

BİRİNCİ BASAMAKTA TOPLUM TABANLI KANSER TARAMALARI SEMPOZYUMU

GİRİŞ:

Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak sağlık hizmet alanında yürütülen toplum tabanlı kanser tarama programının, toplum sağlığının korunmasında önemli ve değerli bir çalışma olduğunu bilmekle birlikte, bu programın ve uygulamalarının ilgili birçok bileşen tarafından birlikte tartışmayı, sonuçlarının değerlendirilerek toplumda sık görülen kanser türlerinin teşhis ve tedavisi konusunda eksikliklerin, aksayan yönlerin ortaya çıkarılarak yaygın bir halk sağlığı sorununa dönüşen bu hastalıklarla mücadeleye katkı sağlamayı düşünerek yola çıktık.

AMAÇ:

Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan, birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum tabanlı kanser tarama programının, uygulamalarının, sonuçlarının, hedeflerinin, yaşanan sorunların, çözüm önerilerinin, ilgili kesimlerle dünyadaki mevcut uygulamalar göz önünde bulundurularak, bilimsel veriler ışığında değerlendirmek, tartışmak, öneriler oluşturmak, böylece çalışmanın daha başarılı olmasına katkı sağlayarak toplum sağlığına katkı sunmak.

HEDEF:

Toplum tabanlı kanser tarama programına dikkat çekmek, programın ve uygulamanın zenginleştirilmesi, geliştirilmesine katkı sağlamak, toplum sağlığının önemli sorunlarından olan kanser hastalıklarının önlenmesinde birincil korumanın esas olduğunu bilerek ikincil korunma önlemlerinin önemini gündemleştirip daha düzenli ve bilimsel yapılmasını, birinci basamak sağlık çalışanlarıyla tartışmak, değerlendirmek, görüş ve önerilerin hayat bulacağı olanakları geliştirmek.

TOPLUM TABANLI KANSER TARAMALARINDA DÜNYA VE TÜRKİYE DENEYİMLERİ

HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN TOPLUM TABANLI KANSER TARAMALARI

Konuşmacı: Doç. Dr. Sultan ESER

Balıkesir Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ben, konuyu en başından alıp kavramlardan söz edeceğim. Aslında taramalara başlamadan önce neleri tartışmalıydık bunlardan söz edeceğim. Ülke için doğru olanı bulmalıydık, nelerimiz eksik diye bakmalıydık. Burada bir kısmından söz edeceğiz ama yetmeyecektir. Ne yazık ki tartışmadan, ülkemizin ihtiyaçlarını, ülkemiz için doğru olan modeli belirlemeden başladığımız tarama programlarında başlangıçta değiliz, artık bir hayli yol alınmış durumda.

Şimdi ben bir grup temel kavramdan söz edeceğim. Kanser olgularının üçte biri önlenebilir, risk faktörleri ortadan kaldırılarak engellenebilir, yani birincil korunmaya uygun, üçte biri ise ikincil korunma için uygun yani erken tanınabilir, kalan üçte biri için ise palyatif bakım, yani üçüncül korunma söz konusu diye bir klasik bilgimiz var. Tabii bu aslında toplumdan topluma değişir. Risk faktörlerinin prevalansına ve bunun sonucunda kanser türlerinin insidanslarına göre değişecektir.

Kanser kontrolünde, önleme, erken tanı, uygun tedavi gibi bütün bileşenleri içeren bütüncül bir bakış gereklidir. Birincil korunma dediğimizde etkene maruziyetin azaltılması, ortadan kaldırılması söz konusu, en tipik örneği sigara bağımlılığı ile mücadele yoluyla başta akciğer kanseri olmak üzere, tütüne bağlı kanserlerin önlen-

mesi; ikincil koruma kanserin semptomsuz dönemde tanısı ve uygun tedavisi, buna iyi bir örnek meme kanseri; üçüncül korunma ise palyatif tedavi, buna da örnek çocukluk çağı kanserlerinin tedavisi.



Ama aslında burada bir problem var. Problem de şu, biz şunu hep atladık: erken tanı dönemi. Gerçekten erken dönemde tanı koyabiliyor muyuz? Burada erken tespitten söz etmemiz gerekiyor.

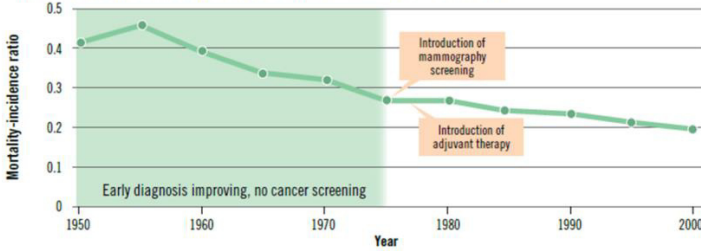
Tarama, erken tanının tek bir modalitesi olarak sunuldu ülkemizde; oysaki kanser erken tespitinde tarama tek başına bir modalite değildir. Türkiye’de bunu hiç tartışmadık. Erken tanı deyince doğru dan taramayı anladık. Aslında şu kavramdan, semptomlu erken tanıdan da söz etmedik ki çok daha maliyet etkin olabilecek, çok daha uygulanabilir bir strateji. Evet, o halde, (semptomlu) erken tanı nedir? O zaman tanımı değiştirirsek -bundan sonra böyle kulanacağım-, erken tanı, down staging, buna evre düşürme de deniyor, hastalarda semptomatik kanserin en erken dönemde tanınması. Yani burada neler söz konusu? Farkındalığın artırılması, hem hastalarda hem de sağlıkçılarda. Artı iyi bir sağlık sistemi, bütün tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulabilmesi, hakkaniyetli bir şekilde sunulabilmesi, ulaşılabilir olması, herkes tarafından ulaşılabilir

olması gibi birçok bileşeni var aslında. Diğer erken tespit stratejisi de tarama.

Toplum tabanlı tarama ise belirli bir hedef nüfusta, sağlıklı bireylerde asemptomatik kanserin tespit edilmesi amacıyla yapılır. Belirlenen bir hedef grubundaki tüm bireylerde uygulanan test, muayene gibi hızlı yöntemlerle şüphelilerin saptanıp ileri tetkikler için yönlendirilmesidir.

Burada kişide semptom başlangıcını yakalamaktır hedef. Tarama preinvazif kanserlerin bulgu öncesi testlerle yakalanmasıdır. Sağlıklı hedef nüfusta uygulanır, kritik nokta bu. Erken tanıysa belirtileri olan kişiler için sağlanan hizmettir. Tarama da ise kişilerde henüz belirti yoktur. Erken tanı aslında çok kıymetli bir strateji.

Figure 4. Example of early diagnosis impact from the United States



Kaynak: Shulman LN, Willett W, Sievers A, Knaul FM. Breast cancer in developing countries: opportunities for improved survival. *J Oncol.* 2010;2010:595167

Bakın bu Amerika'dan bir veri, meme kanserinde mortalitenin insidansa oranının yıllar içindeki değişimini gösteriyor. Bakın şurada ki iyileşme ki, bu dönemde henüz tarama programları başlamamış ve adjuvan terapi uygulamaya konmamış, mortalite-insidans oranlarındaki iyileşmeyi, yani mortalitenin azalmasını gösteriyor. Mortalitedeki bu düşüş, tarama proramları ve adjuvan tedavi öncesi dönemde, çok ciddi bir evre düşürme ile yani down stagingle, erken tanı ile sağlanmış bir iyileşme.

