



Kars Yöresi Alt Gastrointestinal Endoskopik Biyopsi Sonuçları

Lower Gastrointestinal Endoscopic Biopsy Results of Kars Region

Gülname Fındık Güvendi¹, Hüseyin Avni Eroğlu², Yasemen Adalı¹

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı; ²Fizyoloji Anabilim Dalı, Kars, Türkiye

ÖZET

Amaç: Endoskopik incelemeler, malignitelerin ve diğer barsak patolojilerinin erken tanısında, malignitelerin insidansını ve mortalitesini azaltmada önemli role sahiptir. Biz çalışmamızda, hastanemizde kolonoskopik incelemeleri yapılan olguları geriye dönük olarak histopatolojik açıdan inceleyip bu hastalıkların sıklığını değerlendirmeye çalıştık.

Materyal ve Metot: Çalışmaya hastanemiz endoskopi ünitesinde 2014-2016 yılları arasında kolon ve rektum biyopsileri alınan 319 olgu dahil edildi. Kesitler iki patoloj tarafından neoplazi varlığı, preneoplastik/ hiperplastik durumlar ve enflamatuvar süreçlerin varlığı açısından tekrar değerlendirildi.

Bulgular: 319 olgunun 115'i (%36.1) kadın, 204'ü (%63.9) erkektir. Olguların %19.4'ünde morfolojik değişiklik, %22.3'ünde enflamatuvar hastalık, %48.6'sında preneoplastik/ hiperplastik lezyon, %9.4'ünde epiteliyal ve %0.3'ünde stromal tümör saptanmıştır.

Sonuç: Alt gastrointestinal sistem endoskopisi ile erken tanı; sağ kalım, bireysel refah ve sosyoekonomik unsurlar açısından başta maligniteler olmak üzere, enflamatuvar

barsak hastalıkları ve preneoplastik lezyonlar için önemlidir. Çalışmamızdaki verilerin Kars ili açısından yaklaşık bir risk belirleme konusunda sağlık çalışanlarına ışık tutabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kars, Alt gastrointestinal endoskopi, kolonoskopi, biyopsi

ABSTRACT

Aim: Endoscopic examinations have an important role in the early diagnosis of malignancies and other intestinal pathologies and in reducing the incidence and mortality of malignancies. In our study, we tried to evaluate the incidence of these diseases histopathologically retrospectively by examining the cases who underwent colonoscopy in our hospital.

Material and Method: 319 cases whose colon and rectum biopsies were taken between 2014 and 2016 in our endoscopy unit of our hospital were included to study. The sections were reevaluated by two pathologists for the presence of neoplasia, preneoplastic / hyperplastic status, and the presence of inflammatory processes.

Results: 115 (36.1%) were female and 204 (63.9%) were male in 319 cases. Morphologic changes were observed in 19.4% of the cases, inflammatory disease in 22.3%, preneoplastic / hyperplastic lesions in 48.6%, epithelial in 9.4% and stromal tumors in 0.3%.

Conclusion: Early diagnosis by lower gastrointestinal system endoscopy; It is important for inflammatory bowel disease, preneoplastic lesions and especially

Gülname Fındık Güvendi, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Kars, Türkiye. Tel. 05065340122
Email. gulnamefindik@gmail.com
Geliş Tarihi: 05.02.2017 Kabul Tarihi: 06.02.2017

malignancies in terms of survival, individual prosperity and socioeconomic factors. We think that the data in our study can shed light on the health care workers in terms of determining a risk in terms of Kars region.

Key Words: Kars, Lower gastrointestinal endoscopy, colonoscopy, biopsy

Giriş

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen alt gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları düşünüldüğünde karşımıza çıkan klinik semptomlar barsak alışkanlığında iki haftadan fazla süren değişiklik, rektal kanama, kanlı mukuslu dışkılama, alt abdominal ağrı ve tenezmdir. Bu bulguların varlığı durumunda gerekli muayene ve tetkiklerin kısa sürede yapılması ciddi bir hastalığın ekarte edilmesi açısından önem arz etmektedir^{1,2}. Endoskopik incelemeler, malignitelerin ve diğer barsak patolojilerinin erken tanısında, malignitelerin insidansını ve mortalitesini azaltmada önemli role sahiptir. Bu bağlamda kolonoskopi ve fleksible sigmoidoskopi alt GİS'in hastalıklarının tanı ve tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır^{3,4}.

