

İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri

The epidemiological features of the newly onset colorectal cancer patients

Erkan Turan¹, Bektaş Murat Yalçın², İdris Yücel³, Mustafa Ünal⁴

Özet

Amaç: Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ilk kez kolorektal kanser (KRK) tanısı konulan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Ocak 2005 – Aralık 2008 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki elektronik veri tabanı araştırılarak patolojik ön tanıları içinden "kolon" ve "adenokarsinom" anahtar kelimeleri taranarak kayıtlarına ulaşılabilen 123 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların demografik özellikleri, aile hikâyeleri ve eşlik eden hastalıklarının yanı sıra KRK'leri ile ilgili çeşitli klinik verileri, sigara ve alkol kullanma öyküleri ve beden kitle indeksleri (BKI) dosya kayıtları ve telefon görüşmeleriyle kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 123 hastanın 66'sı (%53.7) erkek, 57'si (%46.3) kadındı. Kolorektal kanser erkeklerde ve kadınlarda 51-80 yaşları arasında daha sık izlenmekteydi. Hastaları doktora getiren en önemli üç yakınma sırasıyla dışkıarken kan gelmesi (%62.6), kabızlık (%51.2) ve karın ağrısıydı (%47.2). Olguların büyük çoğunluğunu 51 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktaydı (s=101, %82.1). Hastaların %13.8'inin en az bir birinci derece akrabasında KRK öyküsü vardı. Erkekler, kadın olgularla kıyaslandığında hem günde iki kat daha fazla miktarda sigara içmekteydi (t= 3.670, p<0.001) hem de sigaraya daha erken yaşta başlamışlardı (ortalama 7.06 yıl) (t= 3.531, p<0.001). Tüm olgularımızın 26'sı (%21.1) obez iken kadın olguların BKI ortalamaları erkeklerle nazaran belirgin olarak daha fazlaydı (kadın= 28.14±4.52 kg/m² ve erkek= 25.57±3.54 kg/m², t= 3.533, p<0.001). Her iki cinsiyette de kanserin en sık yerleşim yeri kadınlarda %33.3 ve erkeklerde %40.4 oranları ile rektum idi.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda hastanemizde ilk kez tanı alan KRK'li hastaların epidemiyolojik özelliklerinden yaş, erkek cinsiyet ve aile öyküsü; klinik olarak dışkıarken kan gelmesi, kabızlık ve karın ağrısı dikkat çekicidir. Bu özellikler kanserin erken tanısı için aile hekimlerine yol gösterici olabilir.

Anahtar sözcükler: Kolorektal kanser, adenokarsinom, aile özellikleri, risk faktörleri.

Summary

Objective: We aimed to investigate the sociodemographic, and clinical features with probable risk factors in the patients who were newly diagnosed as colorectal cancer (CRC) in Ondokuz Mayıs University Hospital.

Methods: We have included 123 patients determined from the database of the Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Hospital between January 2005 and December 2008 with the keywords of "colon" and "adeno-carcinoma" as pathological pre-diagnoses. The demographic features of the patients, their family stories and accompanying diseases as well as different clinical features related to the colorectal cancers, smoking and alcohol status, and body mass indices were retrospectively investigated from patient records and telephone calls.

Results: Of the 123 patients included in the study, 66 (53.7%) were men and 57 (46.3%) were women. The frequency of CRC is increased between the ages of 51 and 80. Most of the cases (n=101, 82.1%) were at the age of 51 and over. 13.8% of the patients had at least one first degree relative with CRC. The most frequent symptoms were occult blood in gaita (62.6%), constipation (51.2%) and abdominal pain (47.2%). Men smoke more (on average two times more) (t= 3.670, p<0.001) and started smoking earlier (on average 7.06 years) (t= 3.531, p<0.001) compared with women. The average of BMI in women was 28.14±4.52 and in men 25.57±3.54 kg/m². Obesity was found in 26 cases (21.1%). The most frequent localization of cancer was rectum in both gender, with rates of %33.3 and %40.4 respectively in women and men.

Conclusions: Our results points out that the epidemiological features as age, male gender and family history, clinical features as blood on stool, constipation and abdominal pain are remarkable among the patients of CRC who are newly diagnosed in our hospital. These features may lead family physicians to diagnose CRC earlier.

Key words: Colorectal carcinoma, adenocarcinoma, family characteristics, risk factors.

¹ Gürgentepe Devlet Hastanesi, Uzman Dr., Ordu

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Samsun

³ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Prof. Dr., Samsun

⁴ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Samsun

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kolorektal kanser (KRK) her iki cinsiyette en sık görülen üçüncü kanser türüdür.^[1] Kanserle ilişkili en sık ölüm nedenleri arasında erkeklerde ikinci ve kadınlarda ise üçüncü sırayı almaktadır.^[2] Her yıl bir milyona yakın kişi KRK'ye yakalanmakta ve beş yüz bin civarında kişi KRK nedeniyle ölmektedir.^[3] Ülkemizde ise en sık görülen 10 kanser sıralamasında 7.24/100.000 insidans ile 7. sırada olup, yılda yaklaşık 5000 yeni vaka görülmekte ve yaklaşık 3200 kolorektal kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir.^[4] Yaşa bağlı insidans ve mortalite oranı sırasıyla 100.000'de 37.5 ve 14.1 iken, erkeklerde daha yüksek olup sırasıyla 100.000'de 52.2 ve 20.5 olarak saptanmıştır.^[5] Yaşla beraber her iki cinsiyette de görülme sıklığı artmaktadır ve özellikle 75 yaş üzerinde her iki cinsiyette en sık görülen kanserdir.^[6] Her iki cinsiyet için yaşam boyu KRK gelişme riski %13.2 civarındadır.^[7]

