

Bölüm 14

KOLOREKTAL POLİPLER VE HEREDİTER KANSER SENDROMLARI

Ömer YALKIN¹

GİRİŞ

Kolon ve rektum mukozasında lümeneye doğru protrüde olan lezyonlara polip denir. Genellikle asemptomatiklerdir. Bazen ülserasyona bağlı karın ağrısına, kanamaya ve barsak tıkanmasına neden olabilir. Kolorektal polipler malignite potansiyeline göre neoplastik ve non-neoplastik olarak sınıflandırılırlar. Kolorektal kanserlerin büyük kısmı neoplastik polip zemininde gelişmektedir. Bu yüzden tespit edilen polipte histopatolojik inceleme yapılması şarttır. Bütünlüğünün bozulmadan tamamen çıkarılması polip tedavisinde altın standarttır. Polipektomi mümkünse endoskopik yöntemler ile yapılmalıdır. Endoskopik yöntemler ile çıkarılamayacak polipler ise cerrahi teknikler kullanılarak çıkarılmalıdır.

Kolorektal kanser gelişiminde poliplerin önemi büyük olmakla birlikte herediter sendromlarla ilişkileri de tespit edilmiştir. Özellikle kişisel veya bireysel kolorektal kanser öyküsü ile ilişkili olarak çoklu poliplerin varlığı bir polipozis sendromu şüphesini artırmalıdır.

Bölümde neoplastik, non-neoplastik polipler ve herediter kanser sendromları değerlendirilecektir.

KOLOREKTAL POLİPLER

Kolorektal polipler yaygındır ve 75 yaşına kadar nüfusun %75'ini etkiler. Kolon poliplerinin prevalansı yaş ile beraber artar. Tarama çalışmaları sonucunda 50 yaşında tüm popülasyonda her dört kişiden birinde, 60 yaşında her üç kişiden birinde, 70 yaşında her iki kişiden birinde kolon polipleri olduğu gösterilmiştir ¹.

¹ Cerrahi Onkoloji, Bursa Şehir Hastanesi, omeryalkin@gmail.com

namamasını içerir. İnce bağırsak tıkanıklığı veya intusussepsiyonlu hastalarda da cerrahi gerekebilir.

F- Juvenile Polypozis Sendromu:

Juvenil polipozis sendromu (JPS), gastrointestinal sistem boyunca çoklu hamartomatous poliplerle karakterize otozomal dominant bir durumdur. JPS, SMAD4 (MADH4) veya bone morphogenetic protein receptor type-1A (BMP-R1A) genlerindeki germ hattı mutasyonlarının bir sonucu olarak ortaya çıkar. JPS'li bireyler kolorektal ve mide kanseri için yüksek risk altındadır. JPS insidansı 100.000 ila 160.000 kişide 1'dir. Polipler genellikle yaşamın ilk on yılında ortaya çıkmaya başlar ve hastalar yaşamlarında beş ila yüz polip gelişebilir. Polipler ağırlıklı olarak kolorektumda (% 98) görülür, ancak midede (% 14), duodenum (% 7), jejunum ve ileumda (%7) ortaya çıkabilir. Gastrointestinal sistem polipleri genellikle endoskopik olarak rezeke edilebilir. Kolektomi ve ileorektal anastomoz (IRA) veya proktokolektomi ve ileal poş anal anastomoz endikasyonları arasında poliple ilişkili semptomlar (örn. kanama), neoplazi veya polipler endoskopik olarak yönetilememesi bulunur. Kalan rektum veya poş kolektomi sonrası araştırılmalıdır. IRA geçiren hastaların yaklaşık yarısı sonunda proktektomi gerektirecektir³⁷. Endoskopik olarak etkili bir şekilde yönetilemeyen ileri displazi, mide kanseri veya masif gastrik polipozisi olan hastalar için tam veya kısmi gastrektomi gerekebilir.

