

BAĞIRSAK KANSERİ

BAĞIRSAK KANSERİNİN ÖNEMİ NEDİR?

Kalın bağırsak (kolon) ve bunun son kısmı olan rektumun kanserleri kadınlarda meme, erkeklerde akciğer kanserinden sonra kanserden ölüme yol açan ikinci büyük sebeptir. Ancak konunun sevindirici yönü bağırsak kanserlerinin önlenabilir ve erken teşhis durumunda tam tedavi edilebilir olmasıdır.

Kolon ve rektumda kanserlerin neredeyse tamamı poliplerden oluşur. Bilimsel araştırmalar bağırsak tümörlerinin sadece küçük bir bölümünün polip olmadan geliştiğini göstermektedir.

POLİP NEDİR?

Bağırsak içini döşeyen mukoza isimli dokuyu oluşturan hücreler bazen polip adını verdiğimiz küçük yumrular oluşturabilirler. Polipler iyi huylu tabir edilen ve çevreye yayılma potansiyeli olmayan büyümelerdir.

Bağırsak polipleri ortalama 45-50 yaşından itibaren belirmeye başlarlar. Gelişen poliplerin %10-20 kadarı ortalama 8-10 yılda habis özellik kazanırlar, yani kanserleşirler.

Poliplerin çapı 1cm'den büyüdükçe, sayıları çoğaldıkça kansere dönüşme ihtimali artar.

POLİP VE KANSER OLUŞUMUNDA RİSK FAKTÖRLERİ

Yakın akrabalarında bağırsak kanseri ve polip olanlarda, inflamatuvar bağırsak hastalığı (ülseratif kolit ve crohn) olan bireylerde, ve daha önce meme, yumurtalık ve rahim kanseri nedeniyle tedavi görmüş hastalarda bağırsak polip ve kanserinin gelişme riski daha yüksektir.

Hiçbir ilave risk faktörü olmayan kişilerde ise risk 40-50 yaşından sonra yaş ile doğru orantılı olarak artmaya başlar.

HANGİ ŞİKAYETLERE YOL AÇAR?

Polipler ve bağırsak kanseri büyük boyutlara ulaşmadıkça önemli bir rahatsızlık vermezler. Erken tanı ancak tarama testleri ile konur.

Makattan kan gelmesi üzerinde önemle durulması gereken bir şikayettir. Ancak bu genellikle kişi tarafından hemoroid (basur) olarak kabul edilip hekime başvurulmaz. Bu da çok değerli olan zamanın ziyan edilmesine yol açar.

Dışkılama alışkanlığının değişmesi teşhise gitmede en spesifik şikayettir. Her bireyin belli bir dışkılama alışkanlığı vardır. Bir günde 3 kez ile, haftada 3 kez dışkılama gibi

geniş bir yelpaze tıbben normal olarak kabul edilir. Ancak düzenli bağırsak alışkanlığı olan bir insanda tedricen kabızlık gelişmesi veya aksine ishal ortaya çıkması mutlaka araştırılmalıdır.

BAĞIRSAK KANSERİ ÖNLENEBİLİR Mİ?

Bağırsak kanserinin tama yakın bölümü poliplerin bir takım değişiklikler sonrası 5-10 yıllık bir süreç içinde habis özellikler kazanmasıyla gelişir. Polipler bulunup yok edildiğinde bağırsak kanserine dönüşüm de olmayacaktır.

Ancak poliplerin ve bağırsak kanserinin büyümeden herhangi bir bulgu vermemesi nedeniyle teşhis için şüpheli olmak ve özellikle yüksek risk taşıyan grupta **tarama testlerine** başvurmak önem taşır.

Araştırmalar bağırsak kanseri gelişiminde beslenmenin de çok büyük rolü olduğunu göstermiştir. Posadan zengin, hayvansal gıdalardan fakir beslenen toplumlarda bağırsak kanseri az görülmektedir. Japonya'da tüm bu hastalıklar az görülürken, çocuk yaşta Amerika Birleşik Devletleri'ne göçen ve Batılı tür beslenen Japonlarda riskin çok arttığı gözlenmiştir.

TARAMA TESTLERİ

Dışkıda gizli kan bakılması, parmakla rektal muayene ve kolonoskopi ile şikayeti olmayan hastalar taranır. Bunlardan en objektif ve faydalı yöntem kolonoskopidir. **Kolonoskopi** kalın bağırsak (kolon) ve son kısmının (rektumun) içinin ayrıntısıyla görünmesini sağlayan endoskopik bir tetkik yöntemidir. Kolonoskopi yapılırken bağırsaklar içinde bulunan polipler çıkartılabilir ve şüpheli bölgelerden biopsi alınabilir.