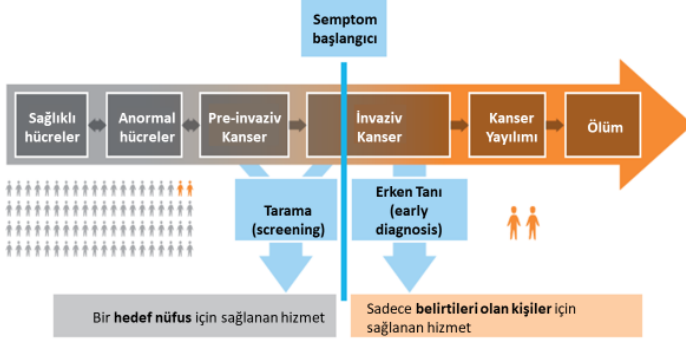
Aslında geri dönüp baktığımızda birçok gelişmiş ülkede de tarama uygulamaları başlamadan önce de zaten meme kanserinde mortalitenin düşmeye başlamış olduğunu görürüz. Evet, bir erken tespit programı deyince taramaları ve erken tanı stratejisinin ikisini birden içerebilir ya da erken tanı ile başlanabilir.

Tanı olanaklarının ve tedavi hizmetlerinin var olması, hakkaniyetli biçimde sunulması, eşit bir şekilde topluma sunulması, farkındalığın artırılması, hem toplumda hem de sağlık hizmeti verenlerde erken tespitin bileşenleri. Burada söz etmemiz gereken çok önemli bir şey de izleme. Yani bizim bir şekilde bir şeyler yapıyor olsak bile hep izleme noktasında bir problemimiz var. Burada yine önemli olan şey, özellikle de toplum tabanlı taramalardan söz ediyorsak, organize ve sistematik bir şekilde uygulanması. Sanıyorum Türkiye'deki bizim temel sorunlarımızdan bir tanesi de bu.

Programa katılmaya davet edilmeden önce toplumun ilgili tüm bileşenlerinin iyi organize edilmesi ve işlevsel olmasının sağlanması gerekiyor öncelikle. Erken tespit bileşenlerini nasıl belirleyeceğiz? Yani hangi kanserler için erken tespit bileşenlerini uygulamaya ihtiyacımız var diye bakarsak erken tespite uygun kanserleri saptamak için şunlara bakarız: sık görülüyor mu? İşte meme kanseri gibi. Bu kanserlerin ileri evrede yakalanma oranları yüksek mi? Düşük maliyetli uygulanabilir stratejiler geliştirebilir miyiz? Tanı-tedavi izlem kalite prosedürleri uygulanabilir mi? Tüm basamaklarda uygulanabilir hale getirebilir miyiz en azından? Ve de bu erken tespitin yararları, komplikasyonları çünkü her türlü müdahalenin mutlaka yararı olduğu kadar bir ölçüde zararı da olacaktır. Erken tespitin yararlarının zararının önünde olması gerekir. Bu hem komplikasyonlar açısından hem kişiye verdiği, topluma verdiği rahatsızlıklar açısından hem de maliyet açısından önemli bir şey.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılında erken tanı rehberi;

Erken tanı ve taramanın semptom başlangıcına göre ayrımı



Burada erken tanıyla tarama arasındaki farkları görebiliriz. Vurgularsak aslında iki strateji arasındaki farkları erken tanının daha iyi ve basit olduğunu görüyoruz. Taramaya göre olası yararlarını zararlarına göre daha fazla olduğunu görüyoruz. Bir tarama programı ise erken teşhis olayından çok daha karmaşık bir şeydir. Yani siz var olan sağlık sisteminizi birazcık revize ederek ve farkındalık artırarak çok başarılı erken tanı programları yürütebilirsiniz. Ama tarama programları ise baştan oluşturmanız gereken bambaşka bir organizasyon aslında.

Tarama programlarının yarar ve zararları konusundaki kanıtlar daha çok gelişmiş ülkelerden elde edilmiş. Gelişmekte olan ülkelerde ise çok yeterli kanıtlar yok. Şimdi toplum ya da nüfus tabanlı taramalar diyoruz, aslında şimdiye kadar tarama ifadesiyle de hep toplum tabanlı taramaları kastetmiştim. Tarama deyince hedef nüfus olacak, bu nüfustaki sağlıklı bireylere gidilecek ve de bunlardaki şüpheli olgular ayıklanacak demiştik. Bu, uygun bir tarama testinin sistematik bir şekilde uygulaması. Bu bireylere aslında tanı konmuyor taramalarda, anormallikler saptanıyor ve bunlar ileri tanı araştırmalarına yönlendiriliyor.

Bir de fırsatçı tarama var. Fırsatçı tarama, tarama testlerinin rutin sağlık hizmetleri sırasında gene asemptomatik kişilere sistematik olmayan bir şekilde uygulanmasıdır. Toplum tabanlı taramaların gerçekleştirilemediği durumlarda, başka nedenlerle sağlık kurumlarına başvuran semptomsuz kişilere tarama testlerinin uygulanması söz konusudur. Örneğin size gelen kişilere hiçbir şikayeti yokken “size mamografi çektirelim” demek gibi. Aslında belki şimdi Türkiye’de nasıl bir sistemin var olduğuna da tartışabiliriz.

Nüfus Tabanlı Taramalar

- **“Tarama” (screening)**, asemptomatik kabul edilen bir nüfusta bir tarama testinin sistematik bir şekilde uygulanmasıdır.
- Söz konusu **kanseri işaret eden anormallikler** gösteren bireyleri belirlemeyi amaçlar. Kesin tanı için bu bireylerde daha ileri araştırmalar yapılması gereklidir.
- **“Fırsatçı tarama” (Opportunistic screening)**, tarama testlerinin rutin sağlık hizmetleri sırasında sistematik olmayan bir şekilde uygulanmasıdır.

Tarama için On Wilson ve Jungner Kriteri:

Bu kriterler «olgu-bulma bir halk sağlığı kuruluşu tarafından gerçekleştirildiğinde özellikle önemlidir; burada, tarama işlemi kişisel bir hekim tarafından gerçekleştirildiğinde karşılaşılabilecek olandan çok daha fazla tuzak olabilir»

1. Önemli bir sağlık sorunu olmalı.
2. Hastalığı bilinen hastalar için kabul edilmiş bir tedavisi bulunmalı.
3. Tanı ve tedavi olanakları bulunmalı.
4. Tanınabilir/saptanabilir bir latent (asemptomatik) veya erken semptomatik evresi olmalı.
5. Uygun bir tarama testi veya muayene yöntemi bulunmalı.
6. Test/muayene yöntemi toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Hastalığın doğal seyri, latent dönemden belirtili döneme geçiş sürecini de içermek üzere, yeterince anlaşılmış olmalı.
8. «Hasta»nın tanımı hakkında mutabakata varılmış olmalı.
9. Olgu bulma maliyeti (tanısı konan hastaların tanı ve tedavisi de dahil olmak üzere), bir bütün olarak olası tıbbi bakım harcamaları ile ilişkili olarak ekonomik açıdan dengelenmelidir; tarama ekonomik olarak maliyet etkili olmalı.
10. Olgu bulma süreci sürekli olmalıdır: “herkes için bir kez” projesi olmamalıdır.

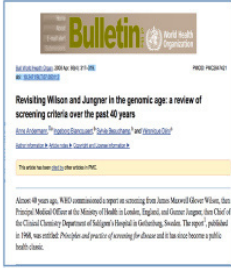
Şimdi, Wilson'un 1968 DSÖ yayını "Hastalıkların Taramasında Prensipler ve Uygulamalar" kitabına bakalım; taranacak hastalıklar için on kriter sıralanıyor:

1. Hastalık önemli bir Halk Sağlığı sorunu olmalı, yani en çok öldüren, en çok sakat bırakan, en çok hastalandıran
2. Hastalığın doğal seyri, latent fazdan klinik faza geçiş dahil, bilinmelidir.
3. Tanı koymak için yeterli bir latent veya erken semptomatik evresi olmalıdır.
4. Tarama için uygun test veya muayene olmalıdır.
5. Testler taranan toplum tarafından kabul edilmelidir.
6. Tanı ve tedavi için uygun tesisler olmalıdır.
7. Tanı konulan hastalar için uygun ve etkin tedavisi olmalıdır.
8. Kimin tedavi edileceği hakkında fikir birliği olmalı.
9. Tarama programının devamlılığı olmalı, hastalığın seyrine uygun aralıklarla tekrarlanabilmeli, tek seferlik olmamalı.
10. Maliyeti, sağladığı yararlar da düşünülerek, dengeli olmalı.

