

Kolorektal kanserde endoskopik özellikler tümör patolojisini ve tümör evresini predikte edebilir mi?

Can the endoscopic features of colorectal carcinomas predict tumor pathology and stage?

Muhammet Yener AKPINAR¹, Metin UZMAN¹, Zeynep GÖKTAŞ³, Gülçin Güler ŞİMŞEK²,
Evrım KAHRAMANOĞLU AKSOY¹, Ferdane PİRİNÇÇİ SAPMAZ¹, Yaşar NAZLIGÜL¹

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Gastroenteroloji, ²Patoloji, Ankara
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve ³Diyetetik Bölümü, Ankara

Giriş ve Amaç: Kolorektal kanserli hastalarımızın demografik özelliklerini ve tanı anındaki endoskopik özelliklerinin kolorektal kanserin patolojik özellikleri ile olan ilişkisini incelemeyi hedefledik. **Gereç ve Yöntem:** Hastanemiz Endoskopi Ünitesinde Ocak 2010-Ekim 2017 tarihleri arasında kolonoskopi esnasında kolorektal kanser ön tanısı ile biyopsi alınan ve patolojileri kolorektal kanser gelen hastalar çalışmaya dahil edildi. Tümöre bağlı lüminal obstrüksiyon, tümörün makroskopik özellikleri gibi endoskopik özellikler ve kolorektal kanserin patolojik özellikleri retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Çalışmamıza 168 hasta dahil edildi. Hastaların en sık başvuru şikayeti kabızlık olup kolonda kanserin en sık izlendiği yer sigmoid kolonu. Hematokezya sol kolon yerleşimli kanserlerde diğer bölgelerdekine göre anlamlı olarak daha sık izlendi ($p=0.02$). Cinsiyetler arasında başvuru şekli, kanser lokalizasyonu ve endoskopik obstrüksiyon farklılık göstermedi. Endoskopik obstrüksiyonu olan hastalarda kolorektal kanserin kötü diferansiyasyonu anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.015$). **Sonuç:** Endoskopun geçemeyeceği şekilde lüminal obstrüksiyonu olan hastaların yakından izlenmeleri, ameliyatlarının geciktirilmeden yapılması ve ameliyat sonrası daha sık aralıklarla takibi bu hastaların sağkalımları üzerine etkili olabilir.

Anahtar kelimeler: Endoskopi, kanser diferansiyasyonu, kolorektal kanser

GİRİŞ

Kolorektal kanserler (KRK) tüm dünyada en sık izlenen 3. kanser türü olup kansere bağlı ölümlerin ise 2. en sık nedeni (1). Tarama programlarının yaygınlaşması ve tedavideki yeniliklere rağmen mortalite oranı bu grup hastalarda halen yüksektir. Endüstriyel toplumlarda, batı tarzı diyetle (az fiber ve yüksek yağ asidi içeren) beslenen ülkelerde sık görülen KRK klinikte kendini farklı şekillerde gösterebilir. Kanama, kabızlık, karın ağrısı, kilo kaybı ve kansızlık hastalarda sık rastlanan başvuru şikayetleridir (2). Hastaların başvuru şikayetleri kanser lokalizasyonuna bağlı olarak da değişir; sağ kolon yerleşimli kanserlerde anemi daha sık izlenirken sol kolon yerleşimli kanserlerde kanama ve/veya dışkı şeklinde değişiklik ve karın ağrısı daha sık görülen şikayetlerdendir. Son yıllarda tarama programlarının yaygınlaşması ve kolonoskopik incelemelerin artışı ile semptomla yol açmamış erken evre KRK'ler daha sık tanı almaktadır (3).

Background and Aims: Our aim was to evaluate the demographic features of our colorectal cancer patients and assess the association between endoscopic and pathologic features in those patients. **Materials and Methods:** In this study, we retrospectively evaluated the medical records of patients who were diagnosed with colorectal cancer through biopsy taken by colonoscopy in the endoscopy unit of our hospital between January 2010 and October 2017. We analyzed endoscopic features of colorectal cancer such as luminal obstruction, macroscopic appearance, and histological features. **Results:** We obtained data from 168 patients for this study. The most common symptom was constipation and the most common cancer location was the sigmoid colon. Hematochezia was found to be significantly higher in cancers located in the left colon ($p = 0.02$). Symptoms, cancer location, and endoscopic obstruction were not significantly different between genders. Poor histological differentiation was significantly higher in the endoscopic obstruction group ($p = 0.015$). **Conclusion:** Immediate surgery and close follow-up in patients with endoscopic obstruction can impact their survival.