Hastalığın etiolojisinde erkek cinsiyet,^[8] ileri yaş,^[8] adenomlar,^[9] genetik faktörler ve aile hikâyesi (familial adenomatöz polipozis ve diğer otozomal dominant gastrointestinal polipozis sendromları),^[10] obezite, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları,^[11] kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları,^[12] radyasyon,^[13] diyabetes mellitus (DM) gibi eşlik eden bazı kronik hastalıkların varlığı^[14] rol oynamaktadır.

Aile hekimliği açısından KRK birinci basamak hekimliğinde önlenabilir kanserler içinde öncelikli yere sahiptir. Etkin bireysel risk değerlendirmesi (aile hikâyesi ve diğer risk faktörleri vb.) ve seçiciliği ve duyarlılığı yüksek tarama programlarıyla (gaitada gizli kan, sigmoidoskopi, kolonoskopi vb.) erken dönemde yakalanabilen ve tedavi şansı yüksek bir hastalıktır.^[15] Hastalığın yavaş gelişimi nedeniyle aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilerin yıllık periyodik fizik bakılarında yıllar içinde hastalığı yakalama şansları yüksektir. T.C. Sağlık Bakanlığı da dâhil olmak üzere pek çok kurum KRK'nin öncelikle birinci basamakta taranması gerektiği konusunda fikir birliği içindedir.^[4,16] Buna karşılık ülkemizde KRK epidemiyolojisi ve risk faktörleri ile ilgili çalışmalar istenilen düzeyde değildir. Bazı yöresel çalışmalar yapılmış olsa da^[17-20] ülke genelini kapsayan, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ve olası risk faktörleri üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca bilindiği kadarıyla bu hastaların tanı almadan önce ilk ortaya çıkan yakınmaları ve hekime başvuru nedenleri konusunda herhangi bir araştırma gerçekleştirilmemiştir.

Bu çalışmada orta Karadeniz bölgesinin en ileri referans merkezi olan Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2005 ile Aralık 2008 tarihleri arasında ilk kez kolorektal kanser tanısı konulan hastaların sosyodemografik

ve klinik özellikleri ile olası risk faktörleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızın hasta evrenini 2005 ile 2009 yılları arasında OMÜ Tıp Fakültesi hastanesinde KRK tanısı konan hastalar oluşturmaktadır. Bu amaçla ilk olarak OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi elektronik veri tabanı, 2005 yılı Ocak ayı başından 2008 yılı Aralık ayı sonuna kadar olan dönemde patoloji ön tanıları içinden "kolon" ve "adenokarsinom" anahtar kelimeleri ile tarandı. Elektronik veri tabanı programından toplam 433 hastanın isim ve dosya numaralarına ulaşıldı. Hastanemiz arşivinden bu kayıtlı hastaların dosyaları arandı. İlk başta tespit edilen 433 hastanın 162'sinin dosyasına ulaşılamadı ve 24 hastada başka bir hastalık ya da malignite mevcuttu. Dosyasına ulaşılan 247 KRK'li hastanın 13'ü hasta dosya bilgileri araştırmada hedeflenen bilgileri asgari düzeyde sağlayacak kadar eksik olması, yedisi KRK nüksü olması (ilk tanıları 2005 yılından önce konmuş) ve diğer yedisi geçen süre içinde ölmesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldılar.

Dosyalarındaki bazı eksik bilgilerin tamamlanması için geriye kalan 220 hastaya telefon ile ulaşılması hedeflendi. Bu gruptan 21 hastanın dosyalarında kaydedilmiş olan telefon numaralarının yanlış olduğu ve 51 hastanın geçen süre içinde öldüğü öğrenildi. Üç hasta çalışmaya katılmayı ret etti. Yirmi iki hastaya ise defalarca telefonla aranmasına rağmen (ortalama bir aylık bir sürede ve en az yedi farklı zamanda) ulaşamadı. Geri kalan 123 hastaya (ana grubun %55.9'u) ise telefonla ulaşıldı.

