

Kolon ve Rektumun Malign Hastalıkları

Bölüm 58

Prof. Dr. Hızır Yakup AKYILDIZ

Ana Konular

- ▶ Risk Faktörleri
- ▶ Kolorektal Kanser Patogenezi
- ▶ Polipler ve Poliple Seyreden Sendromlar
- ▶ Herediter Non-Polipozis Kolorektal Kanser (Hnpcc) veya Lynch Sendromu
- ▶ Rektum Kanserine Yaklaşım
- ▶ Kolo-Rektal Kanserlerde Takip
- ▶ Nöro-Endokrin Kaynaklı Kolon ve Rektum Tümörleri

Kolorektal kanserler her iki cinste de en sık rastlanan üçüncü kanser türüken (kadınlarda meme ve akciğer erkeklerde ise prostat ve akciğer kanserinden sonra) sindirim sisteminin en sık görülen tümörüdür. İnsidans açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark yoktur. Kolon kanseri insidansı rektal kanser insidansının iki katından daha fazladır. Daha çok ileri yaş grubu hastalığı olarak bilinmesine rağmen daha genç yaşlarda görülme sıklığı artmaktadır. Endoskopik yöntemlerin yaygın kullanıma girmesi ve teknolojik gelişmelere paralel olarak son 20-25 yıllık süreçte insidansında ve hastalığa bağlı mortalitede azalma sağlanmıştır. Sağ kalım hastalığın evresiyle ilişkilidir ve evre arttıkça azalır. Sınırlı hastalıkta beş yıllık sağ kalım %90 seviyesinde iken uzak metastaz varlığında %12'ye düşer.

RİSK FAKTÖRLERİ

Yaşlanma kolorektal kanser için önde gelen bir risk faktörüdür. Risk 50 yaştan sonra sabit bir ivme ile artar ve hastaların %90'nından fazlası 50 yaşın üstündedir. Asemptomatik, sadece tarama amaçlı incelenen bireylerin tarama programları bu sebeple genelde ellili yaşlarda başlatılır. Ama kolorektal

kanser her yaşta görülebildiğinden ve genç yaşlarda insidansı arttığından dışkılama alışkanlığında değişiklik gelişenler, açıklanamayan anemisi, melenası veya rektal kanaması olanlarda yaşları ne olursa olsun kolorektal değerlendirme yapılmalıdır.

Kolorektal kanserlerin yaklaşık %80'i belirgin bir aile hikâyesi olmadan sporadik olarak ortaya çıkar. Hastaların %20 kadarında ise kolorektal kanser ile ilgili **aile anamnezi** vardır. Bu anamnezi olan hastaların yarısından azında ise genetik hastalıklarla bağlantı vardır. Familial adenomatöz polipozis ve herediter non-polipozis kolon kanseri (Lynch sendromu) günlük pratikte en sık karşılaşılanlardır.

Hayvansal yağdan, kırmızı etten zengin, liften fakir beslenenlerde kolorektal kanserin daha sık görülmesi **diyetin** etiyojide önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Fazla alkol kullanımının ilave bir risk faktörü olduğunu söyleyen çalışmalar da vardır. Bu sayılanların aksine taze sebze ve meyvenin, folat, kalsiyum, selenyum, vitamin A, C, E ve karotenoidlerin tüketilmesinin kolorektal kanser gelişme riskini azalttığı pek çok çalışmada gösterilmiştir.

Obezite ve fiziksel aktivite azlığının da kanser sıklığını ve kansere bağlı mortaliteyi arttırdığı

semptom olduğunda yapılan tetkiklere göre sağ kalımı anlamlı olarak arttırdığı gösterilememiştir. Nükslerin %80'inden fazlası ilk iki yılda görülür. Bu nedenle takip protokolleri özellikle ilk iki yılda sık kontrolleri içerir. Bu kontroller genelde başlangıçta üç aylık, iki yıldan sonra altı aylık, beş yıldan sonra ise yıllık muayene ve tetkikleri kapsar. Kontroller; fizik muayene, CEA seviyesi, daha nadir olarak biyokimya incelemeleri ve hastanın evresine, genel durumuna göre değişen aralıklarla yapılan endoskopi ve görüntüleme yöntemlerini (ultrasonografi, BT, MR, PET...) içerir. Ameliyattan önce tam kolonoskopik inceleme yapılamamış hastalarda ameliyattan sonraki 6-12 ay içinde tam kolonoskopik inceleme yapılmalıdır. Şayet tedavi başlamadan tam kolonoskopik inceleme yapılmış ve tedavi edilen lezyondan başka bir patoloji saptanmamış ise takip kolonoskopisinin genelde üç yıl sonra, tedavi edilen patolojiden farklı yerleşimli takip gerektiren başka bir patoloji varlığında ise bir yıl sonra yapılması önerilir.