Tabii bu kriterlerle ilgili yıllarca birçok tartışma süregelmış ve DSÖ'nün de önerdiği bu on temel kritere, eklemeler de olmuş.

Adelman ve arkadaşları 2014 yılında bir de şunları eklemişler ki bunlar da bizim için çok yol gösterici olacağından değinmek istiyorum:

Geçmiş 40 yılda ortaya çıkmış olan tarama kriterlerinin sentezi



- Tarama programı bilinen/fark edilen bir ihtiyaca cevap vermemelidir.
- Tarama hedefleri başlangıçta tanımlanmalıdır.
- Hedef nüfus belirlenmiş olmalıdır.
- Tarama programının etkililiğinin bilimsel olarak kanıtlanmış olması gerekir.
- Program, eğitimi, muayene/testi, klinik hizmetleri ve program yönetimini bütünleştirmelidir.
- Taramanın potansiyel risklerini en aza indirecek mekanizmalarla kalite güvencesi sağlanmalıdır.
- Program bilgilendirilmiş seçim, gizlilik ve özerkliğe saygılı olmalıdır.
- Program, hedef nüfusun tamamı için eşitliği ve taramaya erişimi teşvik etmelidir.
- Programın değerlendirilmesi baştan planlanmalıdır.
- Taramanın genel faydaları zararından daha fazla olmalıdır.

- Tarama programı bilinen bir İhtiyaca cevap vermemelidir,
- Hedefleri başlangıçta tanımlanmalıdır,
- Hedef nüfus belirlenmiş olmalıdır,
- Tarama programının etkinliğinin bilimsel olarak kanıtlanmış olması gerekir,
- Program eğitimi, muayenesi, testi klinik hizmetini program yönetimini bütünleştirmelidir.
- Taramanın potansiyel riskleri en aza indirecek mekanizmalarla kalite güvencesi sağlanmalı
- Program bilgilendirici ve haklara saygılı olmalı,
- Hedef nüfusun tamamı için eşit ve taramaya erişimi teşvik etmeli.
- Programın değerlendirilmesi daha sürecinin en başında planlanmalı, elbette yine genel Faydaları zararlarından daha çok olmalı.

Şunu artık hepimiz biliyoruz, bir taramanın etkili olabilmesi için kapsanan nüfusun en azından %70'ine ulaşılmış olması gerekir. Bütün alt yapı ve kaynaklar hazırlanmış olmalıdır. Testi teorik olarak sunmak, tanısını koymak, hastaların tedavisini yapmak için tüm kaynaklar planlanmış olmalı.

Şimdi burada toplum tabanlı taramaların en temel bileşenlerinden biride davet. Belirli bir nüfusumuz var o nüfustaki bireyleri davet ediyoruz. Aslında bu davet etmek, bilemiyorum aile hekimlerinden mutlaka bu şekilde çalışanlar da vardır. Kendi nüfusunu davet edip takip etmek gerekiyor. Bu davetler, eskiden mektupla yapılmış. Şimdi telefonla da tek tek kişiler aranabilir. Kişilerin gelip gelmediği izlenerek, gelmemiş olanlar tekrar davet edilmelidir. Gelmediyse neden gelmediği sorgulanacak öyle bir süreçten söz ediyorum. Daha sonrasında gene prekanseröz bir şey saptandı ise onu da bileceğiz. Davet eden kişi ya da kurum tekrar çağrı alanların oranını da bilecek o kadar ayrıntılı bir süreç. Sonra 2. Basamağa sevk ettiyse takibini de yapacak.

Diyelim herhangi bir yerde mamografi çektiriyoruz tarama adına, çok sorunlu bir şey aslında, çünkü standardı yok. Oysa bunların standardının olması lazım. 2. basamakta nereye gittiğini bilinmesi izlenmesi ayrıntılı kayıtları lazım. Tabii organize taramanın organizasyonu başlangıçta, fırsatçı taramaya göre daha maliyetli. Fırsatçı taramanın maliyeti düşük gibi görünebilir ama faydası da düşük. Aslında oranlandığında çok da maliyet etkin bir şey değil fırsatçı tarama. Organize tarama aynı zamanda aşırı taramayı aşırı tedaviyi de önler ve fırsatçı taramadan daha az zarara neden olur.

Erken tespitte uygun kanserler: burada bir listemiz var 2007 yılında Dünya Sağlık Örgütünün erken tespit rehberine göre meme kanseri erken tanı açısından uygun, tarama için uygun denmiş. Ama oraya (tarama için uygun ifadesine) küçük bir not düşmüş, diyor ki **bu yalnızca yüksek gelirli ülkeler için kanıtlanmıştır** diyor. Serviks kanseri için ikisine de evet demiş. Kolorektal kanserler için erken tanı için uygun demiş yine tarama için meme kanserindeki notu düşmüş yani **yüksek gelirli ülke grupları için uygun demiş**. Ama 2014 yılındaki yeni Dünya Sağlık Örgütünün mamografi hakkındaki tutum belgesi şöyle diyor; yaş gruplarını vermiş 50-69, aslında bizim çok tartıştığımız, tartışıyor olmamız gereken bir şey. Ama çoğu zaman hiç kimse konuşmuyor bu konuda. 50- 69 yaş (klasik tarama grubu), 40- 49 yaş ve 70- 75 yaş için önerileri şöyle; 50-69 yaş için üç gruba ayırmış ülkeleri, iyi kaynaklı ülkeler,

sınırlı kaynaklı ama sağlık alt yapısı iyi olan ülkeler ve sınırlı kaynaklı ama sağlık altyapısı kötü ülkeler. Biz ikinci grupta yer alıyoruz. Şimdi Dünya Sağlık Örgütü, 50- 69 yaşta mamografi taramasını geliştirmiş ülkeler için şiddetle tavsiye ediyor, iki yılda bir öneriyor. Ama sınırlı kaynaklı sağlık altyapısı iyi ülkeler için ise bu yaş grubu için tavsiye değil de öneri olarak belirtiyor ama şartlı öneriyor “eğer tablo1 deki taramayla ilgili bütün şartlar karşılanıyorsa” diyor. Bu koşullar şöyle: Elverişlilik, maliyeti etkinlik, pilot çalışma yapılması, bunun değerlendirilmesi bütün bu çalışmaların bütün bileşenlerini koordinasyonun yapılıyor olması, iyi gelişmiş bir sağlık sistemi, onaylanmış protokoller, ölçülebilir performans ve yeterli kaynak, örgütsel ve maddi kaynaklar, ki buna iş yükü kaynakları da dahil.

40-49 yaş için mamografi taramasını ise iyi kaynaklı (yani gelişmiş) ülkeler içinde ancak koşullu olarak, araştırma koşullarında yapılması şartıyla, öneriyor. Bizim için kesinlikle önermiyor.

Peki, erken tespit programlarını nasıl değerlendireceğiz? Kısa dönemde, örneğin tespit sırasındaki evrenin düşürülüp düşürülmediğine bakılabilir. Aslında pek çok başka ölçüt de kullanılabilir. Ama Türkiye’de gerçekten bunların hiçbirini değerlendiriyor halde değiliz. Orta vadede ise sağ kalımlara bakılabilir, sağ kalımların iyileşmesi, ama biliyorsunuz sağ kalımda iyileşme bir tarama programının temel çıktısı değil, yani taramanın etkinliğini değerlendirmekte kullanabildiğimiz bir ölçüt değil. Biz tanılarını erkene çektiğimiz için, aslında aynı süre yaşayacak olan bir insan daha çok yaşamış gibi görünüyor olabilir, Yani yaşam beklentisi aynı olduğu halde tanısı öne çekilmiş olduğu için sağ kalımında iyileşme saptanmış olabilir. Buna “lead time bias (ilk tarih yanlılığı)” deniyor. Bu ve başka yanlılık ihtimallerine açık olduğu için sağ kalım, taramaların etkinliğini değerlendirmede kullanılamıyor.