Bu 123 hasta çalışma örneklemini olarak kabul edildi. Dosyalarından hastaların demografik verileri (adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, doğum yılı, mesleği, halen yaptığı işi, dosya numarası, doğum yeri, ikamet yeri, telefon numarası, medeni durum, aylık hane geliri, eğitim düzeyi, toplam eğitim yılı, sigara ve alkol kullanım öyküsü (başlama yaşı, kullanım yılı), antropometrik verileri (boy, kilo, beden kitle indeksi [BKİ]), eşlik eden diğer kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, KOAH vb.), KRK açısından risk oluşturan bazı faktörler (pelvik radyoterapi öyküsü, birinci ve ikinci dereceden akrabalarda kanser öyküsü, daha önceden adenomatöz polip varlığı vb.) ve KRK ile ilgili bazı özellikler (ilk tanı tarihi, kanserin histopatolojik özelliği, evresi, lokalizasyonu, hastanın tanı aldığı andaki yaşı, ilk ortaya çıkan yakınmalar, ilk başvurudaki yakınmaları ve başvuru fizik muayenesinde hepatomegali varlığı) belirlendi ve daha önceden yapılandırılan formlara kaydedildi. Hastalar telefon ile arandığında yapılan çalışma ile ilgili kısa bir bilgilendirmeden sonra hastalardan sözlü onam alındı. Ardından yukarıda bahsedilen konularda eksik olan bilgiler sorgulanarak tamamlandı. Çalış-

ma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli onay alındı.

Hastaların toplanan verileri SPSS (version 11.0) programına girildi. Bu veriler arasındaki ilişkiler ki-kare, bağımsız gruplarda Student t-test, One Way ANOVA, Pearson korelasyon testi ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya alınan 123 hastanın 66'sı (%53.7) erkek, 57'si (%46.3) kadındı. Erkek hastaların ortalama yaşı 62.82 ± 13.76 yıl (28-90 yaş arası) iken, kadın hastaların ortalama yaşı 62.21 ± 12.68 yıl (22-84 yaş arası) idi. Yaş ortalamaları bakımından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$). Erkek/kadın oranı 1.16/1 olarak tespit edildi. Kolorektal kanser her iki cinste 51-80 yaşları arasında daha sık izlenmekteydi. Tüm olguların %82.1'i (101 hasta) 51 yaş ve üzerinde idi. Çalışmaya alınan hastaların diğer sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları

Erkek hastalar kadınlara göre daha fazla sigara kullanma alışkanlığına sahiptiler ($\chi^2=39.281$; $p < 0.001$), sigaraya daha erken başlamışlardı ($t=3.531$; $p < 0.001$) ve dolayısıyla daha çok yıl sigara kullanmışlardı ($t=4.813$; $p < 0.001$). Bir günde içilen sigara adedi değerlendirildiğinde erkekler ortalama iki kat daha fazla sigara içmekteydiler ($t=3.670$; $p < 0.001$). Erkeklerin %48.5'i halen alkol kullanmakta ya da geçmişte alkol kullanmışken kadınlarda bu oran %26.8 idi ($\chi^2=33.471$, $p < 0.001$). Erkekler ile kadınlar arasında alkole başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$).

Beden Kitle İndeksi

Kadın hastaların BKİ (28.14 ± 4.52 kg/m^2) erkeklerden (25.57 ± 3.54 kg/m^2) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazlaydı ($t=3.533$; $p < 0.001$). Tüm olguların 26'sı (%21.1) obez (BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri), 52'si (%42.3) fazla kilolu ($25 \leq \text{BKİ} < 30$), 44'ü (%35.8) normal kilolu ($18.5 \leq \text{BKİ} < 25$) ve biri (%0.8) düşük kilolu idi.

Tablo 1. Çalışma grubunun karakteristik özellikleri

Özellik	Erkek		Kadın		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	66	53.7	57	46.3	123	100	
Meslek	Çiftçi	10	15.2	18	31.6	28	22.8
	İşçi	13	19.7	5	8.8	18	14.6
	Memur	12	18.2	1	1.8	13	10.6
	Ev hanımı	0	0.0	33	57.9	33	26.8
	Serbest meslek	31	47.0	0	0.0	31	25.2
İkamet şekli	Doğduğu yerde yaşamıyor	10	15.2	14	24.6	24	19.5
	Doğduğu yerde yaşıyor	56	84.8	43	75.4	99	80.5
Medeni durumu	Hiç evlenmemiş	0	0.0	2	3.5	2	1.6
	Evli	62	93.9	34	59.6	96	78
	Eşi ölmüş	4	6.1	21	36.8	25	20.3
Aylık hane gelir düzeyi	<700 TL	24	36.4	25	43.9	49	39.8
	700-1500 TL	31	47.0	25	43.9	56	45.5
	1500-2000 TL	9	13.6	4	7.0	13	10.6
	2000-2500 TL	2	3.0	1	1.8	3	2.4
	2500-3000 TL	0	0.0	1	1.8	1	0.8
	>3000 TL	0	0.0	1	1.8	1	0.8
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	3	4.5	18	31.6	21	17.1
	Okuryazar	10	15.2	15	26.3	25	20.3
	İlköğretim mezunu	38	57.5	21	36.9	59	48.0
	Lise mezunu	11	16.7	3	5.3	14	11.4
	Üniversite mezunu	4	6.1	0	0.0	4	3.3