Herhangi bir risk faktörü olmayan bireylerde imkanlar nisbetinde 40 yaşından itibaren her yıl dışkıda gizli kan ve parmakla rektal muayene, 50 yaşından itibaren 5-10 yıl arayla kolonoskopik tetkik yapılması uygundur.

Yüksek risk grubuna tarama testlerinin uygulanması çok daha önemlidir. Bu kişilerde 50 yaşından itibaren tüm kolon ve rektum ayrıntısı ile tetkik edilmelidir. Ailede bağırsak kanseri olan bireylerde akrabadaki kanser 50 yaşından önce teşhis edilmişse bu yaştan beş yıl önce endoskopik tetkik uygulanmalıdır. Örneğin, 45 yaşındaki bir kişide bağırsak kanseri teşhis edilmişse, bu kişinin oğlu/kızı ve kardeşlerine 40 yaşına geldiklerinde kolonoskopi yapılmalıdır.

Kolonoskopi sırasında polip bulunursa bunlar o an endoskopik olarak alınırlar. Bu kişilerin kolonoskopisi 1-3 yıl sonra yeni belirebilecek poliplerin de yok edilmesi için tekrarlanmalıdır.

Kolonoskopi sırasında polip bulunamazsa riskli grupta 3-5 yıl, risksiz grupta 5-10 yıl sonra kolonoskopi tekrar edilir.

Ailevi kolon polipozu adı verilen ve kalın bağırsakta yüzlerce hatta binlerce polip olan ve nadir görülen bir grupta çocuklar 13-14 yaşından itibaren tarama testlerine alınmalıdır.

İnflamatuar bağırsak hastalıklarında (ülseratif kolit ve crohn) hastalık süresi uzadıkça bağırsak mukozasında kanser gelişme riski fazlalaşır. Bu kişiler hem hastalığın gidişatının hem de habis tümör gelişiminin incelenmesi açısından yakın takip altında olmalıdırlar.

POLİP KANSERE DÖNÜŞÜNCE NE OLUR?

Polipler kansere dönüşünce buradaki hücreler habis tümör özelliklerini kazanırlar. Bir süre bulunduğu yerde büyüyen habis hücreler belli bir aşamadan sonra vücudun çeşitli yerlerine dağılmaya başlar (metastaz).

Bağırsak tümörü en çok lenf yollarını kullanarak metastaz yapar. Lenf yolları bağırsaklardan emilen gıda ve bağırsaklara gelen sıvının fazlasını dolaşıma taşıyan lenfatik sistemin bir parçasıdır.

Bağırsak tümörü lenf yolları ile karaciğere, kan damarları yoluyla da diğer organlara metastaz yapabilir. Bulunduğu yerde büyüyen tümör bağırsakta geçişi engelleyip bağırsak tıkanıklığına da yol açabilir.

KOLON VE REKTUM KANSERİNDE TEDAVİ

Tedavinin esası cerrahidir. Tümörü barındıran bağırsak bölümü lenf yolları ve kan damarları ile beraber çıkartılır. Kalan bağırsak parçaları birbirine anastomoz ismi verilen bir işlemle birleştirilir ve devamlılık sağlanır.

Tümör ve lenf yollarının birlikte çıkartılması çok önemlidir. Lenf sistemine yayılım varsa çıkartılacağı için tedaviye katkıda bulunmuş olur.

Ayrıca ameliyat sonrası yapılacak patoloji tetkikinde lenf düğümlerinde habis hücre aranır. Lenf düğümlerinde metastaz olması durumunda hastanın iyileşme şansını arttırmak için kemoterapi yapılır.

Rektum kalın barsağın son kısmıdır. Rektum anüs ile sonlanır. Bu bölgede dışkının tutulmasını sağlayan çok hassas kaslar (sfinkter) ve sinirler vardır. Rektumda tümör olunca geçmişte rektum, anüs ve sfinkterler tamamen çıkartılır ve hastaya **kolostomi** uygulanırdı. Kolostomi kalın barsağın karın duvarına açılmasıdır. Bunun dışına cilde bir torba yapıştırılarak dışkının birikmesi sağlanır. **Günümüzde** kolon ve rektum cerrahisi ile ilgilenen cerrahlar anatomik bilgilerini ve ameliyat tekniklerini geliştirmişlerdir. Bu sayede **10 yıl öncesine göre kolostomiye daha az gerek duyulmaktadır**. Rektumdaki tümörün altında sağlıklı bir-iki santimetrelilik bir bölüm varsa rektum çıkartılıp yukarıdaki sağlıklı bağırsak parçası anüs ve sfinkterlerin olduğu son kısma anastomoz edilebilmektedir (birleştirilebilmektedir). Bazı durumlarda **ameliyat öncesi** tümöre

rad्यoterapi (ışın tedavisi) ve **kemoterapi** uygulanıp tümörün büzüşmesi (küçülmesi) sağlanmaktadır. Bu sayede ameliyatın başarı şansı artmaktadır.