Key words: Colorectal cancer, cancer differentiation, endoscopy

Kolonoskopi KRK tanısında altın standart yöntemdir. Semptomatik hastalarda yapılan kolonoskopide tanı alan KRK'ler sıklıkla ileri evre olarak karşımıza çıkar. Kolonoskopinin KRK'lerde diğer bir görevi ise lümen açıklığını sağlayıcı endoskopik işlemlere olanak sağlamasıdır. Kolonik stentler tanı anında obstrüksiyon bulguları olan hastalarda kullanılabilir (4). Bu işlemlerin ötesinde KRK'lerin endoskopik özelliklerinin-makroskopik görünüm ve kolonoskopun geçişine izin verip veremeyişi gibi- kanserin patolojik diferansiyasyon derecesi ve yaygınlığı gibi özellikleri predikte edip edemeyeceği ile ilgili bilgiler ise sınırlıdır. Biz bu çalışmada KRK'li hastalarımızın tanı anındaki endoskopik özelliklerinin KRK'in patolojik özellikleri ile olan ilişkisini inceledik. Ayrıca endoskopi ünitemizde tanısı konulmuş olan bu KRK'li hastalarımızın demografik verilerini de sunmayı hedefledik.

Akpınar MY, Uzman M, Göktaş Z, et al. Can the endoscopic features of colorectal carcinomas predict tumor pathology and stage? *Endoscopy Gastrointestinal* 2018;26:84-90.

DOI: 10.17940/endoskopi.503018

İletişim: Muhammet Yener AKPINAR
SBÜ Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü,
Keçiören, Ankara, Türkiye • Tel: +90 312 356 90 00
Fax: +90 312 356 90 02 • E-mail: muhammet.yener@gmail.com
Geliş Tarihi: 17.12.2017 Kabul Tarihi: 28.09.2018

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma Dizaynı

Hastanemiz Endoskopi Ünitesinde Ocak 2010-Ekim 2017 tarihleri arasında kolonoskopi esnasında KRK ön tanısı ile biyopsi alınan ve patolojileri KRK gelen hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların endoskopik özellikleri ile beraber başvuru şikayetleri, KRK'in patolojik özellikleri ve varsa cerrahi öyküleri hastane otomasyon sistemi ve hasta dosyaları incelenerek derlendi.

Kolorektal kanserlerin endoskopik görünüşleri ülserovejetan (Resim 1), ülser (Resim 2), Vejetan (Resim 3), polipoid (Resim 4) ve infiltrate olarak sınıflandırıldı. Kolorektal kanserin kitle etkisine bağlı gelişen lüminal obstrüksiyon sonucu kolonoskopun lezyon proksimaline geçemeyişi endoskopik obstrüksiyon olarak tanımlandı. Kanser diferansiyon derecesi iyi diferansiye, orta diferansiye ve kötü diferansiye olarak tanımlandı. Çekum, asendan kolon ve transvers kolon bera-

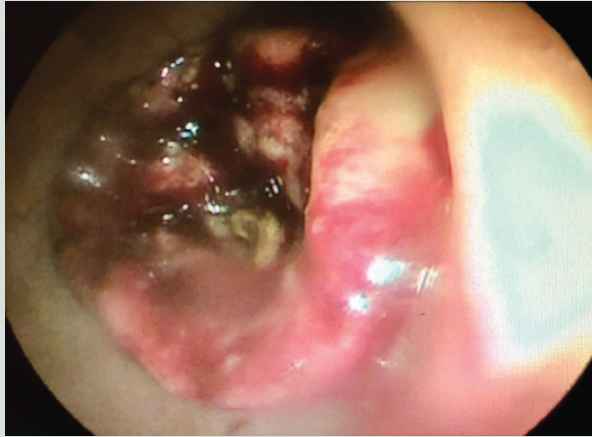
ber sağ kolon, splenik fleksura, inen kolon ve sigmoid kolon sol kolon olarak tanımlandı. Hastanemizde cerrahi olan hastaların bilgileri ameliyat raporları ve ameliyat sonrası patolojik incelemeler derlenerek ayrıca değerlendirildi.