Tablo 2. Olgularda ailede kanser öyküsü

Aile öyküsü		Erkek		Kadın		Toplam	
		s	%	s	%	s	%
1. dereceden akrabada KRK	Yok	55	83.3	51	89.5	106	86.2
	Bir kişi	10	15.2	5	8.8	15	12.2
	Birden fazla	1	1.5	1	1.8	2	1.6
1. dereceden akrabada diğer kanserler	Yok	47	71.2	39	68.4	86	69.9
	Bir kişi	14	21.2	14	24.6	28	22.8
	Birden fazla	5	7.6	4	7.1	9	7.3
2. dereceden akrabada KRK	Yok	63	95.5	51	89.5	114	92.7
	Bir kişi	3	4.5	5	8.8	8	6.5
	Birden fazla	0	0	1	1.8	1	0.8
2. dereceden akrabada diğer kanserler	Yok	57	86.4	46	80.7	103	83.7
	Bir kişi	8	12.1	5	8.8	13	10.6
	Birden fazla	1	1.5	6	10.5	7	5.7

Olguların Klinik Özellikleri ve Risk Faktörleri

Bütün hastaların %13.8'inin birinci dereceden akrabalarından en az birinde KRK öyküsü mevcuttu. Erkeklerin %28.8'inde ve kadınların %31.6'sında birinci dereceden akrabaların en az birinde KRK dışı bir kanser öyküsü bulunmaktaydı. Ancak cinsiyetler arasında birinci ($\chi^2=3.176$; $p>0.05$) ve ikinci dereceden ($\chi^2=2.116$; $p>0.05$) akrabada KRK öyküsü sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktu. Olgularımızın birinci ve ikinci dereceden akrabalarında KRK ya da diğer kanserlerin varlığı **Tablo 2'**de gösterilmiştir.

Olgularımızda en sık eşlik eden kronik hastalıklar ise sırasıyla hipertansiyon, diabetes mellitus ve KOAH'tı. Tüm hastalarımızın eşlik eden hastalıkları, görülme

oranları ve cinsiyet açısından karşılaştırılması **Tablo 3'**te gösterilmiştir.

Eşlik Eden Maligniteler

Hastalara en sık eşlik eden ikinci maligniteler incelendiğinde erkeklerde sırasıyla beş kişide (%7.6) prostat, bir kişide (%1.5) mide ve yine bir kişide (%1.5) mesane kanseri izlenmişti. Kadınlarda ise beş kişide (%8.8) endometriyum ve bir kişide (%1.8) meme kanseri saptanmıştı.

Histopatolojik Sınıflandırma

Olguların histopatolojik tanıları cinsiyet açısından **Tablo 4'**te karşılaştırılmıştır. Buna göre histopatolojik tanı açısından cinsiyetler arasında ($\chi^2= 0.316$; $p=0.957$) ve hasta yaşı ile kanser diferansiyasyon derecesi arasında is-

Tablo 3. Eşlik eden hastalıklar

Hastalık	Erkek (s=66)		Kadın (s=57)		Toplam (s=123)	
	s	%	s	%	s	%
Hipertansiyon	17	25.8	24	42.1	41	33.3
Diabetes Mellitus	10	15.2	7	12.3	17	13.8
KOAH	6	9.0	5	8.8	11	8.9
Konjestif kalp yetmezliği	6	9.0	3	5.3	9	7.3
Koroner arter hastalığı	10	15.2	2	3.5	12	9.7
Benign prostat hiperplazisi	3	4.5	-	-	3	2.4
Migren	0	0.0	2	3.5	2	1.6
Peptik ülser	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Epilepsi	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Kronik böbrek yetmezliği	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Bronşial astma	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Serebrovasküler olay	1	1.5	0	0.0	1	0.8

Tablo 4. Olguların histopatolojik tanıları

Adenokarsinom		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
Diferansiyasyon derecesi	Diferansiyasyon bilgisi yok	31	47,0	27	47,4
	lyi diferansiye	24	36,4	20	35,1
	Orta diferansiye	9	13,6	9	15,8
	Kötü diferansiye	2	3,0	1	1,8

tatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (F= 0.811; p= 0.781). Tanı konulduğunda 15 hasta (%12.2) A, 54 hasta (%43.9) B, 36 hasta (%29.3) C ve 18 hasta (%14.6) D evresindeydiler. Tanı konulduğu andaki hastalık evresi açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($\chi^2= 0.150$; p= 0.05). Hasta yaşı ile tanı konulduğu andaki hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (F= 0.867; p>0.05).

Yerleşim

Erkek ve kadın olgularımızda kanserin en sık yerleşim yeri sırasıyla %33.3 ve %40.4 oranlarla rektum idi. Kanser lokalizasyonu (yerleşim yeri) açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=6.355$; p>0.05). Cinsiyetlere göre kolorektal kanser yerleşim bölgeleri **Tablo 5**'te sunulmuştur.

Fizik Bakı ve Yakınmalar

Tüm olgularımızda ilk ortaya çıkan en sık üç yakınma sırasıyla karın ağrısı (85 hasta, %69.1), kabızlık (81 hasta, %65.9) ve karında şişkinliği (69 hasta, %56.1). Erkek ve kadın olgularda ilk ortaya çıkan en sık yakınmalar **Tablo 6**'da gösterilmiştir. Tüm olgularımızda hekime başvuru nedeni olan ilk üç yakınma sırasıyla dışkılariken kan gelmesi (77 hasta, %62.6), kabızlık (63 hasta, %51.2) ve karın ağ-

rısı (58 hasta, %47.2) idi. Erkek ve kadın olgularda en sık başvuru yakınmaları **Tablo 7**'de verilmiştir. İlk fizik muayene esnasında on hastada (%8.1) hepatomegali vardı. Hastaların ilk yakınmalarının başladığı andan itibaren kolorektal kanser teşhisi konulana kadar geçen süre (ay), hasta yaşı ile ilişkili değildi (r=0.094, p>0.05). Bu süre erkek olgularımızda ortalama 7.48±7.54 ay (1-36 ay arası), kadın olgularımızda ise ortalama 6.98±7.92 ay (1-48 ay arası) idi (t= 0.360; p>0.05).