Kanser Erken Tespit Programlarının Değerlendirilmesi

Kısa Vade

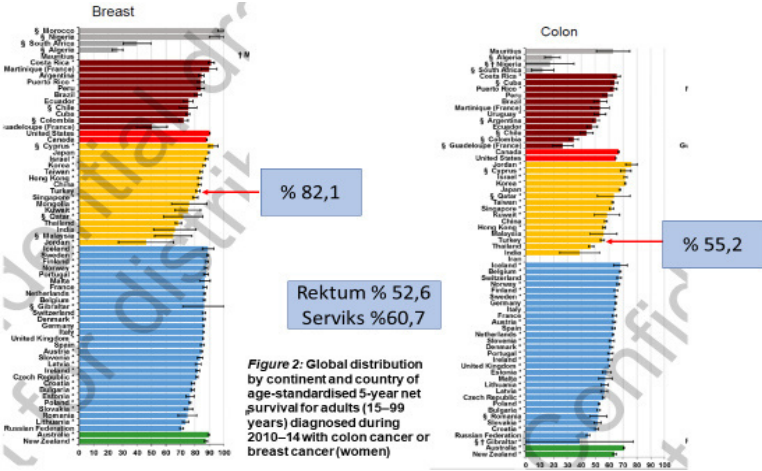
- Tanı sırasındaki **evrede düşme**
- Hedef kanserlerin, yüksek oranda tarama ile daha erken tespiti. Örneğin, daha erken bir aşamadaki teşhis, meme kanserlerinin ortalama çapında düşüş anlamına gelir (5 cm'lik çapın 3 cm'e düşmesi gibi)
- Ayrıca yüksek oranda meme kanseri, tarama ile tespit edilirse, **interval meme kanseri sayısında azalma**

Orta Vade

- 5 yıllık **sağkalımda iyileşme**
- Sağkalımın iyileşmesinin, erken tespitin yanı sıra tedavideki zaman içindeki gelişmelerin sonucu da olabileceğini göz önüne almak gerekir.
- Sağkalımda iyileşme, lead-time bias'ı, length bias'ı, seçim bias'ı ve aşırı tanı gibi nedenlerden de kaynaklanabilir (Miller, 1996).

Uzun dönemde, asıl tarama çıktımız ise mortalite; mortalitede düşme taramanın etkinliğini gösteren bir ölçüt ki uzun süreli izlem gerektiriyor. Elbette, tarama sonucunda insidans da düşme ve artma söz konusu olabilir ama bu bir beklenti değil tarama sonucudur. Örneğin meme kanseri taramalarında insidans artar, ama serviks kanseri taramalarında başta artsa bile sonra düşer, prekan-seröz lezyonlar tedavi edilir bu nedenle insidans düşer.

Şimdi Türkiye'den bizden de bir şeyler sunmak istiyorum, kolorektal kanserler ve Meme kanserleri ile ilgili grafikler sunmuştum. Çok yüksek olmayan hızlar işte meme kanserleri kadınlarda en çok görülen kanser türü, kadınlarda görülen bütün kanserlerin dörtte birini oluşturuyor. Ama aslında Türkiye'de meme kanser hızı çok yüksek bir hız değil. Kolorektal kanserler içinde öyle çok yüksek olmayan bir hız söz konusu ama erkekte de kadında da ön sırada olan bir kanser. Serviks kanseri ise ikisinden de farklı olarak ön sıralarda değil, kadın kanserleri içinde 10. sırada, yüzdelik dilimi de düşük. Çünkü bizde kültürel nedenlerle primer korunma olduğu, HPV prevalansı yüksek olmadığı için zaten düşük olan bir insidans-tan söz ediyoruz.



Buradaki grafikte bakın dünyadaki örneklerden, serviks kanseri yaşa standardize insidans hızları en yüksek olanı ile en düşük olanı arasında sıralanmış. Görüyorsunuz, İzmir'deki serviks kanseri yaşa standardize insidans hızı Türkiye'deki en yüksek hız 8 il içinde. Bu grafikte ise meme kanseri ve kolorektal kanserlerin zaman içindeki artış trendini görüyorsunuz. Yani evet çok yüksek hızlar değil ama artmakta olan hızlar, grafikte de bunu görüyoruz. Ama bu da servis kanserin artmadığını gösteren bir grafik. Bütün grafikler İzmir'den ama Türkiye'deki diğer illerdeki durumun da benzer olduğunu biliyorum. İşte bakın invazif serviks kanserinde artış görünmüyor ama insitu serviks kanserlerinde 2003 yılından itibaren bir artış var. Neden 2003 yılı? Çünkü 2003 yılında performans sistemi başlıyor, daha çok tetkik isteniyor, bu da bir tür tarama etkisi yaratıyor

Soru: İzmir'de artış olması kanser kayıt sistemlerinin daha iyi yapıyor olmasından kaynaklı olabilir mi?

Cevap: Aslında doğru, bir miktar daha iyi ama diğer illerde de benzer sonuçlar mevcut.

Meme kanserleri konusunda bir yaş tartışması var. Tarama başlangıcı yaşı 50- 69 yaşta başlayıp 40-69 yaşa çekildi bizde. Bunun

nedeni de bizdeki meme kanserinin daha erken yaşta görülüyor olduğu, genç yaşlardaki meme kanseri riskinin (gelişmiş ülkelerdeki meme kanseri riskinden) daha yüksek olduğu olarak belirtildi. Bizde meme kanseri olgularının yüzde yirmisi 40 yaşın altındayken gelişmiş ülkelerde bu %6 civarında. Ama bu doğru mu ve gerçekten de genç yaşlarda meme kanseri riskinin daha yüksek olduğunu mu gösterir. Beş Kitada Kanser Görülüşünden alınan nüfus tabanlı verilere bakınca, 50 yaş altı meme kanseri oranı gerçekten İzmir'de %40, Antalya'da yüzde 47.7. Bu oran ABD'de % 23, Fransa'da % 22; gerçekten ciddi bir fark var burada. Ama bu ne anlama geliyor? Bu, riskin o yaş grubu için fazla olduğu, başka bir deyişle genç yaşlarda meme kanseri sıklığının daha yüksek olduğu anlamına gelir mi? Gelmez. Çünkü o yaş grubunda o kadar çok nüfusumuz var ki, risk düşük bile olsa, hastalar arasında o yaş grubunun oranı daha yüksek oluyor. Yani şimdi bu ülkede hangi istatistiği yaparsanız yapın, yolda ayağı taşa takılıp düşenlerin istatistiğini yapsanız, yine gençlerin oranının daha çok olduğunu göreceksiniz. Öte yandan ileri yaşlardaki meme kanseri insidans hızlarının da gelişmiş ülkelerdekini yarısı-üçte biri oranında olması da, ileri yaşlardaki nüfusun azlığı ile birlikte bu sonuca katkı sunuyor.

Gerçekte, sıklığı, bir başka deyişle riski ölçmek için neye bakmamız gerekiyor? İnsidans hızlarına bakmamız gerekiyor, bu durumda yaşa özel insidans hızlarına bakmamız gerekiyor. Toplumlar arasında insidans hızlarını karşılaştırabiliriz. Yaşa özel insidans eğrilerine baktığımızda Türkiye'deki genç yaş gruplarındaki insidans hızlarının ABD'deki (gelişmiş ülkelerdeki) insidans hızlarından daha düşük olduğunu görüyoruz. İleri yaşlardaki insidans hızları da düşük. Öte yandan, kendi içinde de, yani Türkiye'de, genç yaşlardaki insidans hızları ileri yaşlardakinden düşük. Yani aslında, ülkemizde meme kanseri paterninin farklı olduğu, görülme yaşının daha genç olduğu iddiası bir şehir efsanesi.