KOLOSTOMİ (TORBA) ?

Kolostomi kalın barsağın karın duvarına açılmasıdır. Bunun dışına yapıştırılacak özel bir torba ile dışkıının birikmesi sağlanır. Eskiden beri kolostomi ve torbası kalın bağırsak kanseri olan hastalar için dehşet verici bir simge olmuştur.

Günümüzde konu ile ilgilenen cerrahların tecrübe ve bilgisi artmış ve çok daha az sayıda hastanın kolostomiye ihtiyacı olmaya başlamıştır. Ne var ki hala bazı hastalar için kolostomi gerekmektedir. Kolon ve rektum cerrahisi ile ilgilenen cerrahın birinci görevi hastanın hayatını kurtarmaktır. Bu yüzden gereken durumlarda kolostomi çekinmeden uygulanmalıdır. Ancak bu işlem hastaların hayatını neredeyse hiç etkilemeyecek hale gelmiştir. Bunun iki sebebi vardır. Birincisi artık cerrahlar kolostominin hastaya en uygun nasıl yapılması gerektiğini daha iyi öğrendiler. İkincisi belki de en önemlisi teknolojik gelişmeler mükemmel yakın kolostomi torba sistemlerinin yapılabilmesine olanak sağladı. Torbalar ortama herhangi bir koku yaymayan, cilde sıkıca tutunup kesinlikle açılmayan ve işi bitince atılıp yenisi kolayca takılabilen hale geldi. Bu gelişmeler sonucu kolostomi insanın sosyal ve mesleki hayatında herhangi bir olumsuz etki yaratmamaktadır. Pek çoğumuzun çevresinde bulunan başarılı bir yönetici, işadamı, sanatçı vb meslek grubundaki kişiler pekala kolostomi taşıyor olabilirler ve çevrelerinde hiçkimse bunu farketmemiştir.

Sonuç olarak gereken durumda uygulanan kolostomi artık korkulan değil bağırsak kanserinden kurtuluşun simgesi haline gelmelidir.

BAĞIRSAK KANSERİNDE SONUÇLAR

Erken teşhis edilen ve bağırsak dışına çıkmamış durumlarda sadece iyi yapılmış bir cerrahi hastayı sağlığına kavuşturmaktadır.

Bağırsak dışına ve lenf yollarına yayılma olmuş ise etkili ameliyatın yanı sıra kemoterapi ve bazen radyoterapi şifa ihtimalini arttırmaktadır. Bağırsak kanserindeki kemoterapi uygulamaları zannedildiği kadar vücudu sarsıcı özellik taşımamaktadır. Bu yüzden ileri yaştaki hastalara bile kemoterapi endişe duyulmadan yapılmaktadır.

Bağırsak kanserinin en çok yayıldığı organlar olan karaciğer ve akciğerdeki metastazlar uygun şartlar oluştuğunda artık ameliyat ile çıkartılmakta ve bu da hastaların sağlığına büyük katkıda bulunmaktadır.

ÖZETLE...

Kolon ve rektumdaki kanserler genellikle bağırsak iç yüzünde oluşan poliplerin bir kısmının değişime uğraması neticesi gelişir. Polipler kolonoskopi ile tesbit edilip çıkartılırsa kansere dönüşmesi engellenmiş olur.

Polipler bir Őikayete yol amadıkları için ancak tarama (screening) amaçlı kolonoskopi ile bulunabilirler. Risk faktörü olmayan kişilerde 50'li yaŐların baŐından itibaren kolonoskopi yapılmalıdır. Yüksek risk grubundaki kişilerde taramaya daha erken baŐlanmalıdır.

Kolon kanseri, hastalık çok ilerlememiŐse, cerrahi giriŐimle tedavi edilebilir. Ancak, ameliyatın kolon ve rektum cerrahisi ile ilgilenen bir hekim tarafından yapılması daha uygundur.

İlerlemiŐ durumlarda iyi yapılmış bir cerrahi giriŐimin yanı sıra radyoterapi ve kemoterapi de Şifa Şansını arttıracaktır. Cerrahların konu ile ilgisi ve bilgisi arttıa kolostomiye ihtiyaç azalmaktadır. Ancak bazı durumlarda kolostomi mutlaka gerekecektir. Teknolojik gelişmeler kolostomi torbalarını sosyal ve mesleki hayatı en az etkileyecek duruma getirmiŐtir.

Dr. HAZAN