Tartışma

Çalışmamızda yer alan hastalar içinde erkekler çoğunlukta idi, ancak erkek/kadın oranı birbirine yakındı (1.16/1). Erkek ve kadın hastalarımız arasında yaş açısından bir fark bulunmamaktaydı. Tarama stratejileri açısından önemli olan bu sonuçlar ülkemizde yapılan çeşitli çalışmaların sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. İzbul ve Müderriszade'nin^[21] 170 kolorektal kanserli olgu ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaptığı çalışmada, %54.7'si erkek ve %45.3'ü kadın olan (oran 1.2/1) hastaların yaş ortalamaları (erkeklerde 64 ve kadınlarda ise 65 yaş) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gürsoy ve arkadaşlarının^[16] Kayseri ve yöresinde gerçekleştirdikleri geriye dönük bir başka çalışmada ise, 250 kolorek-

Tablo 5. Cinsiyete göre kolorektal kanser yerleşim bölgeleri*

Yerleşim	Erkek		Kadın		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Çekum	6	9.1	4	7.0	10	8.1
Sağ kolon	11	16.7	12	21.1	23	18.7
Transvers kolon	1	1.5	4	7.0	5	4.1
Sol kolon	5	7.6	2	3.5	7	5.7
Sigmoid	12	18.2	9	15.8	21	17.1
Rektosigmoid	9	13.6	3	5.3	12	9.7
Rektum	22	33.3	23	40.4	45	36.6
Toplam	66	100	57	100	123	100

*Ki-kare testi, p>0.05

Tablo 6. Erkeklerde ve kadınlarda ilk ortaya çıkan en sık yakınmalar

İlk ortaya çıkan yakınmalar	Erkek		Kadın		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Karın ağrısı	45	68.2	40	70.2	85	69.1
Kabızlık	44	66.7	37	64.9	81	65.9
Karında şişkinlik	38	57.6	31	54.4	69	56.1
Halsizlik, yorgunluk	36	54.6	30	52.6	66	53.7
Dışkılarken kan gelmesi	9	13.6	10	17.5	19	15.4
İshal	11	16.7	7	12.3	18	14.6
Bulantı, kusma	7	10.6	9	15.8	16	13.0
Kilo kaybı	8	12.1	7	12.3	15	12.2

tal kanserli hastanın %57.6'sı erkek (ortalama yaş 57.6 ± 13.8), %42.4'ü kadın (ortalama yaş 56.5 ± 10.9) ve erkek/kadın oranı 1.3/1 olarak saptanmıştır. İlginç olarak bu çalışmada hastaların %12'sinin 40 yaşından önce tanı aldığı rapor edilirken bizim çalışmamızda bu oran %6.5'tir.

Literatürde farklı sonuçlar gösteren çalışmalar da vardır. Özgören ve arkadaşlarının^[17] Van'da gerçekleştirdikleri 69 kolorektal kanserli hasta serilerinde hem erkek/kadın oranı tersine dönmüştür (1/1.3) hem de hastalar daha gençtir (ortalama yaş kadınlarda 47, erkeklerde ise 48.3). Bu çalışmada KRK'li hastaların çoğunluğunun kadın olması ve hastaların yaş ortalamalarının bizim çalışmamızın ortalamasından oldukça düşük olması (yaklaşık 14 yıl) ilginçtir.

Çalışmada incelenen tüm hastaların sadece %1.6'sı 30 yaşın altında idi. Olguların tanı yaşları ele alındığında, kolorektal kanser görülme sıklığının 40'lı yaşlardan itibaren

artmaya başladığı ve 61-70 yaşlar arasında (7. dekad) pik yaptığı gözlenmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumunun "2006 Aile Yapısı Araştırması"na göre ülkemiz genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %33.4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı %50.6 iken, kadınlarda %16.6'dır.^[22] Benzer şekilde çalışmamızdaki olguların yarısından fazlasının bir dönem sigara kullanmış ya da halen kullanmakta olduğu anlaşılmıştır. Erkekler hem kadınlara göre daha erken sigaraya başlıyorlar (ortalama 7 yıl) hem de daha yoğun bir şekilde sigara kullanıyorlardı (ortalama günde bir paket).