Bir başka iddia da meme kanseri insidansında gençlerde çok fazla artış olduğu. Burada size yeni bir çalışmadan veriler sunacağım: Güney Avrupa ülkelerinin yer aldığı bir çalışma, Türkiye'den de İzmir'in sonuçları var. Bakın tarama grubundaki (50-69 yaş) yıllık

artış %3,8, genç yaş grubunda ise %3,4; evet genç yaş grubunda meme kanseri insidansında artış söz konusu ama bu tarama grubundan daha yüksek olmayan bir artış. Gençlerde daha hızlı bir artış varken 60 yaş üzeri grupta daha az bir artış olmuş. Bu da bu yaş gruplarının meme kanseri risk faktörlerine daha az maruz kalmış olmaları ile yani kohort etkisi ile açıklanabilir.

Bu grafikte ise Mısır ile ABD verilerini görüyoruz, Mısırın insidans hızları bize çok benziyor. Bu grafik de bir olgu yakalamak için kaç kadını taramak gerektiğini gösteriyor. Gördüğünüz gibi, bir olgu yakalamak için 50-59 yaş grubunda ABD’de 35, Mısır’da 77 kadının, 60-69 yaş grubunda ise ABD’de 24, Mısır’da 90 kadının mamografi taramasının yapılması gerekiyor. Bir testin etkinliği düzgün uygulandığı sürece evrenseldir. Çalışmalarda etkin olduğu gösterilmişse etkindir; elbette, gerektiği koşullara uyarak uygularsanız. Ama maliyet etkinliği sizin toplumunuzdaki insidansa göre değişektir. Tedavi protokolleri vesaireye göre de değişebilecektir.

Global surveillance of trends in cancer survival (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancer types from 322 population-based registries in 71 countries

Claudio Allemani, Tomohiro Matsuda, Veronica Di Carlo, Rhea Harewood, MSc*, Melissa Møtz, PhD*, Maja Nikšić, PhD*, Audrey Benavente, MSc*, Prof Mihail Valtov, MD*, Christopher J Johnson, MPhil*, Prof Jacques Efstathi, PhD*, Prof Oluwemi J Ogunniyi, MBBCh*, Prof Guilherme Acunato de Silva, PhD*, Wan-Qing Chen, PhD*, Sultan Esser, PhD*, Georgia Engelman, MSc*, Charles A Sillar, MSc*, Alain Mommersau, MD*, Ryan R Woods, MSc*

Summary

Background In 2015, the second cycle of the CONCORD programme established global as a metric of the effectiveness of health systems and to inform global policy on cancer the worldwide surveillance of cancer survival in 2014.

Methods CONCORD-3 includes individual records for 37.5 million patients diagnosed period 2000–14. Data were provided by 322 population-based cancer registries in 71 which provided data with 100% population coverage. The study includes 18 cancers or stomach, colon, rectum, liver, pancreas, lung, breast (breast), cervix, ovary, prostate, adult, and brain tumours. Inclusion, and completeness in both adults and children procedures were applied across were verified in the registry concerned. No estimates were age-standardised with the International Cancer Survival Standard weights.

Findings For most cancers, 5-year net survival remains among the highest in the world in all

THE LANCET

Available online 31 January 2018
In Press, Corrected Proof — Not to users

Articles

Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries

Claudio Allemani, PhD*, Tomohiro Matsuda, PhD*, Veronica Di Carlo, MSc*, Rhea Harewood, MSc*, Melissa Møtz, PhD*, Maja Nikšić, PhD*, Audrey Benavente, MSc*, Prof Mihail Valtov, MD*, Christopher J Johnson, MPhil*, Prof Jacques Efstathi, PhD*, Prof Oluwemi J Ogunniyi, MBBCh*, Prof Guilherme Acunato de Silva, PhD*, Wan-Qing Chen, PhD*, Sultan Esser, PhD*, Georgia Engelman, MSc*, Charles A Sillar, MSc*, Alain Mommersau, MD*, Ryan R Woods, MSc*,
Show more

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3)

Get rights and content

Bu çalışma da çok yeni yayınlandı Lancette, 15 gün içinde, çok ses getiren çok izlenen bir çalışma. Concord 3 çalışması. Burada da Türkiye’den 9 kanser kayıt merkezinin 2010-2014 yılları sağ kalım verileri yer alıyor. Meme kanseri ve kolon kanserinden 5 yıllık sağ kalım hızlarını görüyoruz (Türkiye ortalaması): meme kanseri için %82,1, kolon kanseri için %55. bunlar. Kötü olmayan oranlar ama hala alacak yolumuzu olduğunu söyleyebiliriz.

Teşekkür ederim

DÜNYADA TOPLUM TABANLI KANSER TARAMALARI UYGULAMALARI

Doç.Dr. Emel İrgil

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı E.
Öğretim Üyesi*

Kanserin oluşmasını önlemek ve kanserden ölümleri azaltmak için topluma yönelik girişimler ve risk altındaki topluma yönelik erken tanı programları uygulanmalıdır. Birincil ve ikincil koruma önlemleri dediğimiz bu önlemler birlikte uygulanması ve mutlaka tedavi-izlem basamaklarıyla birlikte sunulması gerekir. Birincil koruma tüm topluma uygulanırken, ikincil koruma risk altındaki kişileri hedef alır. Tarama, risk altındaki toplumda belirtisi olmayan kişilere tarama testlerinin uygulanması programıdır. Kanser belirtisini arayan test pozitif olduğunda kişi tanı için ilgili yerlere gönderilir. Erken tanı ise kişilere hastalık ilerlemeden tanı konması ve tedavi edilmesini amaçlar. Etkili, basit ve ucuz tedavi sağlar.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelere olanakları elverdiği sürece **Organize Toplum Tabanlı Kanser Tarama Programlarını** önermektedir. Bu programlar, organizasyon ve tanı olanakları açısından yüksek standartlı olmalı ve o bölgedeki tüm risk altındaki toplumun katılımını hedeflemelidir. Risk altındaki toplum, uzaklık ve maliyet göz önüne alındığında tarama, tanı ve tedavi hizmetlerine erişim açısından aynı olanaklara sahip olmalıdır. Tarama programları topluma yayılmamışsa ya da programlar iyi organize edilmemişse, iyilikten çok zarar verir ve amaçlandığı gibi uygulanamaz. Fazla tanı, yanlış pozitiflik ve sonucunda karşımıza çıkan psikolojik etkiler tarama programlarının istenilen sonuca ulaşmasını engelleyebilir. Ancak kişi özelinde fazla tanı, tanı konamamaktan daha kabul edilir bir durumdur.

Dünya Sağlık Örgütünün tüm ülkelere önerdiği tarama programları **Meme, Serviks ve Kolorektal Kanserler** içindir. Ancak, DSÖ

ülkelerin kendi durumlarını değerlendirerek karar vermelerini ve gerekli ise başka kanserler için de tarama programları geliştirmelerini önermektedir.

Dünya Sağlık Örgütünün Önerdiği Programlar:

Meme Kanseri için, 50 – 69 yaş arası kadınlarda yapılması önerilmektedir. Tarama programı için en uygun yöntem mamografidir. İyi organize olmuş sağlık hizmetlerinde ve kısıtlı kaynaklı ancak güçlü sağlık sistemlerinde 2 yılda bir yapılması önerilmektedir. Zayıf sağlık hizmeti bulunan ülkelerde ise hastalık geç evrelerde yakalandığı için mamografinin etkili olmadığı bulunmuştur. Ayrıca, maliyet-etkinlik araştırmaları sonucunda, Gana gibi düşük-orta gelirli ülkelerde maliyet-etkin olmadığı, Meksika, Kosta Rika gibi yüksek-orta gelirli ülkelerde maliyet-etkin olduğu hesaplanmıştır. Ülkelerin programlarını oluştururken tanı ve tedaviye ulaşma açısından bölgesel farklılıkları da değerlendirmeleri beklenmektedir. Bütün bu öneriler oluşturulurken yüksek gelirli ülkelerde yapılan mamografi tarama programlarının etkinlik çalışmalarından elde edilen yarar ve zarar kanıtları kullanılmaktadır.