Kolorektal kanser tüm dünyada 3. en sık izlenen kanser olup, ortalama her yıl 1 milyon yeni olgu ve bu kansere bağlı 500.000 ölüm bildirilmektedir. Kolon kanseri riski taşımayan kişilerde hastalık taramasına 50 yaşında başlanması önerilmektedir. 50 yaşından önce tarama endikasyonları arasında famiyal adenomatöz polipozis koli, herediter non polipozis kolorektal kanser, kolon kanseri aile öyküsü olanlar ve rektal kanama anamnezi olanlar sayılabilir^{5,6}. Kolon kanserlerinin %55-60'ı distal kolonda yerleşmektedir ve erkeklerde kadınlara oranla biraz daha sık

görülmeştir^{7,8}. Gelişmiş ülkelerdeki insidans gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Etiyopatogeneizde posadan fakir diyet, kalori ve yağdan zengin diyet, sedanter yaşam tarzı bulunmaktadır^{7,9}.

Kolorektal polipler, mukoza epitelinden köken alan ve barsak lümenine doğru büyüyen kitle oluşturan proliferatif lezyonlardır^{10,11}. Kolonoskopi sırasında saptanan poliplerin neoplazi riski nedeniyle çıkartılması ve patolojik değerlendirmesinin yapılması önerilmektedir¹⁰. Histolojik özelliklerine göre polipler genel anlamda neoplastik ya da non-neoplastik olarak iki grupta incelenir¹². Hiperplastik, hamartomatöz ve inflamatuvar polipler non-neoplastik polipler olarak sınıflandırılırken adenomlar neoplastik polipler olarak sınıflandırılmaktadır^{10,11,13}.

Enflamatuvar barsak hastalığı (EBH) gastrointestinal traktusun etiyojisi tam olarak aydınlatılmamış ancak otoimmün nedenlerle oluşabileceği bilinen inflamatuvar hastalıklar grubudur. Bunlara örnek olarak crohn hastalığı ve ülseratif kolit sayılabilir. EBH gelişmiş ülkelerde daha sık izlenmektedir ve ülseratif kolit, crohn hastalığından daha fazla görülmektedir^{14,15}. Histopatolojik olarak aktif ülseratif kolitte mukoza ve submukozada ödem, mukozal ülserasyon, lamina propria plazma hücresi, nötrofil infiltrasyonu, kriptlerde distorsiyon, kript düzeninde bozulma ve kript apseleri vardır. Kript apseleri ülseratif koliti, crohn hastalığından ayıran en önemli özelliktir. Uzun süreli hastalıkta kolon kanseri riski açısından hastalar takip edilmelidir^{16,17}. Bu çalışmada, 2014-2016 yılları arasında rektal kanama, kanlı mukuslu dışkılama, alt

abdominal ağrı gibi çeşitli şikayetler ile hastanemize başvuran ve hastanemizde kolonoskopik incelemeleri yapılan olguların geriye dönük olarak histopatolojik açıdan incelenerek bu hastalıkların sıklığının değerlendirilmesine çalıştık.

Materyal ve Metot

Çalışmaya Kafkas Üniv Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Endoskopi Ünitesinde 2014-2016 yılları arasında kolon ve rektum biyopsileri alınan 319 olgu dahil edildi. Olgulara ait biyopsi numaraları Patoloji Bölümü kayıt defterlerinden belirlenip, preparat arşivinden biyopsilere ait hematoksilin&eoizin (H&E) kesitler çıkarıldı. Kesitler iki patolog tarafından neoplazi varlığı, preneoplastik/ hiperplastik durumlar ve enflamatuar süreçlerin varlığı açısından tekrar değerlendirildi. Elde edilen sonuçlara olgu yaş ve cinsiyet bilgilerinin eklenmesinden sonra SPSS 20.0 paket programı ile frekans analizleri yapıldı. Olgulara ait tanıların geniş bir dağılım göstermesi nedeniyle tanıları gruplandırılarak değerlendirmeler tekrarlandı. Gruplandırma tablo 1' deki verilere göre yapıldı. Biyopsi yapılan yaş aralığı da geniş bir alanda dağılım sergilediği için yaş parametresi; 0-20 yaş arası grup 1, 21-40 yaş arası grup 2, 41-60 yaş arası grup 3, 61-80 yaş arası grup 4 ve 81-100 yaş arası grup 5 olmak üzere 5 grup şeklinde gruplanarak değerlendirmeler yinelenildi.