Kolonoskopik İnceleme

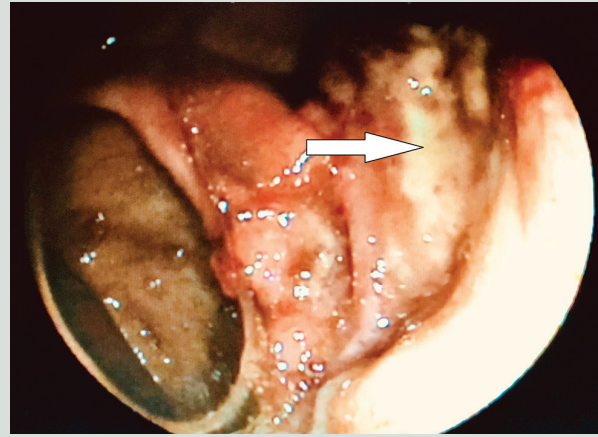
Çalışmaya alınan bütün hastalara kolonoskopi standart çaplı kolonoskopla (EC-450WL-5 Fujinon, Saitema, Japan) ile yapıldı. KRK'den şüphe edilen hastalarda lezyondan çoklu biyopsiler alındı.

İstatistik

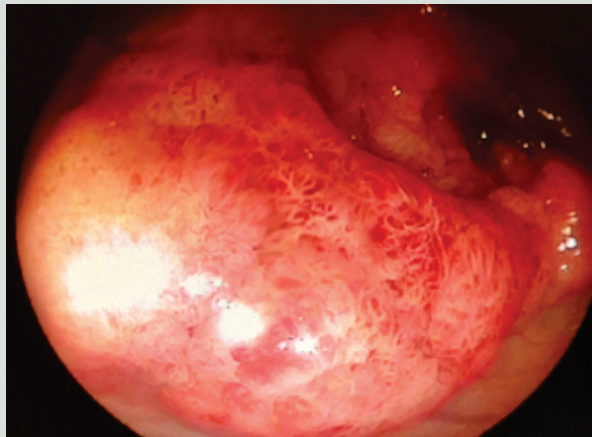
Veriler SPSS IBM 22.0 (New York, ABD) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nominal veriler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak belirtilmiştir. Nominal ve ordinal verilerin analizinde Ki-kare testleri kullanılmıştır. İki grup ortalamaları Student t test kullanılarak analiz edilmiştir. P değeri 0.05'in altında istatistiksel olarak anlamlı sayılmıştır.



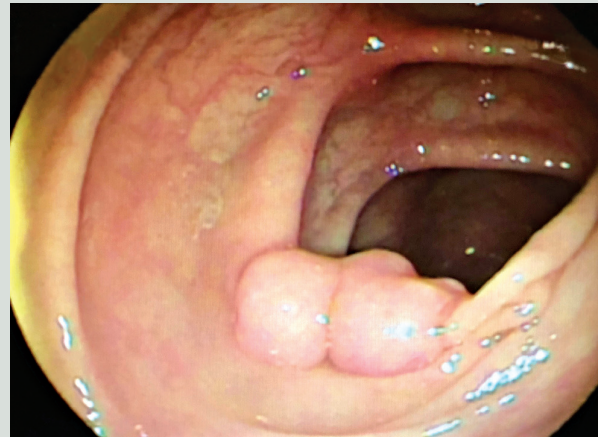
Resim 1. Ülserovejetan kolorektal karsinom.



Resim 2. Ülser (beyaz ok ülserin olduğu alanı göstermekte) kolorektal karsinom.



Resim 3. Vejetan kolorektal karsinom.