Servikal Kanseri için 30 yaş ve üzeri kadınların, özellikle de 30 – 49 yaş arası kadınların tarama programlarına alınması önerilmektedir. Smear alınmasının sıklığı ülkelerin para, alt yapı ve diğer olanaklara sahip olmalarına göre düzenlenir. Ancak her durumda yıllık tarama gereksizdir. Serviks kanseri taramalarında 25 yaşın altındaki ve 65 yaş üstündeki kadınların taranmaması önerilmektedir.

Kolorektal Kanseri için 50 yaş üzeri tüm nüfusun gaitada gizli kan kitleri kullanarak taranması önerilmektedir. Sıklığının ise ülke olanakları elverdiğince yılda bir, elvermiyorsa 2 yılda bir olması belirtilmektedir.

Seçilmiş Tarama Programı Örnekleri:

Avrupa Birliği:

Avrupa Birliği'nde Kanser Tarama Programları raporuna (2017) göre meme kanseri taramaları 50-69 yaş arasında ve 2-3 yılda bir

yapılmaktadır. Bulgaristan, Hırvatistan ve Slovakya hariç tüm ülkelerin meme kanseri tarama politikaları bulunmaktadır. Bu üç ülkeye ek olarak Yunanistan hariç tüm ülkeler toplum tabanlı tarama programlarını uygulamaktalar. Ödemeler açısından baktığımızda Lüksemburg dışında tüm ülkelerde tarama programları kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Portekiz’de ise yarı kamu, yarı özel kaynaklar kullanılmaktadır. Uygulamada ise risk gruplarına Litvanya, Portekiz ve Romanya dışında “kansere kayıtları”ndan davet mektubu gelmektedir. Bu üç ülkede ise birinci basamaktan çağrı gönderilmektedir.

Mamografi için, Belçika, Hırvatistan, Güney Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, İrlanda, İtalya, Litvanya, Hollanda, Polonya, Portekiz, Romanya ve Slovenya’da yazılı onam alınmaktadır.

Servikal kanser taramaları için başlangıç yaş aralığı 25-30, sonlandırma yaş aralığı ise 64-69 yaş arasında değişmektedir ve 3-5 yıl arayla yapılmaktadır. Bulgaristan, Güney Kıbrıs ve Lüksemburg’da tarama politikası bulunmamaktadır. Bu üç ülkeye ek olarak Avusturya, Yunanistan ve İspanya’da toplum tabanlı tarama programı uygulanmamaktadır. 2013 yılında Almanya ve Belçika’da 25-64 yaş kadınların kaydedildiği “kansere kayıtları” oluşturulmuştur. Risk altındaki kadınlara Litvanya, Portekiz ve Romanya’da birinci basamaktan, Çek Cumhuriyeti’nde sigorta şirketinden davet mektubu gitmektedir. Diğer ülkelerde servikal kanser tarama programları ücretsiz yürütülmektedir. Servikal smear için İrlanda, Litvanya, Hollanda, Polonya ve Portekiz’de kadınlardan yazılı onam alınmaktadır.

Kolorektal kanser taramaları Avrupa Birliği ülkelerinde 50 – 74 yaş arasında ve 1 ya da 2 yılda bir yapılmaktadır. Bulgaristan, Romanya ve Slovakya tarama politikasına sahip değildir. Yunanistan ve Latvia’da toplum tabanlı olmayan tarama programı yürütülmektedir. Hırvatistan’da sigorta şirketi karşılamaktayken, diğer ülkelerde kamu kaynakları kullanılmaktadır.

İsveç:

İsveç'te meme kanseri tarama programı 1989 yılında başlamış ve Avrupa Birliği önerileri doğrultusunda sürdürülmektedir. Kolorektal kanser taramaları da toplum tabanlı yapılmaktadır. Serviks kanseri için toplum tabanlı tarama programı 1967 yılında tek bir eyalette (county) başlamış, 1977 yılında tüm ülkeye yayılmıştır. 2015 yılından bu yana 30 – 64 yaş arası kadınlarda HPV taraması yapılmaktadır. Ulusal hedef ise 23 – 64 yaş grubunu taramaktır. Uygulamada, 23 – 50 yaşta smear negatif olursa tarama 3 yılda bir, 51 – 64 yaşta 7 yılda bir yapılmaktadır.

İsveç'te tarama programlarına vatandaş olsun olmasın İsveç kimlik numarasını alan herkes katılabilmektedir.

İngiltere:

İngiltere'de servikal kanser taraması 25 – 64 yaş arası yapılmaktadır. Taramaların sıklığı 25 – 49 yaş arasında 3 yılda bir, 65 yaşa kadar 5 yılda birdir. Mamografi, 50-70 yaş arası 3 yılda bir çekilmektedir. İngiltere'de 55 yaşına gelen herkes rektoskopi için davet edilmektedir. Gaitada gizli kan testi ise 60-74 yaş arasında 2 yılda bir yapılmaktadır. İngiltere'de genel pratisyene kayıtlı olan herkes tarama programlarına katılabilmektedir.

Hindistan:

Kasım 2016'da alınan bir kararla Hindistan'da oral, meme ve servikal kanser için zorunlu tarama programı oluşturulmuştur. DSÖ'nün ülkelere önerdiği gibi, Hindistan kendisi için önemli bir sağlık sorunu olan oral kanser için tarama programı geliştirmiştir.

Tunus:

Tunus'ta 2004 yılında Ulusal Aile Planlaması Kurumu tarama programından farklı olarak erken tanı girişimi başlatılmıştır. Pilot bölgelerde başlatılan programa tüm kadınlar davet edilmiştir. Risk değerlendirmesi yapılarak, 50 yaş ve üzeri kadınlar 2 yılda bir mamografi çekirtmeleri istenmiştir. Serviks kanseri için ise 35-59 yaş arası kadınlara ömürleri boyunca bir kez pap-smear uygulan-

muş, kadınların katılımı % 60'a ulaşınca smear alımının 5 yılda bir yapılması önerilmiştir.

Arjantin:

Arjantin'de ülke düzeyinde yaygın uygulanan tarama programları bulunmaktadır. Serviks kanseri taraması, 25-65 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir yapılmakta, HPV taraması 30 yaş ve üzeri kadınlarda uygulanmaktadır. Meme ve kolorektal kanser taraması DSÖ'nün önerileri doğrultusunda, ülke çapında yaygın olarak yapılmaktadır.

Ülke örneklerinden de anlaşılacağı gibi, her ne kadar DSÖ'nün önerdiği

tarama programları olsa da ülkeler kendi sorunları çerçevesinde tarama programlarını geliştirmektedirler. Ülkemizde de tarama programları başlatmak ve sürdürmek için, hastalık sıklıkları göz önünde bulundurularak maliyet-etkinlik çalışmaları yapılmalı, coğrafik farklılıklar değerlendirilmeli, ülke sağlık sorunları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilip öncelikler belirlenmeli ve ülkenin var olan işgücü, araç, para ve tedavi olanakları gibi kaynakları iyi değerlendirilip karar verilmelidir.

Kaynaklar:

Against Cancer. Screening in the European Union (2017). Report on the Implementation of the Council Recommendation on Cancer Screening.

Arjantin. https://www.who.int/cancer/country-profiles/arg_en.pdf?ua=1

Cancer Prevention. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/en/>

Hindistan. https://www.who.int/cancer/country-profiles/ind_en.pdf?ua=1

İngiltere. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/screening>

Lind H, Svane G, Kemetli L, Törnberg S. Breast Cancer Screening Program in Stockholm County, Sweden – Aspects of Organization and Quality Assurance. Breast Care, 5: 353-357, 2010.

Screening for Colorectal Cancer. SBU Alert. March 1, 2001.

