

KOLONİK POLİPLER TANI, TEDAVİ VE TAKİP PROTOKOLLERİ

7. BÖLÜM

A.İbrahim ULUSOY¹

ÖZET

Kolorektal polipi olan hastaların yönetim stratejisi ve polipi olan risk grubu hastalarda tanı ve takibin uygun yapılması hastaların prognozuna yön vermektedir. Bu sebeple kolon poliplerine yaklaşım ve yönetim endoskopistler tarafından iyi bilinmelidir.

Gastrointestinal traktüste lümene doğru mukozal yüzeyden protüze olan oluşumlara polip denilir.⁽¹⁾ Kolon poliplerin lokalizasyon, histolojik yapı ve boyut açısından değerlendirilmesi malignite açısından önemlidir.⁽²⁾ Kolonoskopi poliplerin tanısında temel olarak kullanılmakta olup, poliplerin histopatolojik yapısı hakkında bilgi sahibi olunur. Bir polip baryum lavman veya bilgisayarlı tomografik kolonografiyle saptanırsa, histolojiyi belirlemek, polipi çıkarmak ve senkron lezyonları araştırmak için kolonoskopi önerilir. Polipler kolonoskopik olarak şekline göre pediküllü, sesil, flat ya da depresif olarak izlenebilir. Polipler baş boyun sap olarak üç bölümden meydana gelir. Sesil poliplerde sap kısmı yoktur, kolon duvarı tabanına yapışıktır. Flat polipler ise çapının yarısından daha az yüksekliğe sahiptir. Pediküllü polipler ise polip ile kolon duvar arası mukozal sap bölgesine sahip poliplerdir.⁽³⁾

Polipler ayrıca boyutlarına göre de ayrılır. 10 mm'den daha büyük polipler büyük polip kategorisindeyken 6-10 mm arası orta, 6mm'den küçük polipler ise ufak (dimünitif polip) olarak adlandırılır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, A. İbrahim ULUSOY, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu
ulusoydr@gmail.com

Baslangıç kolonoskopisinde ilerlemiş adenomu (≥ 10 mm, villöz histoloji veya yüksek dereceli displazi) olan bireyler üç yıl içinde ilk kontrol kolonoskopisi önerilmelidir. ABD yönetmeliklerinde göre kolonoskopisinde 3-10 ilerlemiş adenom bulunan kişiler, bir sonraki kontrol kolonoskopisini üç yıl içinde yapmalıdır. 10 dan fazla adenom bulunan hastalarda kalıtsal özellikler değerlendirilmeli ve üç yıldan daha kısa sürede kolonoskopisi yapılmalıdır. Avrupa yönetmeliklerindeki verilere göre bu süre daha kısa olup, 12 ay içinde yapılması önerilmektedir.

Sesil adenomlarda <10 mm ve displazi olmayan hastalarda beş yılda bir kolonoskopi önerilmektedir. Proksimal yerleşimli ve ≥ 10 mm'lik displazili sesil adenomlarda bir ile üç yıl içinde kontrol kolonoskopi önerilmektedir. Adenom oluşumunu önleyici olarak diyetle yağ alımının azaltılması, lifli beslenme önerilmektedir. Sigara ve alkol özellikle biradan kaçınılması, egzersiz ve kalori kısıtlaması önerilmektedir. Aspirinin ise metakron adenomlar ve muhtemel kolon kanser insidansını düşürdüğü ortaya konulmaktadır⁽⁸⁾.

Polipektomi Komplikasyonları

- Kanama: Endoskopik komplikasyonların %24'ünü oluşturur ve % 1-2 oranında izlenir. Erken dönemli kanamalar genellikle polipektomi tekniği ile ilgilidir.
- Transmural Yanıklar: Elektrokoterin barsak duvarında enerjiye bağlı oluşturduğu yanıklar olup, genellikle medikal tedavi yeterli olur.
- Delinme: %5'e kadar endoskopik mukozal rezeksiyonlar sonrası izlenebilen bir komplikasyondur.
- Gaz patlama riski: Kolonoskopi sırasında koter kullanımı ile kolon temizliği sırasında biriken metan gazının yanması ile meydana gelir.^(3,29)

KAYNAKLAR

- Mentzel D. De excrentiis verracosocristasis. Acta Med Berlin 1721; 9: 78. Cited by Bacon HE (ed). J Int Coll Surg 1957;28:346-356.
- Edwards BK, Ward E, Kohler BA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. Cancer 2010;116:544-73.
- Çakır,M. (2016), Gastrointestinal sistem endoskopisi. Ömer Karahan, Asım Cingi (ed) . Kolon polipleri (369-381) Ankara: Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın
- 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
- Göral,V. Kolorektal Polipler ve Polipozis Sendromları. Güncel Gastroenteroloji, 2003;7/1,32-40
- Rubio C.A, et al. Classification of colorectal polyps: Guidelines for the endoscopist.

