerde erkeklerde 2., bayanlarda 3. sıradadır. Her yıl Dünyada yaklaşık 1 milyon yeni kolorektal kanser vakası bildirilmektedir (1). Ancak kolorektal kanserlerin coğrafi dağılımında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Endüstrileşmiş batı toplumlarında hem ortalama yaşam süresinin uzaması hem de diyet ve diğer çevresel faktörlerin etkisiyle kolorektal kanser daha sık görülmektedir. Özellikle 75 yaş üzerinde kolorektal kanser en sık görülen kanserdir (2). Bu figürler başta ülkemiz olmak üzere gelişmekte ve endüstrileşmekte olan toplumlarda da kolorektal kanser sıklığının giderek artacağına işaret etmektedir.

Epidemiyolojik veriler kolorektal kanserlerin önlenmesi veya sıklığının azaltılmasına yönelik çalışmaların artırılması gerektiğini göstermektedir. Bunun için özellikle risk faktörlerinin iyi tanımlanması ve korunma yollarının ortaya çıkarılması gerekir. Günümüzde kolorektal kanserler için tanımlanan en önemli risk faktörü beslenme alışkanlığı ve fizik aktivitedir (3). Özellikle hayvansal yağlar, et ve yüksek kalori içeren diyetle kolon kanseri arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Yine sebze ve meyveden zengin ve posalı bir diyetin ise riski belirgin azalttığı yönünde bilgiler mevcuttur (4). Fiziksel aktivite ile kolon kanseri arasında da yakın bir ilişki olduğu ve düzenli egzersizin riski azalttığı gösterilmiştir (5). Kolon, sigara ve alkol için primer hedef bir doku olmakla beraber son yıllarda sigara içimi ile adenomatöz polip ve kolorektal kanser arasında yakın bir ilişki olduğu bazı çalışmalarda vurgulanmaktadır (6). Alkol alanlarda ise kolorektal kanser riskinin 2-3 kat arttığı bildirilmektedir (7). Diğer ta-

raftan bazı NSAİ ilaçlar ve aspirin ile kolon kanseri sıklığının azaltılmasına yönelik kemopreventif çalışmalar giderek artmakta ve ümit verici sonuçlar alınmaktadır (8-10). Kolon kanseri riskinin azaltılmasına yönelik çalışmaların yanısıra erken tanı için risk altındaki popülasyonun eğitimi ve tarama çalışmalarında büyük önem arz etmektedir.

Yukarıda verilen epidemiyolojik bilgiler çerçevesinde ülkemizde de kolon kanserlerinin giderek artması beklenmektedir. Bu nedenle riskin azaltılması ve erken tanıya yönelik önlemler biran önce alınmalı ve toplum bu konuda bilgilendirilmelidir (Tablo 1). Böylece artması beklenen bir hastalığın sınırlandırılması hatta insidansının düşürülmesi mümkün olabilir. Tüm bu çalışmaların yapılabilmesi ve ilerleme saptanabilmesi için bölgemizdeki kolon kanseri ile ilgili epidemiyolojik ve klinik verilerin ortaya konması gerekir.

Tablo 1. Kolorektal kanser riskinin azaltılması için uygulanabilecek bireysel önlemler (4).

1. Kalori alımı kısıtlanmalıdır. Özellikle kırmızı et ve hayvansal yağ tüketimi azaltılmalı, beyaz et tercih edilmelidir.
2. Sebze ve meyve alımı artırılmalıdır. Belli oranda lifli besinler tüketilmelidir. Bisküvi ve çikolata gibi ürünlerle yapılacak ara öğün veya atıştırmaların yerine elma, portakal, muz gibi çeşitli meyveler veya sebzeler tercih edilmelidir.
3. Düzenli egzersiz programları uygulanmalıdır.
4. Sigara bırakılmalı, alkol alımı kısıtlanmalıdır.
5. Elli yaşın üzerindeki bireyler veya ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanlar toplum tarama programlarına katılmalı veya düzenli kontrollere gitmelidir.
6. Yeni başlayan barsak hareketlerinde değişiklik, defekasyon problemleri, kilo kaybı, gaytada kan, karında daha önce olmayan ağrı ve hassasiyet durumlarında hekime başvurulmalıdır.
7. Yüksek risk altındaki popülasyon profilaktik ilaç kullanımı için değerlendirilmelidir.