SONUÇ

Kolorektal polip tespiti, tedavisi ve takibi iyi bilinmesi gerekir. Zamanında ve tam yapılmış bir müdahale hastanın kolorektal kanser riskini oldukça azaltacaktır. Diğer taraftan tüm KRK hastalarında ayrıntılı bir aile öyküsü alınmalıdır ve hastaların genetik danışmanlıktan yararlanacağı yüksek riskli durumları belirlemek, tedavi ve takibi buna uygun yapmak gerekir. .

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, polip, polipozis

KAYNAKÇA

1. Jayadevan R, Anithadevi TS, Sabu S, et al.. Prevalence of colorectal polyps: a retrospective study to determine the cut-off age for screening. Gastroenterol Pancreatol Liver Disord 2016;3(2):1-5.
2. Bujanda L, Cosme A, Gil I, et al. Malignant colorectal polyps. World J Gastroenterol 2010;16:3103-11.
3. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, et al. Performance of immunochemical faecal occult blood test in colorectal cancer screening in average risk population according to positivity threshold and number of samples. Int J Cancer 2009; 125:1127-33.
4. Pendergrass CJ, Edelstein DL, Hylind LM, et al. Occurrence of colorectal adenomas in younger adults: an epidemiologic necropsy study. Clin Gastroenterol Hepatol 2008; 6:1011.
5. Patel K, Hoffman NE. The anatomical distribution of colorectal polyps at colonoscopy. J Clin Gastroenterol 2001; 33:222.

6. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc* 2003;58(6 Suppl): S3-43.
7. Carlsson G, Petrelli NJ, Nava H, et al. The value of colonoscopic surveillance after curative resection for colorectal cancer or synchronous adenomatous polyps. *Arch Surg* 1987; 122:1261.
8. Heitman SJ, Ronksley PE, Hilsden RJ, et al. Prevalence of adenomas and colorectal cancer in average risk individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:1272.
9. Ben Q, An W, Jiang Y, et al. Body mass index increases risk for colorectal adenomas based on meta-analysis. *Gastroenterology* 2012; 142:762.
10. Nguyen SP, Bent S, Chen YH, et al. Gender as a risk factor for advanced neoplasia and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:676.
11. O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG, et al. The National Polyp Study. Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology* 1990; 98:371.
12. Komuta K, Batts K, Jessurun J, et al. Interobserver variability in the pathological assessment of malignant colorectal polyps. *Br J Surg* 2004; 91:1479.
13. 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-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:1296.
14. Atkin WS, Saunders BP, British Society for Gastroenterology, Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. *Gut* 2002; 51 Suppl 5:V6.
15. Peluso F, Goldner F. Follow-up of hot biopsy forceps treatment of diminutive colonic polyps. *Gastrointest Endosc* 1991; 37:604.
16. Seitz U, Bohnacker S, Seewald S, et al. Is endoscopic polypectomy an adequate therapy for malignant colorectal adenomas? Presentation of 114 patients and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1789.
17. Bond JH. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:3053.
18. 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.
19. Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2013; 45:842.
20. Tanaka S, Haruma K, Teixeira CR, et al. Endoscopic treatment of submucosal invasive colorectal carcinoma with special reference to risk factors for lymph node metastasis. *J Gastroenterol* 1999;30:710-7.
21. Canda E, Terzi C. Kolorektal polipler ve polipozis sendromları. Sayek İ, editör. *Temel Cerrahi*. 4. Baskı. Cilt 1. Ankara: Güneş Kitabevleri; 2013. p.1397-401.
22. Rex DK, Ahnen DJ, Baron JA, et al. Serrated lesions of the colorectum: review and recommendations from an expert panel. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1315.
23. Higuchi T, Sugihara K, Jass JR. Demographic and pathological characteristics of serrated polyps of colorectum. *Histopathology* 2005; 47:32.
24. Longacre TA, Fenoglio-Preiser CM. Mixed hyperplastic adenomatous polyps/serrated adenomas. A distinct form of colorectal neoplasia. *Am J Surg Pathol* 1990; 14:524.
25. Arain MA, Sawhney M, Sheikh S, et al. CIMP status of interval colon cancers: another piece to the puzzle. *Am J Gastroenterol* 2010; 105:1189.
26. Weston AP, Campbell DR. Diminutive colonic polyps: histopathology, spatial distribution, concomitant significant lesions, and treatment complications. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:24.
27. Laiyemo AO, Murphy G, Sansbury LB, et al. Hyperplastic polyps and the risk of adenoma recurrence in the polyp prevention trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:192.