Ülkemizde alkol kullanımı ve alışkanlıkları üzerine olan çalışmalar genellikle üniversite veya lise öğrencileri arasında yapılmakta olup yaşam boyu en az bir kez alkol kullanma oranı %58 ile %90 arasında değişmektedir.^[23] Türkcan ve ark. İstanbul genelinde yaptıkları bir çalışmada %25.6 oranında alkol kullanımı olduğunu bulmuşlardır.^[24] Konya Seydişehir'de yapılan bir başka çalışmada

Tablo 7. Erkek ve kadın olgularda en sık doktora başvuru yakınmaları

En sık başvuru yakınmaları	Erkek		Kadın		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Dışkılarken kan gelmesi	39	59.1	38	66.7	77	62.6
Kabızlık	35	53.0	28	49.1	63	51.2
Karın ağrısı	28	42.4	30	52.6	58	47.2
Karında şişkinlik	29	43.9	23	40.4	52	42.3
Kilo kaybı	27	40.9	24	42.1	51	41.5
Halsizlik, yorgunluk	26	39.4	17	29.8	43	34.9
İshal	7	10.6	5	8.7	12	9.8
Bulantı, kusma	6	9.0	3	5.3	9	7.3
İştahsızlık	1	1.5	1	1.8	2	1.6
Solukluk	0	0.0	1	1.8	1	0.8
Genel Durumda kötüleşme	0	0.0	1	1.8	1	0.8

ise benzer şekilde halen alkol kullanmakta olanların oranı %26.1 olarak tespit edilmiştir.^[25] Çalışmamızda ise hastaların %50.2'si bir dönem alkol kullanmış ve %3.0'ı halen alkol kullanmaktaydı.

Obezite, yoğun enerjili diyetin fazlaca alımı ve sedanter yaşam tarzından kaynaklanan pozitif enerji dengesinin bir sonucu ve kolorektal kanser için bir risk faktörüdür.^[26] Çalışmamızdaki BKİ ortalamalarına dayanarak olgularımızın %60'ından fazlasının aşırı kilolu veya obez olduğu söylenebilir. Ülkemizde yapılan değişik çalışmaların benzer yaş gruplarındaki sonuçlar değerlendirildiğinde obezite oranları TOHTA'da %38.4 ve TURDEP I'de %35 olarak rapor edilirken bizim çalışmamızda bu oran %21 civarındaydı.^[27,28] Çalışmamızdaki obezite oranlarının diğer çalışmalardakine göre düşük olması araştırılan nüfusun özelliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Kolon kanserlerinin %6-10'unun ailesel eğilimi olan bireylerde görüldüğü^[29] ve kolorektal kanseri olan bireylerin yaklaşık 1/3'ünün birinci derece akrabalarında da kanser olduğu bilinmektedir.^[10] Bizim çalışmamızda da 66 olgunun (%53.7) birinci ya da ikinci dereceden akrabalarının en az birinde kolorektal kanser ya da kolorektal dışı kanser öyküsü bulunmaktaydı. Bu bulgular, olgularımızda aile öyküsüne literatürde bahsedilenden daha fazla oranda rastlandığını göstermekte, öykünün ve tıbbi kayıt sistemlerinin sağlıklı işleminin önemini vurgulamaktadır.

Hastaların yakınmalarının başlangıcı ile tanı konulması arasında geçen sürenin prognoz açısından önemli açıktır. Çalışmamızda bu süre 17.37 ± 11.56 ay idi (ort. 510 gün). Gürsoy ve arkadaşları^[18] ise bu süreyi 175.4 ± 207.4 gün olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamızda izlenen bu sürenin göreceli uzunluğunun nedenlerinin (hasta, doktor ve sağlık sistemi vb.) araştırılması bölgemiz açısından önem taşıyacaktır.

Somali ve arkadaşlarının İzmir'de 146 evre II ve III hastası ile yapmış oldukları retrospektif bir çalışmada, hastaların %58.9'u erkek, %41.7'si kadın olup, yaş ortalaması 56.4 olarak hesaplanmış ve olguların %25.4'ünde ek hastalık tespit edilmiştir.^[20] Bizim çalışmamızda ise ek hastalığı olanların yüzdesi %54.5 idi. Artmış KRK riski ile DM arasında güçlü bir ilişki olduğu son yapılan çalışmalarla doğrulanmıştır.^[30,31] Hastalarımızla benzer yaş grupları karşılaştırıldığında Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'na alınan olguların %8.5'inde DM tanısı olduğu belirtilmiştir.^[32] Onat ve arkadaşlarının 2006 yılında Düzce'de 3401 kişilik bir örneklem grubuyla yapmış oldukları çalışmada ise bu oran %14 olarak tespit edilmiştir.^[33] En son olarak sonuçları bir hayli tartışılan TURDEP II çalışmasında benzer yaş gruplarında bilinen

ve yeni DM oranı daha önceki çalışmalara göre ciddi bir şekilde yüksek olarak (%31) açıklanmıştır.^[34] Oysa ki TURDEP I çalışmasında bu oran %19 civarında idi.^[28] Çalışmamızda ise kadın olgularımızın %12.3'sinde ve erkek olguların ise %15.2'sinde DM mevcuttur; ülkemizde yapılan prevalans çalışmalarıyla kıyaslandığında (TURDEP II hariç) olgularımızda diyabet sıklığı yüksektir (%13.8).