Bulgular

Çalışma kapsamındaki 319 olgunun 115'i (%36.1) kadın, 204'ü (%63.9) erkek olup yaş aralığı 15-93 ortalaması 57.75 ± 16.024 ' dir (medyan 59). Olguların tanıları geniş bir yelpazede dağılım göstermekte olup

histopatolojik tanıları ve görülme sıklıkları Tablo 2'de verilmiştir. Olgular morfolojik limitlerde veya fizyolojik değişiklikler, enflamatuar hastalıklar, preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar, epiteliyal ve stromal tümörler olarak gruplanarak incelendiğinde Tablo 3' teki veriler elde edilmiştir. Olguların tanı ve tanı gruplarının cinsiyetlere göre dağılımı ise Tablo 4 ve 5'te verilmiştir.

Bölümümüze ulaşan biyopsi materyallerine ait istemlerde klinik bilgi eksikliğinden dolayı bazı dokuların alındığı lokalizasyon bilinmemektedir. Bu bağlamda epiteliyal tümörlerden olan adenokarsinomlar değerlendirildiğinde 26 (%100) olgudan 6' sının (%23.1) lokalizasyonu belirlenememiştir. Enflamatuar hastalıklar grubundaki olgulara ait biyopsilerin %46.5' inin (33), preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar grubunun ise % 34.2'sinin (53) lokalizasyonu bilinmemektedir. Preneoplastik lezyonlar kategorisinde yer alan villöz adenom yalnızca 1 olguda görülmüş olup yerleşim yeri inen kolon, yine aynı kategoride yer alan tübülovillöz adenom ise 4 olguda görülmüş olup tümünün yerleşim yeri sigmoid kolon olarak saptanmıştır. Adenokarsinomların, enflamatuar hastalık ve preneoplastik/ hiperplastik lezyon gruplarının yerleşim yerlerine göre dağılımı tablo 6'da belirtilmiştir. Malign epiteliyal tümörler olan adenokarsinomlar, enflamatuar hastalıklar ile preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar grubunda yer alan adenomatöz lezyonlar olan tübüler adenom, villöz adenom ve tübülovillöz adenom yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ise tablo 7'deki veriler elde edilmiştir.

Tartışma

Alt GİS semptomları ülkemizde oldukça sık görülen gastroenterolojik sorunlar arasında yer almaktadır. Olgular çoğunlukla kabızlık, rektal kanama, karın ağrısı gibi şikayetlerle hastaneye başvurmaktadır. Bu semptomlar tedavi süresi kısa ve tedavi yöntemleri daha kolay olan hemoroid, gastroenterit gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabileceği gibi malignite gibi tedavi modaliteleri daha zorlu hastalıklardan da kaynaklanıyor olabilir. Amerikan Kanser Cemiyeti 50 yaş üzerindeki tüm bireylerin alt GİS malignitesi açısından yılda bir gaytada gizli kan baktırması ve 3-5 yıllık aralarla rektosigmoidoskopi yaptırmasını önermektedir^{1, 18}.

Gastrointestinal sistem endoskopisi gelişmiş ülkelerde fazla talep görmekte ve bu konuda sağlık giderlerinde artışa neden olmaktadır^{3, 19, 20}. Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Topluluğu (ASGE) tarafından tanısal endoskopik işlemler için endikasyon kriterleri belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunda alt gastrointestinal sistem endoskopisinden elde edilen patolojik bulgular ASGE endikasyonları ile uyumsuz bulunmaktadır^{3, 19, 21}.

Adenom tespiti, tanısal endoskopik işlemler için endikasyon kriterlerinden biridir. Beklenen adenom oranı 50 yaş üzeri kadın hastalarda %15 ve erkek hastalarda %25 olarak bildirilmiştir^{3, 22}. Çalışmamızdaki hastalarda bu oran kadınlarda % 14.8, erkeklerde % 23.5 olup, tanımlanmış endikasyon kriterlerine yakın bir oran göstermektedir.