Resim 4. Polipoid görünümde kolorektal karsinom.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri	
Değişkenler	Sayı
Cinsiyet (erkek/kadın)	92/76
Yaş ortalaması (erkek/kadın)	64.9±11.48/65.1±13.11
Başvuru şikayeti	
Kabızlık	57 (%33.9)
Hematokezya	35 (%20.8)
Karın ağrısı	18 (%10)
Polip kontrol	3 (%1.7)
Demir eksikliği anemisi	29 (%17.2)
Kronik ishal	6 (%3.5)
Radyolojik görüntülemelerde anormallikler	16 (%9.5)
Gaytada gizli kan pozitifliği	3 (%1.7)
Batında ele gelen kitle	1 (%0.5)
Kanser lokalizasyonu	
Çekum	9 (%5.3)
Çıkan kolon	19 (%11.3)
Hepatik fleksura	6 (%3.5)
Transvers kolon	8 (%4.7)
Splenik fleksura	7 (%4.1)
İnen kolon	16 (%9.5)
Sigmoid kolon	28 (%16.6)
Rektosigmoid bileşke	5 (%2.9)
Rektum	70 (%41.6)
Endoskopik obstrüksiyon (Var/yok)	76/90
Kanserin makroskopik görünümü	
Ülserovejetan	127 (%75.5)
Ülsere	24
Vejetan	9
Polipoid	7
İnfiltrate	1
Polip tespit edilen hastalar	59 (%35.1)
Tek polip	33
Çoklu polip	26
Kanser diferansiyasyon derecesi	
Değerlendirilemeyen hastalar	93
Değerlendirilebilen hastalar	75
İyi diferansiye	41 (%54.6)
Orta diferansiye	20 (%26.2)
Kötü diferansiye	14 (%19.2)
Cerrahi sonuçlarına ulaşılan hastalar	32 (%19)
Serozal tutulum pozitif olan hastalar (T4)	27 (%84.3)
Lenf nodu tutulumu pozitif olan hastalar (N1)	11 (%34.3)
Taşlı yüzük hücreli komponent pozitif olan hastalar	5 (%15.6)

BAD: Barsak alışkanlığında değişiklik.

Etik Onay

Çalışmamız Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu Onayı alınarak yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza toplam 168 hasta dahil edildi. Bu hastalarımızın 76'sı kadın, 92'si erkek olup yaş ortalaması kadınlar için 65.1 ± 13.11 , erkekler için 64.9 ± 11.48 olarak bulundu. Hastaların başvuru şikayetleri çok farklı olup sırasıyla kabızlık en sık izlenen başvuru şikayeti idi (57 hasta). Bunu sırasıyla hematokezya (35 hasta), demir eksikliği anemisi (DEA) (29 hasta), karın ağrısı (18 hasta), radyolojik görüntüleme yöntemlerindeki anormal görünümünün tetkik edilmesi (16 hasta), kronik ishal (6 hasta), gaytada gizli kan pozitifliği (3 hasta), polip kontrolü (3 hasta) ve batında ele gelen kitle (1 hasta) takip etti. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinde izlenen anormal sonuçların izlendiği hastaları ise bilgisayarlı tomografi (BT)'de kolon duvar kalınlık artışı, farklı nedenlerle çekilen ozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi (PET-BT)'de kolonda patolojik tutulum olması ve karaciğerde metastatik lezyonlar tespit edilen hastalar oluşturmaktaydı.

Kolonorektal kanserlerin dağılımları incelendiğindeyse 70 hastanın kanseri rektumda lokalizedydi. Kolonik yerleşim (98 hasta) olarak en sık etkilenen bölge sigmoid kolon (28 hasta) olup bunu sırasıyla çıkan kolon (19 hasta), inen kolon (18 hasta), çekum (9 hasta), transvers kolon (8 hasta), splenik fleksura (7 hasta), hepatik fleksura (6 hasta) ve rektosigmoid bileşke (5 hasta) takip ediyordu. Kolonoskop 90 hastada (%53.5) KRK'in yol açtığı lüminal obstrüksiyondan proksimale doğru geçebilmişti. Makroskopik olarak en sık görülen KRK şekli ülserovejetan tipti (127 hasta, %75.5). Histopatolojik olarak kanser diferansiyasyon derecesi 75 hastada değerlendirilebildi; iyi diferansiyasyon KRK 41 hastada (%54.6),