Çalışmamızda olguların ilk ortaya çıkan başlıca üç yakınmaları içinde en sık belirtileni %69.1 oranla karın ağrısı idi; bunu %65.9 oranla kabızlık ve %56.1 oranla karında şişkinlik izledi. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda sadece başvuru yakınmaları irdelenmiş olduğu için ilk ortaya çıkan yakınmalarla ilgili karşılaştırma yapılamadı. İlk ortaya çıkan yakınmalar özellikle aile hekimlerinin birinci basamakta KRK olgularını erken yakalaması açısından daha önemlidir. Kolorektal kanserli hastaların en sık olarak İzbul ve ark'nın çalışmasında rektal kanama (%60.5) ve ileus (%23.3); Özgören ve ark'nın çalışmasında dışkılama düzensizliği (%26) ve karın ağrısı (%24); Gürsoy ve ark'nın çalışmasında ise rektal kanama (%39.0) ve karın ağrısı (%38.0) nedeniyle doktora başvurdıkları belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da en sık ifade edilen dışkıda kan gelmesi oldukça çarpıcıdır (%62.6) ve bir tarama testi olarak gaitada gizli kan testinin önemini vurgulamaktadır. Tüm dünyada kanserin erken evrede yakalanması için büyük bir çaba sarf edilmekte ve bu konuda büyük başarılar sağlanmaktadır. Örnek vermek gerekirse ABD'de 50 yaş üzerinde kalın barsak kanseri açısından gizli kan testi %23 oranında yapılırken, sigmoidoskopi ya da kolonoskopi yaptırma oranı %37'lerdedir.^[35]

Çalışmamızın her retrospektif çalışmada olabilecek bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Retrospektif çalışmalar kayıt sistemleri oturmuş ve standardize edilmiş sağlık kurumlarında değerli bilgiler sağlamaktadır. Kayıtlardaki bilgiler, başka bir organizasyon veya sistemce denetlenmedikçe dosyaları dolduran sağlık çalışanlarının (hekimler, tıbbi sekreterler v.b.) tutumlarına bağlı kalmaktadır. Örnek vermek gerekirse sağlık kurumlarına ödeme yapmak için hastanın tıbbi kayıtlarının tam olmasının şart koşulduğu bazı durumlarda (Medicaid veya Medicare vb.) veri toplanması oldukça kolaydır. Bu tıbbi kayıtlar sağlık yöneticilerine geniş, pahalı ve zahmetli toplum temelli çalışmalar yapmak yerine, onbinler ve yüzbinler olarak ifade edilen çalışma gruplarını inceleyen retrospektif çalışmalar yapılmasına izin vermiştir.^[36] Sağlık finans modelinden bağımsız olarak benzeri bir sistemin işletilmesi ülkemizin en önemli ihtiyaçlarından birisidir. Daha mikro düzeyde olsa da dosyalardaki bilgiler açısından çalışmamız da aynı nesnel sorunları yaşamış olabilir.

Diğer bir konu da üniversite hastanemizin bölgedeki en ileri sevk merkezi olmasına rağmen sonuçlarımızı bir bölge için genellememizin söz konusu olmadığıdır. Samsun iline diğer şehirlerden de sevkler sıkça yapılmaktadır. Bunun dışında Sağlık Bakanlığı'na bağlanmadan önce SSK Bölge Hastanesi ilimizde hizmet vermekteydi. Farklı bir finans ve sigorta sistemine bağlı olan bu hastaların sevk koşulları net değildi ve bazı durumlarda üniversite hastanesi yerine doğrudan en yakın anakent olan Ankara'ya sevk ediliyorlardı. Çalışmamızda bu nedenle bölge-
miz ve ilimizdeki KRK'li hastaların çok büyük bir kısmına ulaşamamış olabiliriz. Ayrıca bir şekilde kendi elektronik veri tabanımızda taranan hastaların %40'lık bir bölümüne ulaşılammıştır. Bu tür bir çalışmalar için ulaşılan hasta sayısı yüksek bir oranda olsa da ulaşılmayan hastalara ait veriler sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Ancak sadece üç hastanın çalışmaya katılmayı reddetmesi hasta uyumu açısından çalışmamızın başarılı olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın diğer güçlü bir yanı da Karadeniz bölgesinde KRK hastalarının epidemiyolojisinin yanı sıra klinik özellikleri ile de ilgili çalışma olmasıdır.

Sonuç

Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre kolorektal kanser özellikle erkeklerde biraz daha fazla gözlenirken, en sık görülme yaşı 51-80 arasındadır. Tüm hastaların %13.8'inin en az bir birinci derece akrabasında KRK öyküsü vardır. Hastaların yaşı ile tanı konulduğu andaki hastalık evresi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hastalarımızda ilk ortaya çıkan en sık yakınmalar karın ağrısı, kabızlık ve karında şişliktir. En sık üç başvuru yakınması ise dışkıda kan gelmesi, kabızlık ve karın ağrısı olarak bulunmuştur. Dolayısıyla mikro düzeyde kanamayı tespit eden gaitada gizli kan taramasının önemi bu sayede tekrar vurgulanmıştır. Bulgularımıza göre kanserin en sık yerleşim yeri her iki cinsiyette de rektumdur. Dolayısıyla dijital fizik bakı bu tip hastaların erken yakalanması için önem taşıyabilir. Sayılan özellikler aile hekimlerinin hastalarında kolorektal kanserden şüphelenmelerine yardımcı olabilir.