NÖRO-ENDOKRİN KAYNAKLI KOLON VE REKTUM TÜMÖRLERİ

Nöro-endokrin kaynaklı tümörler kolon ve rektumda nadir görülürler ve büyük bir kısmı tesadüfen saptanır. Genelde küçük ve selim seyirli olan tümörler çoğunlukla biyokimyasal olarak aktivite göstermezler. Küçük tümörler asemptomatiktir. Büyük tümörlerde kanama, tıkanıklık veya kabızlık görülebilir. Büyüklükleri prognostik açıdan da çok önemlidir; 1 cm'den küçük tümörlerde metastaz çok nadirken, 2 cm'den büyük tümörlerin %60'undan fazlasında metastaz vardır. Küçük ve düşük gradeli nöroendokrin tümörleri lokal olarak çıkarmak yeterli olabilirken; büyük, histopatolojik olarak kötü diferansiye ve mitoz sayısı fazla tümörlerde ise radikal cerrahi ile ameliyat öncesi veya sonrası kemoterapi, kemoradyoterapi, somatostatin analogları, interferon- α gibi tedaviler multidisipliner yaklaşımla düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

- Barry W. Feig, C. Denise Ching (Ed) (2019) *The MD Anderson surgical oncology handbook* Philadelphia: Wolters Kluwer
- Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, ... et Haglind E: COLOR II Study Group. (2015) A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Eng J Med* 372:1324-32.
- Brenner H, Chen C. (2018) The colorectal cancer epidemic: challenges and opportunities for primary, secondary and tertiary prevention. *Br J Cancer* 119:785-792.
- Chand M, Brown G, Tekkis P, Heald RJ. (2014) Total mesorectal excision optimized by pelvic MRI. *Colorectal Dis.* 16:847-53.
- Cho KR, Vogelstein B. (1992) Genetic alterations in the adenoma-carcinoma sequence. *Cancer*70:1727-31.
- Courtney M. Townsend Jr, R. Daniel Beauchamp, B. Mark Evers, Kenneth L. Mattox (Ed) (2017) *Sabiston textbook of surgery* Philadelphia: Elsevier
- F. Charles Brunnicardi (Ed) (2016) *Schwartz's principles of surgery* New York: Mc Graw Hill
- Haggitt RC, Glotzbach RE, Soffer EE, Wruble LD. (1985) Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: Implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. *Gastroenterology* 89:328-36.
- Horvat N, Petkovska I, Gollub MJ. (2018) MR Imaging of rectal cancer *Radiol Clin North Am*56:751-74.
- İskender Sayek (Ed) (2013) *Temel cerrahi* Ankara:Güneş Kitabevleri.
- Kedrin D, Gala MN. (2015) Genetics of the serrated pathway to colorectal cancer. *Clinical and Translational Gastroenterology* 6(4);e84.
- Kim SY, Kim TI. (2018) Serrated neoplasia pathway as an alternative route of colorectal carcinogenesis. *Intest Res*16:358-65.
- Kudo S. (1993) Endoscopic mukozal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy*25:455-61.
- Lin JS, Piper MA, Perdue LA, ...et Whitlock EP. (2016) Screening for colorectal cancer: updated evidence report and systemic review for the US Preventive Services Task Force *JAMA* 315:2576-94.
- Marvin L. Corman (Ed) (2013) *Corman's colon and rectal surgery*. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins
- Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. (2002) Screening for CRC in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 137:132-41.
- Shui L, Wu YS, Lin H, Shui P, Sun Q, Chen X. (2018) Triple chemotherapy (FOFOXIRI) plus bevacizumab versus doublet chemotherapy (FOLFOX/FOLFIRI) plus bevacizumab in conversion therapy for metastatic colorectal cancer: a meta-analysis. *Cell Physiol Biochem* 48:1870-81.
- Siegel RL, Miller KD, Fedewo SA, ... et Jemal A. (2017) Colorectal cancer statistics. *CA Cancer J Clin*67:177-93.
- Stoffel EM. (2018) Updates on translational research on prevention of polyps and colorectal cancer. *Clin Colon Rectal Surg*31:153-60.
- You YN, Skibber JM, Hu CY, ... et Chang GJ. (2016) Impact of multimodal therapy in locally recurrent rectal cancer. *Br J Surg* 103:753-762.