orta diferansiyasyon 20 hastada (%26.2), kötü diferansiyasyon ise 14 hastada (%19.2) tespit edildi. Endoskopi ünitemizde KRK tanısı konulan hastaların 32 tanesi hastanemizde opere olmuştu. Ameliyat sonrası patolojik değerlendirmede ise 5 hastada taşlı yüzük hücreli komponent izlendi (Tablo 1). Cinsiyetlere göre Tablo 1'de verilen değişkenler açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Hastaların başvuru şikayetleri ve kanserin lokalizasyonu arasındaki ilişki incelendiğindeyse hematokezya ile başvuran hastalarda KRK 1 hasta dışında tamamen sol kolon ve rektum yerleşimli olup istatistiksel anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0,001$). Buna benzer şekilde tomografide duvar kalınlık artışı, özellikle sağ kolon yerleşimli kolon kanserlerinde daha belirgin olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,011$). Demir eksikliği anemisi sağ ve sol kolon yerleşimli kanserlerde rektal kanserlere göre daha sık görülen bir başvuru şikayeti idi ($p=0,004$). Kronik ishal ise rektal yerleşimli kanserlerde diğer lokalizasyonlara göre daha sıklıkla ($p=0,043$). Diğer başvuru şikayetleri ile KRK yerleşimi arasında ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı. Bununla beraber kabızlık ve kronik ishalle başvuran hastalarda KRK yerleşimi çoğunlukla sol kolon iken demir eksikliği anemisi ve BT'de duvar kalınlık artışı ile başvuran hastalarda ise KRK dağılımı daha homojendi (Tablo 2).

Kolonorektal kanserlerin makroskopik görüntüsü ile kanserin patolojik diferansiyasyon derecesi de karşılaştırıldı. Önceden belirtildiği gibi en sık görülen makroskopik görünüm ülserovejetan tip, en az görüleni ise infiltratif tipti. Her ne kadar ülserovejetan tipteki hastaların çoğu iyi diferansiyasyon gösterebilir de kanser diferansiyasyon derecesi ile arasında bir farklılık bulunmadı. Buna benzer olarak diğer makroskopik görünüm şekilleri ile de kanserin diferansiyasyon derecesi arasında istatistiksel bir farklılığa rastlanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Başvuru şikayetine göre kanser lokalizasyonu dağılımı (n, %).

	Sağ Kolon		Sol Kolon		Rektum		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Kabızlık	17	29.8	21	36.9	19	33.3	57	100.0	p >0.05
Hematokezya	1	2.8	10	28.6	24	68.6	35	100.0	p <0.001
Karın ağrısı	5	27.8	8	44.4	5	27.8	18	100.0	p >0.05
Polip kontrol	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100.0	p >0.05
Demir eksikliği anemisi	13	44.7	12	41.3	4	12.8	29	100.0	p =0.004
Kronik ishal	---	---	1	16.7	5	83.3	6	100.0	p =0.043
CT duvar kalınlığı artışı	7	70.0	2	20.0	1	10.0	10	100.0	p =0.011
Gaytada gizli kan pozitifliği	---	---	1	33.3	2	66.7	3	100.0	p >0.05
Karaciğer metastazı primer ?	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100.0	p >0.05
PET-CT tutulum	1	50.0	---	---	1	50.0	2	100.0	p >0.05
Batında ele gelen kitle	---	---	---	---	1	100.0	1	100.0	p >0.05

PET-CT: Pozitron emisyon tomografisi- bilgisayarlı tomografi. CT: Bilgisayarlı tomografi.

Tablo 3. Kolorektal kanserin makroskopik görünümüne göre kanser diferansiasyon derecesinin değerlendirilmesi

Makroskopik görünüm	Belli Değil		İyi		Orta		Yüksek		Toplam		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ülserovejetan	48	44.1	34	31.2	14	12.8	13	11.9	109	100.0	p >0.05
Ülser	10	52.6	4	21.1	4	21.1	1	5.3	19	100.0	p >0.05
Vejetan	5	62.5	2	25.0	1	12.5	---	---	8	100.0	p >0.05
Polipoid	2	50.0	1	25.0	1	25.0	---	---	4	100.0	p >0.05
İnfiltrate	1	100.0	---	---	---	---	---	---	1	100.0	p >0.05

Kolonoskopun kansere bağlı oluşan lüminal darlıktan geçip geçmemesine göre hastalar iki gruba ayrıldılar. Endoskopik obstrüksiyonu olmayan 90 hasta ile endoskopik obstrüksiyonu olan 78 hasta arasında yaş, cinsiyet, demografik özellikler, kanserin maksimum uzunluğu, kanser lokalizasyonu, kanserin diferansiasyon derecesi, serozal tutulum sıklığı ve perikolonik lenf nodu tutulumu karşılaştırıldı (Tablo 4). Gruplar arasında yaş, cinsiyet, başvuru şikayeti arasında fark yoktu. Splenik fleksura, inen kolon ve sigmoid kolonda yerleşik kanserlerde kolonoskopun geçiş oranı anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla $p=0.027$, $p=0.001$ ve $p=0.004$). Rektum yerleşimli kanserlerde ise kolonoskopun geçme oranı anlamlı olarak daha fazlaydı ($p <0.001$). Ülserovejetan görünümüne sahip kanserlerde endoskopik darlık anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p <0.001$). Kanser diferansiasyon derecesi incelendiğinde ise kötü diferansiasyon kanserler endoskopik obstrüksiyonu olan grupta anlamlı olarak daha sık görüldü ($p=0.015$). Serozal tutulum (T4) ise endoskopik obstrüksiyonu olmayan grupta anlamlı olarak daha sık izlendi ($p=0.006$).