TOPLUM TABANLI KANSER TARAMALARI TÜRKİYE

AİLE HEKİMLİĞİNDE ‘Bİ DE’ KANSER TARAMALARI

Uzm. Dr. Emrah Kırımlı
Ümraniye Merkez ASM

ASM’de Kanser Taramalarında Temel Sorunlarımız

Sağlık Bakanlığının aile sağlığı merkezlerinde toplum tabanlı kanser taraması uygulamasını başlatması birinci basamak sağlık çalışanları arasında 3 temel itiraza neden oldu. İlki önerilen kanser tarama programının ülkemiz için gerekli ve faydalı olup olmadığı, ikincisi bu programın bahsedildiği gibi toplum tabanlı olup olmadığı ve üçüncüsü de aile hekimliğinde önerilen kanser tarama programı uygulanması için iş gücü desteğinin sağlanmamış olması. Aile hekimliği ayrılmamış hastanın değerlendirildiği, gündelik pratikte ise hastalarımızın «Bi de» şu vardı diyerek kendini ifade ettiği bir alandır. Ülkemizde aile hekimliği, kaynakların aşırı derece kısıtlı olduğu bir alan olduğu için eklenen her uygulama her ne olursa olsun, bizim için aynen hastanın çıkarken söylediği «Bi de» hükmündedir. Büyük olasılıkla dar bir zaman aralığında geçirtilmemesi gereken, hasta için önemi yüksek, aile hekimliği çalışanı için de çözülmesi gereken bir sorundur. **Aile Hekimliğinde ‘Bi de’ Kanser Taramaları** başlığı altında bizlerin bu 3 temel itirazı ele alınarak günlük yayınlar ve pratik uygulamalar çerçevesinde saha tecrübesinin yansıtılması hedeflenmiştir.

Kanser taramalarını; gereklilik-fayda, toplum tabanlı olma hedefi ve iş yükü sorunlarını çalışanlar, bakanlık ve toplum uygulamaları açısından ele aldığımızda tablo aşağıdaki gibi görünmektedir.

GETİRİLMEK İSTENEN KANSER TARAMALARI NE İFADE ETMEKTEDİR?

Çalışanlar açısından;

Günlük iş yoğunluğu yüksektir. Bu iş yükü içinde toplum tabanlı kanser tarama programı için tüm hastalara vakit ayırmak mümkün değildir.

Kentsel birimlerde nüfus ve poliklinik yükü, kırsal bölgede mobil ve entegre hizmet yükü gereğinden çoktur.

Kanser taramalar, yılda 200 milyonun biraz üzerinde poliklinik hizmeti yapılan aile hekimliği için bir yılda 30 milyona yakın yeni poliklinik yükü anlamına gelmektedir. Yani neredeyse iki haftada fazladan bir gün daha çalışmamız istenmektedir. Ayda bir gün Cumartesi nöbeti dayatmasının bizde yarattığı etki düşünülürse kanser taramaları bu dayatmanın iki katı iş yükü talep etmektedir.

Başta ebe ve hemşire olmak üzere işgücü yeterli değildir. Ne yazık ki Aile hekimliğinin tüm ülkeye yayılmasının üzerinden geçen 8 yılda, mezun olan onbinlerce hekim ve onbinlerce hemşireden sadece 7 bini aile hekimliği uygulamasında istihdam edilmiştir. Bu 8 yıllık süredeki nüfus artışı ve sağlık bakanlığının istihdam artışı düşünüldüğünde işgücü artışının azlığı iyice görünür olmaktadır. Bu, 8 yılda sağlık bakanlığı var olan hekimlerin üzerine kadrosuna 77.562 yeni hekim, 106.011 yeni ebe ve hemşire katmış. Bu artıştan aile hekimliğine düşen pay 3643 hekim ve 5824 ebe, hemşire.

- **2010:** 19170 birimde 19170 AH / 14445 ASÇ (10411 ebe, 4034 hemşire)
- **2017:** 25198 birimde 22813 AH / 20269 ASÇ (13577 ebe, 6692 hemşire)

Bakanlık/Entegrasyon açısından;

- Kanser tarama program sürekliliği/lojistiği tam değildir.

- Kanser taramada kullanılan GGG kitleri değişmiş hasta ve hekimler için güven sorunu ortaya çıkmıştır. HPV taraması için muayene alanı yetersizdir. Bu yetersizliğin bakanlıkça zımni kabulü ile ASM değerlendirme kriterlerinden aile planlaması ve jinekolojik muayene odası gerekliliği sadece jinekolojik masaya çekilmiştir. Meme kanseri taraması için mamografi merkezleri her şehirde ASMlerden farklı uzaklıklarda ve farklı erişim sorunları ile hizmete sunulmuştur. ASMlerin mamografi merkezleri ile iletişimi yoktur.
- ASM ile diğer basamak kurumları arasında iletişim yoktur. Tanı sonucu ve takip basamakları hakkında aile hekimleri bilgilendirilmemektedir.
- ASM ile KETEM vb birinci basamak kuruluşları arasında iletişim yetersizdir.
- Hedef grup için takip uygulamaları yoktur. Tarama testi pozitif çıkan bir hastanın bu aşamadan sonraki süreci tümüyle aile hekiminin bilgisi dışındadır.
- Taranmayanlara ve tarama sonuçlarına ait bilgi yoktur.
- Sağlık Bakanlığı kamuoyu oluşturmamaktadır. Bunun bir sonucu olarak ASM'ye kanser taramamı yaptırmak için geldim diyen başvuran sayısı neredeyse yok gibidir.

Kamuoyu-toplum açısından;

- Tarama etkinlik çalışma verileri ülkemize ait değildir.
- Kanser taramalarının faídasının süpheli ve hatta olası zararlı olduğuna dair kanıtlar mevcuttur.
- Kanserleri ve bulaşıcı olmayan hastalık salgınlarını önlemenin asıl anahtarı olan risk ve sağlıklı yaşam bilgisi güçlendirilmemiştir.

EĞİTİM ŞART

Kanser tarama dairesi tarafından hazırlanan bu sunumda kullanılan aile hekimliği ve KETEM görselleri sahadaki sorunlarımızı ifade etmeye çok uygun bir seçim olarak görünüyor. Ebe ve hemşire meslektaşlarımızın ki Bakanlık terminolojisinde bu “*her bir aile sağlığı elemanı*” diye geçiyor maalesef, servikal smear alma eğitimi- minden “**geçirildiğini**” belirtmişler.

Her sürçü lisan bilincin dışı vurumudur da aynı zamanda.

Hepimizi geçirdiklerini söyledikleri eğitimi anlatmak için kullanılan görsel hızlı bir internet aramasında aile sağlığı merkezi yazınca karşımıza çıkan ilk resimlerden biri. Aile hekimi meslektaşımız burada bir çocuğun boğazını muayene ediyor. Bunun servikal smear alma eğitimi ile ne ilişkisi olabilir?

Yapılan eğitimlerin sadece birkaç slayt sunusu ile yapıldığı beceriye dayalı olmadığı eğiticilerin nasıl bir eğitici eğitimi aldığı bilinmediği bir eğitim ortamında bu resim çok da uygunsuz değil belki de. Diğer yanda ise Türkiye’nin tam ortasında mavi gökyüzü arka planda kütleli bir bina duruyor. O resim de bizlerin sahada aldığımız HPV numunelerinin gönderilip okunduğu yer. Bu bina için de bir arama yaparsanız “TURKISH MINISTRY OF HEALTH HPV MEGA LABORATORY” sekmesi ile karşılaşıyorsunuz ve burada harika aksiyon film müzikleri ile yapılmış bir video görüyorsunuz (<https://youtu.be/IBmAflRjI10>). Sahada tüm işi yapanlar, “*eğitim- den geçirilen elemanlar*” MEGA olan ise kamu mu, yoksa kamu özel ortaklığı ile mi yapılmış olduğu tam anlaşılamayan bir bina. Evet, bir eğitim şart. Biz sahada çalışanların örselenmediği, ortak hareket ettiğimiz bilinci taşıyan, sahayı performans ve ceza dayatması ile işinden nefret eder hale getirmeyen bir yaklaşım bir eğitim.



Neden tarama yapıyoruz? Neyi taramalıyız?

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Kanser Kontrol Planı kitabından Dünya Sağlık Örgütü hastalık tarama ölçütlerine bakarsak, bir hastalığın taranması için aşağıdaki ölçütlerin karşılanması gerekmektedir.