Adenomatöz poliplerin özellikle ileri yaşlarda görülme sıklığı, büyüklüğü ve displazi gelişme oranı artmaktadır. Abdominal obezite ve erkek

cinsiyet, adenomatöz polipler için risk faktörleri olarak belirtilmektedir. Edinilen bilgiler ışığında, kolorektal poliplerin sıklığı erkeklerde %53-59, kadınlarda %40-46 olarak bildirilmektedir¹⁰. Ülkemizde alt GİS endoskopileri ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde 2005 yılında Düzce bölgesinde yapılan çalışmada kolorektal poliplerin oranı %14.1 olarak bildirilmiştir¹. 2007 yılında Malatya'da yapılan bir çalışmada ise kadın hastalarda alt gastrointestinal sistem endoskopisi değerlendirilmiş olup %7.9 hastada adenomatöz polip tespit edilmiştir²³. Selçuk Üniv Tıp Fak Gastroenteroloji Bölümünde yapılan çalışmada polip saptanan hasta yüzdesi %14.4 ve önceki çalışmalara benzer şekilde polip sıklığı erkeklerde %62.1, kadınlarda %37.8 olarak saptanmıştır. Bu poliplerin %37.7' si rektum, %14.2' si sigmoid kolon, %17.4' ü inen kolon, %16,9' u transvers kolon, %7,6' sı çıkan kolon ve %6.2' si çekum yerleşimlidir. Aynı çalışmada toplam adenom yüzdesi %74.4 olup bunların %67.2' si tübüler adenom, %6.4' ü tübülovillöz adenom ve %0.8' i villöz adenom özelliğindedir¹⁰. Bizim çalışmamızda preneoplastik poliplerin toplam oranı % 20.4 olup bunların içerisinde en sık görüleni %18.8 oranla düşük dereceli displazi gösteren tübüler adenomdur. Çalışmamızda alınan poliplerin tümünün lokalizasyonu klinik bilgi eksikliği nedeni ile bilinmemekle birlikte preneoplastik ve hiperplastik lezyonların sigmoid kolonda lokalize olduğu dikkati çekmiştir.

Gastrointestinal sistemin en sık malignitesi olan kolorektal karsinomun her iki cins için hayat boyu gelişme riski birçok yayında

%13.2 olarak bildirilmiştir^{23, 24}. Ülkemizde, 2010 yılında Düzce Üniv Tıp Fak'de yapılan çalışmada kolorektal karsinom oranı %3.9 olarak bulunmuştur²⁴. Bizim çalışmamızda 2014-2016 yılları içinde endoskopik yöntemler ile kolorektal karsinom tanısı oranı %8.2 olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda karsinom oranı %9.6 iken, erkeklerde %7.3 tür. Karsinom yerleşim yeri değerlendirildiğinde en sık yerleşim %30.8 ile sigmoid kolon olarak karşımıza çıkmaktadır. Benzer şekilde Aydın ilinde 2007-2012 yılları arasında yapılan çalışmada da kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunun (%83,4) rektosigmoid bölge yerleşimli olduğu rapor edilmiştir⁷. Erkek baskın bir malignite olmasına rağmen oranın kadın lehine artışında değişen beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişikliklerinin rol oynayabileceğini düşünmekteyiz.

Yaş ilerledikçe kolorektal kanser insidansında artış olduğu literatürlerde belirtilmiştir⁷. Çalışmamızda karsinomların en çok görüldüğü yaş aralığı %46.2 oranı ile 61- 80 yaş arasındadır. Tüm kolorektal kanser olgularının %2-6'sının 40 yaş altında olduğu bildirilmektedir ancak bizim çalışmamızda 40 yaş altı kanser olgusu izlenmemiştir. Bu durumun yöre halkının genç yaş olarak nitelendirilebilecek 40 yaş ve altında sağlık kuruluşuna alt GİS şikayetleri ile daha az başvurmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Kolorektal enflamatuvar hastalıklar söz konusu olduğunda çalışmamızda tüm endoskopik biyopsilerin % 22.3' ü enflamatuvar hastalık grubundan olduğu saptanmıştır. Kadınlarda görülme oranı %25.2 iken erkeklerde görülme