28. Zbuk KM, Eng C. Hamartomatous polyposis syndromes. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2007; 4:492.
29. Moreira L, Balaguer F, Lindor N, et al. Identification of Lynch syndrome among patients with colorectal cancer. *JAMA* 2012; 308:1555
30. Win AK, Jenkins MA, Dowty JG, et al. Prevalence and Penetrance of Major Genes and Polygenes for Colorectal Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2017; 26:404.
31. Bonadona V, Bonaïti B, Olschwang S, et al. Cancer risks associated with germline mutations in MLH1, MSH2, and MSH6 genes in Lynch syndrome. *JAMA* 2011; 305:2304.
32. Dowty JG, Win AK, Buchanan DD, et al. Cancer risks for MLH1 and MSH2 mutation carriers. *Hum Mutat* 2013; 34:490.
33. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: hereditary colorectal cancer and genetic testing. *Gastroenterology* 2001; 121:195.
34. Burt RW and Groden J. The genetic and molecular diagnosis of adenomatosis polyposis coli. *Gastroenterology* 1993, 104:1211-1216.
35. Rustgi AK. Hereditary gastrointestinal polyposis and non-polyposis syndromes. *N Engl J Med* 1994;331:1694-1702.
36. Croner RS, Brueckl WM, Reingruber B, et al. Age and manifestation related symptoms in familial adenomatous polyposis. *BMC Cancer* 2005; 5:24.
37. Syngal S, Brand RE, Church JM, et al. ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes. *Am J Gastroenterol* 2015; 110:223.
38. Lynch HT, Smyrk T, McGinn T, et al. Attenuated familial adenomatous polyposis (AFAP). A phenotypically and genotypically distinctive variant of FAP. *Cancer* 1995; 76:2427.
39. Sieber OM, Lipton L, Crabtree M, et al. Multiple colorectal adenomas, classic adenomatous polyposis, and germ-line mutations in MYH. *N Engl J Med* 2003; 348:791.
40. Cleary SP, Cotterchio M, Jenkins MA, et al. Germline MutY human homologue mutations and colorectal cancer: a multisite case-control study. *Gastroenterology* 2009; 136:1251.
41. Jones S, Emmerson P, Maynard J, et al. Biallelic germline mutations in MYH predispose to multiple colorectal adenoma and somatic G:C->T:A mutations. *Hum Mol Genet* 2002; 11:2961.
42. Grover S, Kastrinos F, Steyerberg EW, et al. Prevalence and phenotypes of APC and MUTYH mutations in patients with multiple colorectal adenomas. *JAMA* 2012; 308:485.
43. Boparai KS, Dekker E, Van Eeden S, et al. Hyperplastic polyps and sessile serrated adenomas as a phenotypic expression of MYH-associated polyposis. *Gastroenterology* 2008; 135:2014.
44. Win AK, Cleary SP, Dowty JG, et al. Cancer risks for monoallelic MUTYH mutation carriers with a family history of colorectal cancer. *Int J Cancer* 2011; 129:2256.
45. Chow E, Lipton L, Lynch E, et al. Hyperplastic polyposis syndrome: phenotypic presentations and the role of MBD4 and MYH. *Gastroenterology* 2006; 131:30.