- Endoscopy. 2002;34:226- 236.
7. Markowitz AJ, Winower SJ. Management of colorectal polyps. CA Canser J Clin 1997 47: 93-111.
 8. Ben Q, An W, Jiang Y, Zhan X, Du Y, Cai QC, et al. Body mass index increases risk for colorectal adenomas based on meta-analysis. Gastroenterology 1990;98:371.
 9. Heitman SJ, Ronksley PE, Hilsden RJ, Manns BJ, Rostom A, Hemmelgarn BR. Prevalence of adenomas and colorectal cancer in average risk individuals: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2009;7:1272.
 10. Carlsson G, Petrelli NJ, Nava H, Herrera L, Mittelman A. The value of colonoscopic surveillance after curative resection for colorectal cancer or synchronous adenomatous polyps. Arch Surg 1987;122:1261.
 11. Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton SR, et al. Genetic alterations during colorectal tumor development. N Eng J Med 1988; 319: 525-32.
 12. Şen O. Kolorektal kanserlerde tarama (Tıpta Uzmanlık Tez) Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi:2008
 13. Canca OY. Kolorektal polip ve kitlelerin saptanmasında çok kesitli bilgisayarlı tomografi kolonografinin tanısıl etkinliği (Tıpta Uzmanlık Tez) İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi:2009
 14. Canda AE, Terzi C, (2013). Kolorektal polipler ve polipozis sendromları. Sayek, İ. (ed). Temel Cerrahi (4.Baskı) s(1397-1396) Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri
 15. Jass JR. Nature and clinical significance of colorectal hyperplastic polyps. Semin Colon Rectal Surg 1991;2:246-252.
 16. Chow E, Macrae F. Review of juvenile polyposis syndrome. J Gastroenterol Hepatol 2005;20(11):1634-40.
 17. Kalaycı G. Kolon Kanseri, Genel Cerrahi, Nobel Tıp Kitabevi İstanbul 2002; 2:1343-59
 18. Erhan SŞ, Kolonik Lipom: Olgu Sunumu, ODU Journal of Medicine (2015):e96-e99
 19. Burt RW and Groden J. The genetic and molecular diagnosis of adenomatous polyposis coli. Gastroenterology 1993, 104:1211-1216.
 20. Bussey HJR, Familial Polyposis coli. Baltimore:John Hopkins University Press: 1975
 21. Kodner IJ, Fry RD, Felshman JW, Birnbaum Elt, Read TE; Dn. Schwartz SI(ed.); Colon, Rectum And Anus; Principles of Surgery; Volume II; Mc CrowHill Book Company; New York; 1999; 1265-1382.
 22. Haggitt RC, Glotzbach RE, Soffer EE, Wruble LD. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. Gastroenterology 1985 Aug;89(2):328-36. doi: 10.1016/0016-5085(85)90333-6.
 23. Kudo S, Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. Endoscopy. 1993 Sep;25(7):455-61. doi: 10.1055/s-2007-1010367.
 24. Akalın Ç, Özdemir Ö, Evaluation of the Patients with Colon Polyps in Terms of Helicobacter pylori with Sydney Criteria, Turk J Colorectal Dis 2019;29:111-117. doi:10.4274/tjcd.galenos.2019.79836
 25. Karagülle OO, Yavuz E, Üst Gastrointestinal Sistem Endoskopilerinde Saptanan Polipoid Lezyonların Değerlendirilmesi. İKSSTD 2020;12(1):63-8. doi: 10.5222/ikssstd.2020.38981
 26. Rex DK, Cutler CS, Lemmel GT, Rahmani EY, Clark DW, Helper DJ, et al. Colonoscopic miss rates of adenomas determined by back-to-back colonoscopies. Gastroenterology 1997;112:24.

27. Winawer S J, Fletcher R H, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, Woolf SH, Glick SN, Ganiats TG, Bond JH, Rosen L, Zapka JG, Olsen SJ, Giardiello FM, Sisk JE, Van Antwerp R, Brown-Davis C, Marciniak DA, Mayer RJ, Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology*. 1997 Feb;112(2):594-642. doi: 10.1053/gast.1997.v112.agast970594.
28. Yamaner S. Kolorektal Polipler (Polipozis Dışı). In: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C, (ed). *Kolon ve rektum kanserleri* 1st ed. İstanbul:2010. p.181–96.
29. Manner H, Plum N, Pech O, Ell C, Enderle MD. Colon explosion during argon plasma coagulation. *Gastrointest Endosc* 2008;67:1123–7.