oranı 20.7 olarak gözlenmiştir. Çalışmamızda enflamatuvar hastalıklar genellikle, klinik bilgi yetersizliği, biyopsilerin yüzeysel oluşu ya da teknik nedenlerden ötürü aktif kolit, ülserasyon ve aktif kolit, enflamatuvar barsak hastalığı şeklinde sınıflandırılmış olup ülseratif kolit ve crohn gibi spesifik hastalıkların tanıları klinikle korelasyona bırakılmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda spesifik tanı ve net lokalizasyon değerlendirmesi yapılabilmemesinin klinisyen ve patolojik iletişimi ve patoloji istemlerinin yapılırken klinik bilginin tam olarak verilmesi sayesinde gerçekleşebildiğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak alt GİS endoskopisi ile erken tanı; sağ kalım, bireysel refah ve sosyoekonomik unsurlar açısından başta maligniteler olmak üzere, enflamatuvar barsak hastalıkları ve preneoplastik lezyonlar için önemlidir. Çalışmamızdaki verilerin Kars ili açısından yaklaşık bir risk belirleme konusunda sağlık çalışanlarına ışık tutabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

- 1- Tamer A, Korkut E, Korkmaz U, Akcan Y. Alt Gastrointestinal Endoskopi Sonuçlarımız: Düzce Bölgesi. Med J Kocatepe. 6: 29-31 / Ocak 2005
- 2- Wyngaarden JB, Lloyd SH Jr, Bennett JC. (Editors).Cecil Textbook of Medicine. In: Vennes JA.Gastrointestinal Endoscopy. 19 th Edition.Philedelphia: W. B. Saunders Company, 1992: 630-634.
- 3- Ozcan O, Erdonmez N, Arıkan S, Ersöz F, Dönmez M, Sentatar E, Sarı S, Gözcül N. Bir Eğitim Hastanesindeki Alt Gastrointestinal Sistem Endoskopik İncelemelerinin Analizi. Kolon Rektum Hast Derg 2010;20:53-58

- 4-** Viiala CH, Zimmerman M, Cullen DJE, Hoffman NE. Complication rates of colonoscopy in an Australian teaching hospital environment. *Internal Med J* 2003;33: 355-59.
- 5-** Bozdağ A, Gulturk B, Aksu A. Alt gastrointestinal sistem endoskopisi sonuçlarımız. *J Clin Exp Invest* 2014; 5 (4): 580-582.
- 6-** Smoot DT, Collins J, Dunlap S, et al. Outcome of colonoscopy in elderly African-American patients. *Dig Dis Sci* 2009;54:484-2487.
- 7-** Coşkun A, Yasa MH, Ayvaz O, Yükselen V, Ergin F, Karaoğlu AÖ. Aydın bölgesindeki kolon kanserlerinin özellikleri. *Nobel Med* 2012; 8(2): 22-25
- 8-** Luk GD. Malignant tumors of the colon. In: Brandt LJ. *Clinical Practice of Gastroenterology (Volume 1)*. Philadelphia, Current Medicine, Inc. 1999; 762-772.
- 9-** Boyle P, Langman JS. ABC of colorectal cancer: Epidemiology. *BMJ* 2000; 321: 805-808.
- 10-** Korkmaz H, Kendir İC, Akkaya Ö. Evaluation of size, localization and histopathologic structures of colonic polyps, *Endoscopy Gastrointestinal* 2016;(24):13-17.
- 11-** Itzkowitz SH, Potack J. Colonic polyps and polyposis syndromes. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, (Eds). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8 th ed. Philedelphia. Saunders. 2006; 2713-36.
- 12-** Eminler AT, Sakalli M, Irak K, Ayyıldız T, Keskin M, Yogurt I, Gülten M, Kızılcı M, Gurel S, Dolar E, Nak SG. Colonoscopic polypectomy results of our gastroenterology unit. *Akademik Gastroenterol Derg* 2011;10(3),112-115.
- 13-** Boland CR, Itzkowitz SH, Kim YS. Colonic polyps and gastrointestinal polyposis syndromes. *Gastrointestinal disease, Sleisenger MH, Fordran JSS, Philadelphia, WB Saunders Company* 1989;2:1483-518.
- 14-** Savas B, Bektas M, Percinel S, Tuzun A. Ensare A, Cetinkaya H, Ozden A. Correlation of histopathological criteria with clinical presentation in Inflammatory Bowel Disease. *Akademik Gastroenterol Derg* 2008; 7 (1): 24-29.
- 15-** Asplund S, Gramlich T, Fazio V, et. al. Histologic changes in defunctioned rectums in patients with inflammatory bowel disease: a clinicopathologic study of 82 patients with long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1206-13.
- 16-** Mercimek K. Trakya bölgesinde inflamatuvar barsak hastalıklarının epidemiyolojik özellikleri. *Uzmanlık Tezi. Trakya Üniv Tıp Fak İç Hastalıkları AD*.2010.
- 17-** Tözün N, Atuş Ö. İltihabi Barsak Hastalıkları. Memik F (Ed). *Klinik Gastroenteroloji*. Bursa: Nobel & Güneş Kitabevi; 2004. s.448-61.
- 18-** Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ; American Cancer Society. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. *CA Cancer J Clin*, 2003; 53: 27-43.
- 19-** Minoli G. Effectiveness of colonoscopy. *Dig Liver Dis* 2005; 37: 85-86.
- 20-** Fasoli R, Repaci G, Comin U, Minoli G. A multicentre North Italian prospective survey on some quality parameters in lower gastrointestinal endoscopy. *Dig Liver Dis* 2002;34:833-41.