Bu nedenle İzbul ve ark.'nın KKTC'den bildirdikleri, *Akademik Gastroenteroloji*'nin Nisan 2003 sayısında yayınlanan ve Gürsoy ve ark.'nın Kayseri'den bildirdikleri, derginin bu sayısında yayınlanan kolon kanserlerinin özellikleri ile ilgili çalışmalar son derece önemlidir (11-12). İzbul ve ark.'nın bildirdikleri 6 yıllık 170 vakayı içeren serinin şu ana kadar KKTC'den bildirilen en geniş seri olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmacılar bu sayıya ulaşabilmek için oldukça geniş bir tarama yapmışlar ve resmi birimlere ek olarak, özel patoloji laboratuvarlarının kayıtlarına kadar incelemişlerdir. Gürsoy ve ark. sadece kendi hastanelerine ait tarama sonucunda 8 yıllık 250 vakanın özelliklerini bildirmişlerdir. Her iki seride de olguların genel olarak yaş ve cinsiyet özellikleri literatür ile uyumludur. Ancak ortalama tanı yaşının Kayseri bölgesinde daha düşük olduğu dikkat çekicidir.

Kayseri'den bildirilen seri büyük bir ilden tek bir merkezin sonuçlarıdır ve Kayseri dışından vakalar olabilir. Bu nedenle bölgesel bir insidansdan bahsetmek mümkün değildir ve araştırmacılar da bu tip bir veri sunmamıştır. Ancak KKTC'de yapılan çalışma daha sınırlı bir bölgede ve tüm vakaların kayıtlarına ulaşılmasının beklendiği merkezleri içerecek şekilde planlanmıştır. Bu nedenle yazarlar KKTC'de nüfusa göre kolorektal kanser görülme sıklığını yıllık 100.000'de 10 olarak bulmuşlardır. Dünya ortalamasının 100.000'de 20-25, gelişmiş toplumlarda ortalama 100.000'de 50 olduğu dikkate alınırsa KKTC'den bildirilen rakam oldukça düşüktür ve vakaların önemli bir kısmının KKTC dışına çıktığını ve kayıtlara geçmediğini veya sağlık kurumlarına başvurmadan yaşamını kaybettiğini düşündürmektedir (1-2).

Hastaların kliniğe başvuru nedeni olarak 2 merkezden oldukça farklı sonuçlar sunulmuştur. KKTC'de 48 hastanın (%28.2) ileus ile başvurusu ve tanının operasyon sırasında konması, diğer taraftan Kayseri serisinde ileus ile başvurunun hiç bildirilmemesi oldukça ilginçtir. Kolorektal kanserlerin genel olarak en sık yol açtıkları semptomlar barsak hareketlerinde değişme, rektal ka-

nama ve tümörün lokal etkilerine ait diğer bulgulardır. Çeşitli serilerde ilk prezantasyonda ileus olması %8-20 arasında değişmekte ve ortalama %10 oranında bildirilmektedir (13-14). Kayseriden bildirilen ve karın ağrısı ile başvuran hastaların bir kısmında ileus olabilir. Ancak araştırmacılar ileus ile ilgili bir bilgi rapor etmemektedir. KKTC'den bildirilen seride ise %28 ilk başvurunun lokal bir komplikasyon ile olması araştırmacıların da belirttiği gibi düşündürücüdür. Kanatımca bu durum öncelikle hastaların daha önceki semptomlarını önemsememesi ve/veya yanlış yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Acil operasyona alınan bu hastalarda genel olarak sürvinin düşüklüğünün yanı sıra sadece intraoperatif mortalitenin %17 civarlarında olduğu düşünülürse bu konudaki ihmalin boyutları daha iyi anlaşılacaktır (15). Yine aynı seride barsak hareketlerinde değişiklik ile başvurunun hiç olmaması ilginçtir. Bu nedenle KKTC'den bildirilen serinin bu özellikleri kolon kanseri ile ilgili hem toplumun hem de birinci basamak hekiminin eğitiminin gerekliliğini açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