Kaynaklar

- Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006;56:106-30.
- Dube C, Rostom A, Lewin G, et al. The Use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2007;146:365-75.
- Boyle P and Leon ME. Epidemiology of colorectal cancer. *Br Med Bull* 2002;64:1-25.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği. KSDB 49, Ankara, 2008.
- Hawk ET, Limburg PJ, Viner JL. Epidemiology and prevention of colorectal cancer. *Surg Clin N Am* 2002; 82:905-41.
- 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.
- Köşüş A, Ateş M, Köşüş N. Alt gastrointestinal sistem belirtileri ile başvuran kadınlarda endoskopi bulguları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:635-9.
- Karahasanoğlu T. Kolorektal kanserler: Tanı ve cerrahi tedavi. Göksoy E, Uzunismail H, editörler. Gastrointestinal sistem hastalıkları'nda. İ.Ü. İstanbul; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi No: 23; 2001. s. 271-9.
- Göral V. Kolorektal polipler ve polipozis sendromları. *Güncel Gastroenteroloji* 2003;7:32-40.
- Kinzler KW, Vogelstein B. Lessons from hereditary colorectal cancer. *Cell* 1996;87:159-70.
- Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, et al. Physical activity, obesity and risk for colon cancer and adenoma in men. *Ann Intern Med* 1995;122:127.
- Lakatos L, Mester G, Erdelyi Z, et al. Risk factors for ulcerative colitis-associated colorectal cancer in a Hungarian cohort of patients with ulcerative colitis; results of a population-based study. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12:205-11.
- Kendal WS, Nicholas G. A population-based analysis of second primary cancers after irradiation for rectal cancer. *Am J Clin Oncol* 2007;30:333-9.
- Giovannucci E. Insulin, insulin-like growth factors and colon cancer: a review of the evidence. *J Nutr* 2001;131(11 Suppl):3109S-20S.
- Tinmouth J, Ritvo P, McGregor SE, et al. ColonCancerCheck Primary Care Invitation Pilot project: family physician perceptions. *Can Fam Physician* 2012;58:e570-7.
- AHRQ Evidence Reports. Enhancing the Use and Quality of Colorectal Cancer Screening. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44526/> Son güncellenme tarihi 14.11.2012.
- Özgören E, Kisli E, Aydın M, ve ark. Kolorektal kanserlerde tedavi yaklaşımlarımız. *Van Tıp Dergisi* 2001;8:124-7.
- Gürsoy Ş, Er Ö, Canöz Ö, ve ark. Kayseri ve yöresinde kolon kanserlerinin özellikleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003;2:60-3.
- Menteş BB, Ege B, Üner A, ve ark. Kolorektal kanserlerin tedavi sonuçları: tek merkezli, 200 vakalık seri. *Gazi Tıp Dergisi* 2007;18:97-103.
- Somali İ, Öztöp İ, Füzün M, ve ark. 1993-2002 yılları arasında kolorektal kanserli hastalarda uygulanan 5-fluorourasil temelli adjuvan tedavi sonuçları. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2005;15:29-36.
- İzbul T, Müderriszade M. KKTTC'de kolorektal kanserli olguların retrospektif irdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003;2:7-10.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı. http://www.tkdonline.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf / Erişim tarihi: 12/05/2009.
- Türkcan A. Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11:40-8.
- Türkcan A, Akvardar Y, Aytaşlar S. İstanbul'da alkol kullanım yaygınlığı. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya, 1999.
- Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Telcioğlu M, Kucur R. Cage testi ile alkol kullanımı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 1999;2:217-21.
- Stattin P, Lukanova A, Biessy C, et al. Obesity and colon cancer: does leptin provide a link? *Int J Cancer* 2004;109:149-52.
- Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinde Yönelişler Dergisi* 2002;11:1-15.
- Satman İ, Yılmaz T, Şendül A, ve ark. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care* 2002;25:1551-6.

29. Akpınar H. Kolorektal kanser. Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek İ, Gören A, editörler. Klinik gastroenteroloji ve hepatoloji'de. Ankara: MN Medikal&Nobel; 2007. s. 971-5.
30. Luo W, Cao Y, Liao C, Gao F. Diabetes mellitus and the incidence and mortality of colorectal cancer: a meta-analysis of 24 cohort studies *Colorectal Dis* 2012;14:1307-12.
31. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:1679-87.
32. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, et al.; for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23:1817-23.
33. Onat A, Hergenç G, Uyarel H, et al. Prevalence, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. *Anadolu Kardiyol Derg* 2006;6: 314-21.
34. Satman İ, Yılmaz T, Şendül A, ve ark. TURDEP II. Ön sonuçlar. 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya.
35. 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.
36. Riley GF, Warren JL, Potosky AL, Klabunde CN, Harlan LC, Osmond MB. Comparison of cancer diagnosis and treatment in Medicare fee-for-service and managed care plans. *Med Care* 2008;46:1108-15.

Geliş tarihi: 29.06.2012

Kabul tarihi: 21.11.2012

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.12.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Bektaş Murat Yalçın
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kurupelit 55132 Samsun
Tel: 0362 457 60 00
e-posta: myalcin@omu.edu.tr