TARTIŞMA

Kolorektal kanserler; günümüzde, tarama, tanı ve tedavisindeki ilerlemelere rağmen kansere bağlı ölümlerin başta gelene nedenlerindedir (5). Kolorektal kanserler ileri yaş hastalığı olup eğer altta yatan familial adenomatöz polipozis gibi hereditör bir hastalık, inflamatuvar barsak hastalıkları, ailevi yatkınlık gibi nedenler yoksa 5. dekat ve sonrasında ortaya çıkar (6). Bizim çalışmamızda da hastaların yaş ortalamaları literatürle uyumlu olarak 60 yaş ve üzerinde daha sıklıkla. Rektum hariç tutulursa KRK'ler en sık sol kolonu tutmaktadırlar; bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kolon kanserleri sol kolonda daha sık izlendi. Kolorektal kanseri olan hastalarda farklı başvuru şikayetleri izlenebilir. Bu şikayetler kanserin lokalizasyonu ile de ilişkilidir. Çalışmamızda hematokezya literatürle uyumlu olarak sol kolon kanserlerinde anlamlı bir şekilde daha sık izlendi (7). Demir eksikliği anemisi, kolorektal kanserlerin iyi bilinen bir belirtisi olup klasik literatür bilgisi sağ kolon yerleşimli kanserlerde daha sık görüldüğüdür. Wilson ve arkadaşlarının yaptıkları yakın

tarifli çalışmada da DEA sağ kolon kanserlerinde daha sıklıkla; aynı zamanda DEA ileri TNM evresi ve ileri yaşla da ilişkili bulunmuştur (8). Bizim çalışmamızda DEA sağ ve sol kolon yerleşimli KRK'de benzer sıklıkta izlenirken rektum kanserlerine göre her iki grupta da daha sık izlendi. Bunların ötesinde KRK tanısı asemptomatik hastalarda da konulabilir. Günümüzde farklı nedenlerle çekilen görüntüleme yöntemlerinde kolorektal bölgedeki anormal bulgular (duvar kalınlık artışı, PET-BT'de tutulum gibi) bazı hastalarda KRK habercisi olabilir. Bizim çalışmamızda da 16 hastada (%9.5) KRK tanısı görüntüleme yöntemlerindeki anormal bulguların araştırılması esnasında konuldu. Pratikte kolorektal bölge duvar kalınlık artışı ilk olarak akla KRK'i getirir de inflamatuvar barsak hastalıkları ve divertikülit gibi bir çok neden de kolonda duvar kalınlık artışına yol açabilir (9,10). Çalışmamızda sağ kolon yerleşimli KRK'de kolon duvar kalınlık artışına anlamlı olarak daha sık rastlandı.

Kolorektal kanserin endoskopik özelliklerinin hastalığın histopatolojik özellikleri ile ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Biz çalışmamızda kötü diferansiasyon gösteren KRK'ler, endoskopik darlığın olduğu grupta, kolonoskopun lezyon proksimaline geçtiği hastalara göre anlamlı olarak daha fazla izlendi ($p=0.015$). Kolorektal kanserlerde obstrüksiyonla başvuran hastaların surveyininin daha düşük olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (11,12). Virote ve arkadaşları yaptıkları çalışmada endoskopik obstrüksiyona sahip hastaların acil cerrahi ihtiyacının daha fazla olduklarını göstermişlerdir (13). Aynı çalışmada tümör diferansiasyonu endoskopik obstrüksiyonu olan hastalarla obstrüksiyonu olmayan hastalar arasında farklılık göstermemiştir. Bununla beraber endoskopik obstrüksiyonu olan hastalarda prognozun kötü olmasının nedeni KRK'in kötü diferansiasyon göstermesinden ve/veya daha ileri evre olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda endoskopik obstrüksiyonu olmayan hastalarda serozal tutulum (T4) endoskopik obstrüksiyonu olan hastalara göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.006$). Ballian ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma da kolonoskopun geçemediği KRK'lerin daha sık olarak evre 4 hastalığına sahip olduklarını göstermiştir (14).