KKTC'nin serisinde vakaların %64.1'i, Kayseri'nin serisinde %71'i rektum ve sigmoid yerleşimlidir. Bu veriler kolorektal kanserler ile ilgili eski ve klasik literatürle tama yakın uyumludur. Ancak son yıllarda özellikle batı toplumunda proksimal kanserlerin oranında distale göre artma gözlenmektedir (16). Bu öncelikle ortalama yaşam süresindeki uzamayla yaşlı popülasyonda proksimal kanserin daha sık ortaya çıkmasına bağlanmaktadır.

Her iki çalışmadan da yararlı epidemiyolojik ve klinik sonuçlar çıkarılmakla birlikte çalışmaların retrospektif olması hem daha kısıtlı bilgiler elde edilmesine yol açmakta hem de verilerin güvenilirliğini azaltmaktadır. Bu nedenle risk faktörlerinde ortaya çıkaracak prospektif geniş epidemiyolojik araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu tip sonuçlar kolorektal kanserlerin önlenmesine yönelik yapılacak çalışmaların daha iyi değerlendirilmesini ve yorumlanmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. *GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide* <<http://www-dep.iarc.fr/globocan/globocan.htm>>
2. Edwards BK, Howe HL, Ries LAG et al. *Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. Cancer* 2002; 94: 2766-92.
3. Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. *Relation of meat, fat, and fiber intake to the risk of colon cancer in a prospective study among women. N Engl J Med.* 1990; 323: 1664-72.
4. Boyle P, Lanham JS. *ABC of colorectal cancer. Epidemiology. BMJ* 2000; 321; 805-8.

5. Shephard RJ. Exercise in the prevention and treatment of cancer. An update. *Sports Med* 1993; 15 :258-80.
6. Giovannucci E. An updated review of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2001; 10: 725–31.
7. Martinez ME, McPherson RS, Annegers JF, et al. Cigarette smoking and alcohol consumption as risk factors for colorectal adenomatous polyps. *J Natl Cancer Inst.* 1995; 87: 274-9.
8. Baron JA. Epidemiology of non-steroidal anti-inflammatory drugs and cancer. *Prog Exp Tumor Res* 2003; 37: 1-24.
9. Sorensen HT, Friis S, Norgard B, et al. Risk of cancer in a large cohort of nonaspirin NSAID users: a population-based study. *Br J Cancer* 2003; 88 :1687-92.
10. Burke CA, Bauer WM, Lashner B. Chemoprevention of colorectal cancer: slow, steady progress. *Cleve Clin J Med* 2003; 70 :346-50.
11. İzbul T, Müderriszade M. KKTC’de kolorektal kanserli olguların retrospektif irdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003; 2: 7-10.
12. Gürsoy Ş, Özlem E, Canöz Ö ve ark. Kayseri yöresinde kolon kanserlerinin özellikleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003; 2: 58-61
13. Cabano F, Zechini F, Locatelli G, et al. Neoplastic occlusions of the large intestine (clinical study) *Chir Ital* 1983; 35: 742-53.
14. Longo WE, Virgo KS, Johnson FE, et al. Risk factors for morbidity and mortality after colectomy for colon cancer. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 83-91.
15. Runkel NS, Schlag P, Schwarz V, et al. Outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. *Br J Surg* 1991; 78: 183-8.
16. Kee F, Wilson RH, Gilliland R, et al. Changing site distribution of colorectal cancer. *BMJ* 1992; 305: 158.