21- Bersani G, Rossi A, Ricci G, *et al.* Do ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy enhance the probability of finding relevant pathologies in an open access service? *Dig Liver Dis* 2005;37:609-14.

22- 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 JGastroenterol* 2002;97:1296-308.

23- Kosus A, Ates M ,Kosus N. Alt Gastrointestinal Sistem Belirtileri ile Başvuran Kadınlarda Endoskopi Bulguları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28:635-639

24- Yaşar M ve Kayıkcı A. Kolonoskopi Sonuçlarımızın Retrospektif Analizi. *Konuralp Tıp Derg* 2010;2(3):6-9.

Tablo 1. Histopatolojik tanımlar ve gruplandırmaları

Tanı	Tanı grubu
Doğal mukoza	Morfolojik limitlerde veya fizyolojik değişiklikler
Atrofi	Morfolojik limitlerde veya fizyolojik değişiklikler
Ödem	Morfolojik limitlerde veya fizyolojik değişiklikler
Aktif kolit	Enflamatuar hastalıklar
Ülser ve aktif kolit	Enflamatuar hastalıklar
Soliter rektal ülser	Enflamatuar hastalıklar
Enflamatuar barsak hastalığı	Enflamatuar hastalıklar
Hiperplastik polip	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar
Mukozada düşük dereceli displazi	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar
Mukozada düşük dereceli displazi ve ülser	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar
Mukozada yüksek dereceli displazi	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar
Aktif kolit ve mukozada düşük dereceli displazi	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar
Tübüler adenom (Düşük dereceli displazi)	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar
Tübülovillöz adenom (Düşük dereceli displazi)	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar
Adenomda invazyon gösteren neoplazi	Epitelial Tümörler
Adenokarsinoma in-situ	Epitelial Tümörler
Adenokarsinom	Epitelial Tümörler
Gastrointestinal stromal tümör	Stromal tümörler

Tablo 2. Olguların histopatolojik tanıları ve görülme sıklıkları

Tanı	Görülme sıklıkları (n/ %)
Doğal mukoza	8/ 2.5
Atrofi	9 /2.8
Ödem	45/ 14.1
Aktif kolit	51/ 16.0
Ülser ve aktif kolit	12/ 3.7
Soliter rektal ülser	2/ 0.6
Enflamatuar barsak hastalığı	6/ 1.9
Hiperplastik polip	59/ 18.5
Mukozada düşük dereceli displazi	27/ 8.5
Mukozada düşük dereceli displazi ve ülser	1/ 0.3
Mukozada yüksek dereceli displazi	1/ 0.3
Aktif kolit ve mukozada düşük dereceli displazi	2/ 0.6
Tübüler adenom (Düşük dereceli displazi)	60/ 18.8
Tübülovillöz adenom (Düşük dereceli displazi)	4/ 1.3
Villöz adenom (Düşük dereceli displazi)	1/ 0.3
Adenomda invazyon gösteren neoplazi	1/ 0.3
Adenokarsinoma in-situ	3/ 0.9
Adenokarsinom	26/ 8.2
Gastrointestinal stromal tümör	1/ 0.3
Toplam	319/ 100