Tablo 4. Değişkenlerin endoskopik obstrüksiyonu olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırılması

	Endoskopik Obstrüksiyon Yok (n=90)	Endoskopik Obstrüksiyon Var (n=78)	P
Yaş (yıl) (Ort±SS)	65.4±12.21	64.5±12.27	p >0.05
Cinsiyet (E) (n, %)	47, %51.1	45, %48.9	p >0.05
Başvuru şikayeti			
Kabızlık (n, %)	34, %59.6	23, %40.4	p >0.05
Hematokezya (n, %)	23, %65.7	12, %34.3	p >0.05
Karın ağrısı (n, %)	7, %30.0	11, %70.0	p >0.05
Polip kontrol (n, %)	1, %33.3	2, %66.7	p >0.05
Demir ekiskliği anemisi (n, %)	15, %51.7	14, %48.3	p >0.05
Kronik ishal (n, %)	3, %50.0	3, %50.0	p >0.05
CT duvar kalınlığında artış (n, %)	3, %30.0	7, %70.0	p >0.05
Gaytada gizli kan pozitifliği(n, %)	2, %66.7	1, %33.3	p >0.05
Karaciğer metastazı primer? (n, %)	1, %25.0	3, %75.0	p >0.05
PET-CT tutulum (n, %)	1, %50.0	1, %50.0	p >0.05
Batında ele gelen kitle (n, %)	1, %100.0	---	p >0.05
Polip var (n, %)	39, %66.1	20, %33.9	p=0.017
Lezyon çapı (mm)	41.5±22.45	54.7±22.98	p >0.05
Polip sayısı (tek) (n, %)	20, %60.6	13, %39.4	p >0.05
Polip sayısı (çoklu) (n, %)	19, %73.1	7, %26.9	p >0.05
Kanser lokalizasyonu			
Çekum (n, %)	6, %66.7	3, %33.3	p >0.05
Çıkan kolon (n, %)	11, %57.9	8, %42.1	p >0.05
Hepatik fleksura (n, %)	3, %50.0	3, %50.0	p >0.05
Transvers kolon (n, %)	3, %37.5	5, %62.5	p >0.05
Splenik fleksura (n, %)	1, %14.3	6, %85.7	p=0.027
İnen kolon (n, %)	2, %12.5	14, %87.5	p=0.001
Sigmoid kolon (n, %)	8, %28.6	20, %71.4	p=0.004
Rektosigmoid bileşke (n, %)	3, %60.0	2, %40.0	p >0.05
Rektum (n, %)	53, %75.7	17, %24.3	p <0.001
Makroskopik görünüm			
Ülserovejetan (n, %)	54, %42.5	73, %57.5	p <0.001
Ülsere (n, %)	23, %95.8	1, %4.2	p <0.001
Vejetan (n, %)	5, %62.5	3, %37.5	p >0.05
Polipoid (n, %)	6, %85.7	1, %14.3	p >0.05
İnfiltrate (n, %)	1, %100.0	---	p >0.05
Kanser diferansiasyon derecesi			
İyi (n, %)	19, %46.3	22, %53.7	p >0.05
Orta (n, %)	12, %60.0	8, %40.0	p >0.05
Yüksek (n, %)	3, %21.4	11, %78.6	p=0.015
Cerrahi var (n, %)	1, %50.0	1, %50.0	p >0.05
Taşlı yüzük hücreli komponent (n, %)	1, %20.0	4, %80.0	p >0.05
Serozal tutulum var (n, %)	8, %29.6	19, %70.4	p=0.006
Perikolonik LAP var (n, %)	2, %18.2	9, %81.8	p >0.05

Endoskopik Obstrüksiyon Yok. Endoskopik Obstrüksiyon Var.

Kanserin makroskopik görüntüsü ile serozal tutulum ve tümör diferansiasyonu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ekspansif tip KRK'lerin en sık görülen makroskopik görünüm şekli olup lüminal obstrüksiyonla daha çok beraberlik gösterir. Dai ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ülseratif ve infiltratif tip survey için bağımsız prediktörler olarak bulunmuştur (15). Bizim çalışmamızda ise KRK'in endoskopik görüntüsü ile tümör evresi ve patolojik diferansiasyon derecesi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızın bazı kısıtlayıcı tarafları vardır. Retrospektif dizayn çalışmamızın en önemli kısıtlayıcı özelliğidir. Buna bağlı olarak çalışmaya alınan bazı hastaların patolojik bilgilerine ulaşılamamıştır. Başvurusu esnasında hastaların sigara ve alkol kullanımı, diyet özellikleri ve ailede KRK varlığı gibi

önemli demografik verilere de çalışmanın retrospektif özelliğinden dolayı ulaşılamamıştır. Hastalarımızın yaşam süreleri, cerrahi sonrası kısa ve uzun dönem takip sonuçları ve varsa aldıkları medikal tedaviye yanıtları konusunda da bilgi sahibi olunamamıştır.

Sonuç olarak endoskopik inceleme KRK tanısında altın standart yöntem olup bazı endoskopik özellikler klinisyen için hastalık prognozu hakkında yol gösterici olabilir. Endoskopik obstrüksiyonu olan hastaların yakın izlenmeleri, ameliyatlarının geciktirilmeden yapılması ve ameliyat sonrası daha kısa aralıklarla takibi bu hastaların sağkalımları üzerine etkili olabilir. Bu konuyla ilgili prospektif ve hasta sayısı daha fazla olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Araujo SE, Alves PR, Habr-Gama A. Role of colonoscopy in colorectal cancer. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2011;56:25-35.
2. Patil PS, Saklani A, Gambhire P, et al. Colorectal cancer in India: An audit from a tertiary center in a low prevalence area. *Indian J Surg Oncol* 2017;8:484-90.
3. Huang JJ, Huang JL. Challenges to the adoption of risk algorithms for colorectal cancer screening programmes: perspectives for future research. *Hong Kong Med J* 2017;23:661-3
4. Gallo G, Sammarco G, Chiriatti AP, et al. The role of self-expandable metallic stents as "bridge to surgery" for the treatment of acute malignant colorectal obstruction. Our experience. *Ann Ital Chir* 2017;6:418-24.
5. Weng W, Feng J, Qin H, Ma Y. Molecular therapy of colorectal cancer: progress and future directions. *Int J Cancer* 2014;136:493-502.
6. Özkan ÖF, Kaya Ü, Güner A, et al. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kolorektal kanser hastalarının demografik dağılımı ve hastalık özellikleri. *Pam Tıp Derg* 2012;5:132-5.
7. Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency presentations of colorectal cancer. *Surg Clin North Am* 2017;97:529-45.
8. Wilson MJ, Dekker JWT, Harlaar JJ, et al. The role of preoperative iron deficiency in colorectal cancer patients: prevalence and treatment. *Int J Colorectal Dis* 2017;32:1617-24.
9. Ince AT, Baysal B, Kayar Y, et al. Comparison of tomographic and colonoscopic diagnoses in the presence of colonic wall thickening. *Int J Clin Exp Med* 2014;7:4413-9.
10. Dickerson EC, Chong ST, Ellis JH, et al. Recurrence of colonic diverticulitis: identifying predictive CT findings-retrospective cohort study. *Radiology* 2017;285:850-8.
11. Mohd Suan MA, Tan WL, Soelar SA, et al. Intestinal obstruction: predictor of poor prognosis in colorectal carcinoma? *Epidemiol Health* 2015;37:e2015017.
12. Rasool A, Bari S, Rashid S, et al. Outcome of patients with acute intestinal obstruction due to colorectal carcinoma. *Internet J Surg* 2008;20:1.
13. Chaliepnyarwong V, Boonpipattanapong T, Prechawittayakul P, Sangkhathat S. Endoscopic obstruction is associated with higher risk of acute events requiring emergency operation in colorectal cancer patients. *World J Emerg Surg* 2013;8:34.
14. Ballian N, Mahvi DM, Kennedy GD. Colonoscopic findings and tumor site do not predict bowel obstruction during medical treatment of stage IV colorectal cancer. *Oncologist* 2009;14:580-5.
15. Dai W, Li Y, Meng X, et al. Does tumor size have its prognostic role in colorectal cancer? Re-evaluating its value in colorectal adenocarcinoma with different macroscopic growth pattern. *Int J Surg* 2017;45:105-12.