Tablo 3. Olgulara ait histopatolojik tanıların gruplanmış görülme sıklıkları

Tanı grubu	Görülme sıklığı (n/ %)
Morfolojik limitlerde veya fizyolojik değişiklikler	62/ 19.4
Enflamatuar hastalıklar	71/ 22.3
Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar	155/ 48.6
Epitelial tümörler	30/ 9.4
Stromal tümörler	1/ 0.3
Toplam	319/ 100

Tablo 4. Cinsiyetlere göre histopatolojik tanıların dağılımı

Tanı	Kadın görülme sıklıkları (n/ %)	Erkek görülme sıklıkları (n/ %)
Doğal mukoza	3/ 2.6	5/ 2.5
Atrofi	3/ 2.6	6/ 2.9
Ödem	19/ 16.5	26/ 12.8
Aktif kolit	22/ 19.1	29/ 14.2
Ülser ve aktif kolit	5/ 4.3	7/ 3.4
Soliter rektal ülser	1/ 0.9	1/ 0.5
Enflamatuar barsak hastalığı	1/ 0.9	5/ 2.5
Hiperplastik polip	19/ 16.5	40/ 19.6
Mukozada düşük dereceli displazi	12/ 10.4	15/ 7.3
Mukozada düşük dereceli displazi ve ülser	1/ 0.9	0/ 0
Mukozada yüksek dereceli displazi	0/ 0	1/ 0.5
Aktif kolit ve mukozada düşük dereceli displazi	0/ 0	2/ 1
Tübüler adenom (Düşük dereceli displazi)	17/ 14.8	43/ 21.1
Tübülovillöz adenom (Düşük dereceli displazi)	0/ 0	4/ 1.9
Villöz adenom (Düşük dereceli displazi)	0/ 0	1/ 0.5
Adenomda invazyon gösteren neoplazi	0/ 0	1/ 0.5
Adenokarsinoma in-situ	1/ 0.9	2/ 1
Adenokarsinom	11/ 9.6	15/ 7.3
Gastrointestinal stromal tümör	0/ 0	1/ 0.5
Toplam	115/ 100	204/ 100

Tablo 5. Cinsiyete göre tanı gruplarının dağılımı

Tanı grubu	Kadın görülme sıklığı (n/ %)	Erkek görülme sıklığı (n/ %)
Morfolojik limitlerde veya fizyolojik değişiklikler	25/ 21.7	37/ 18.1
Enflamatuar hastalıklar	29/ 25.2	42/ 20.7
Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar	49/ 42.6	106/ 51.9
Epitelial tümörler	12/ 10.4	18/ 8.8
Stromal tümörler	0/ 0	1/ 0.5
Toplam	115/ 100	204/ 100

Tablo 6. Adenokarsinomların, enflamatuar hastalık ve preneoplastik/ hiperplastik lezyon gruplarının yerleşim yerlerine göre dağılımı

Lokalizasyon	Adenokarsinom (n/ %)	Enflamatuar hastalıklar (n/ %)	Preneoplastik/ hiperplastik lezyonlar (n/ %)
Bilinmiyor	6/ 23.1	33/ 46.5	53/ 34.2
Çekum	2/ 7.7	2/ 2.8	1/ 0.6
Çıkan kolon	0/ 0	1/ 1.4	2/ 1.3
Transvers kolon	1/ 3.8	4/ 5.6	16/ 10.3
İnen kolon	1/ 3.8	1/ 1.4	23/ 14.8
Sigmoid	8/ 30.8	12/ 17.0	48/ 31.0
Rektum	8/ 30.8	18/ 25.3	12/ 7.8
Total	26/ 100	71/ 100	155/ 100

Tablo 7. Yaş gruplarına göre adenokarsinomlar, enflamatuar hastalıklar grubu ve adenomatöz lezyonların (tübüler, villöz ve tübülovillöz adenom) grubunun dağılımı

Yaş grubu	Adenokarsinom (n/ %)	Enflamatuar hastalıklar (n/ %)	Adenomatöz lezyonlar (n/ %)
0-20	0/ 0	3/ 4.2	0/ 0
21-40	0/ 0	12/ 16.9	2/ 3.1
41-60	11/ 42.3	31/ 43.7	23/ 35.4
61-80	12/ 46.2	21/ 29.6	37/ 56.9
81-100	3/ 11.5	4/ 5.6	3/ 4.6
Toplam	26/ 100	71/ 100	65/ 100