1. Taranan hastalık toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Taranacak hastalığın tanınması için latent veya erken semptomatik bir dönemi bulunmalıdır.
3. Hastalıkla ilgili tüm klinik seyrine dair yeterli bilgi olmalıdır.
4. Tarama sonucunda bulunan hastaların iyileştirilmesi için uygun tedavi yöntemi olmalıdır.
5. Hastalıkların teşhisi ve tedavisi için gerekli tüm alt yapı (personel, ekipman vb) olanakları yeterli olmalıdır.
6. Tarama için kullanılacak olan testlerin toplum tarafından kabul görmesinde sıkıntı olmamalıdır.
7. Ayrıca testler toplum taramasında kullanılabilecek kadar kolaylıkla uygulanabilir bir yöntemle yapılmalıdır.

8. Testlerin seçiciliği ve hassasiyeti olabildiğince yüksek olmalıdır.
9. Tarama sürekli bir işlem olmalıdır.

Bu 9 ölçüte göre ülkemizde seçilen kanser tarama programları olan kolon, meme ve rahim ağzı kanserlerini değerlendirelim.

- Hastalık patofizyolojisi ile ilgili 2, 3 ve 4. ölçütleri bu 3 kanser türü karşılıyor. Ancak 4. ölçüt yani tanı sonrası tedavi ile ilgili sıkıntıları sunumun ilerleyen kısmında yine bakanlık verileri ile ayrıca paylaşacağım.
- 5. ölçüt yani alt yapı yeterliliği. Evet, MEGA laboratuvarımız var ancak sunumun başında belirttiğim gibi saha da çalışan bizlere 45 milyona yakın yeni poliklinik yükünü, var olan iş yükü ile boğulmuş, yeni iş yükleri eklenmiş ancak yeni mezun sağlık çalışanları ile desteklenmemiş olan sahanın bu ölçütü karşılayamayacağı açıktır.
- 6, 7 ve 8. Ölçütler test yöntemi ile ilgili. Yani kolon kanseri için gaitada gizli kan ölçümü ve kolonoskopi, meme kanseri için mamografi ve rahim ağzı kanseri için servikal örnek alımı. Mamografi ve meme kanseri için seçicilik ve hassasiyet konusunda tartışmalar tüm dünyada devam ediyor. Ancak diğer tarama testleri için bu konuda büyük tartışmalar yok. Uygulanabilirlik konusunu ayrıca ileride kanser hastalığı konusunda sağlık okuryazarlığı sorunu yaşamayan ve sağlık sistemine erişim sorunu olmadığını var sayabileceğimiz aktif olarak çalışan sağlık çalışanlarının kanser tarama sıklığı ile ve toplumda tarama verileri ile değerlendireceğiz. Aile Sağlığı Merkezi (ASM) dışında yapılan Mamografi ve kolonoskopi ile ASM’de yapılan smear alma ve gaitada gizli kan testlerimiz var elimizde. Kanser tarama verilerine baktığımız zaman sürpriz olmayarak ASM’de yapılan testlerin roket hızı ile arttığını görebiliyoruz, HPV taraması için Bakanlığın cezai işlem uygulama tehditleri ve saha bas-

kısı ile sayıları yüksek. Ancak hiç de sürpriz olmayarak uygulaması kolay, ASM'de yapılan GGK testinin kendiliğinden çok yüksek sayılara ulaştığını görmek ve toplumda (hasta ve uygulayıcıların her ikisinde birden) en yüksek ya da tek kabul edilirlilik ölçütüne sahip olduğu rahatça söylenebilir.

- 9. ölçüt tarama işleminin kimseyi kaçırmaması ve başladıktan sonra bitirilmesini içeriyor. Ne yazık ki toplum tabanlı olduğu iddiasını taşıyan tarama programımız parçalı (ASM-KETEM-Hastane ve özel polikliniklerde) ve dağınık olarak, sadece başvuran hastalara fırsatçı tarama şeklinde yapılıyor ve tüm hedef nüfusa ulaşılamamış kişilerde tespit edilen pozitif tanı alanların dahi takip ve tedavisi düzenlenmiş değil.
- 9 ana ölçütün 8'ini genel olarak değerlendirdik ilk sıraya alınmayı hak eden önemdeki ölçütümüz ise toplumda önemli bir sorun olması. Diyabet, tütün kullanımı, obezite gibi milyonları etkileyen ve aslında kanserlerin de başlıca nedeni olan salgın boyutuna gelmiş hastalık sıklıkları ile kıyaslamadan kanser denince aklımıza gelen ölüm üzerinden değerlendirerek kanser tarama programından yana taraf tutarak bu ölçütü değerlendirelim ve mortalite verilerinden gidelim.

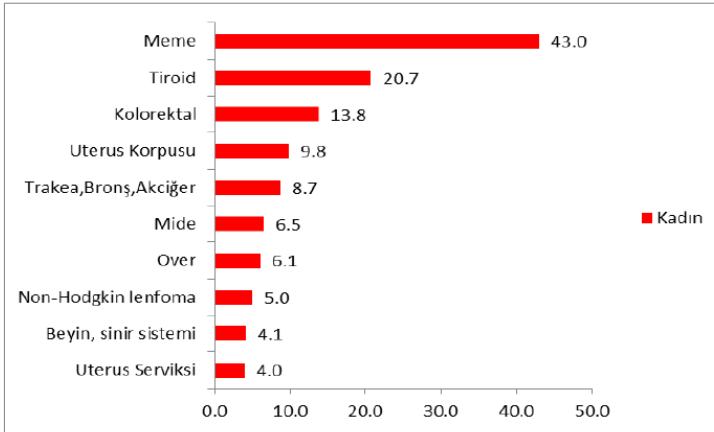
Tarama programındaki tüm kanserler ülkemiz için ölümcül bir sağlık sorunu mudur?

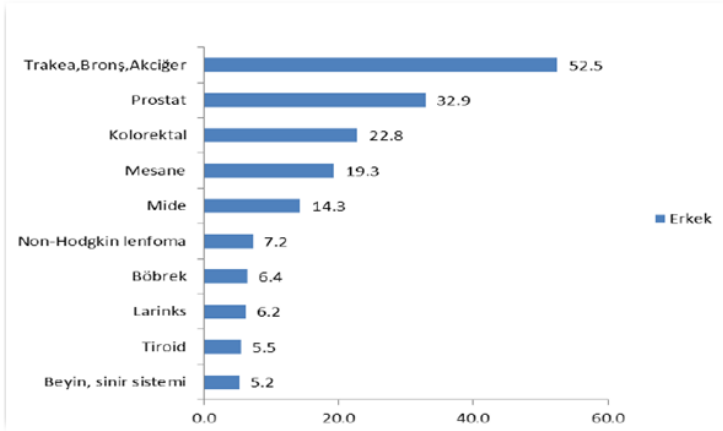
Ülkemizde her yıl 400.000'e yakın ölüm gerçekleşiyor. 2016 yılında yayınlanan THSK Kanser İstatistikleri verilene göre 2009-2013 yılında 3198 kişi rahim ağzı kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiş, bu 5 yılda kansere bağlı görülen ölüm sayısı 297.275. Bu 5 yılda gerçekleşen toplam ölüm sayısı ise 2 milyona yakın. Yani bu sene gerçekleşen 1000 ölümden sadece 3'ü rahim ağzı kanserine bağlı. HPV taraması için harcadığımız emek ile bu 1000 kişi içinde bu 3 ölümü azaltmayı umut ediyoruz.

Ulusal kanser tarama programından önce rahim ağzı kanserinde ne durumdaydık?

Yine aynı raporda belirtilen verilerden devam edersek ülkemizde kadınlarda kanser yaşa standardize edilmiş hızı 100.000'de 172'dir. Serviks kanseri için bu sayı 100.000'de 4 olarak belirtilmiştir. 2013 yılında ülkemizde 103.070 erkek ve 71.233 kadının kansere yakalandığı belirtilmektedir. İstatistiklere bakınca serviks kanseri sıklığı %2.5 olarak belirtilmiş. Yani 2000 kişi serviks kanserine yakalanıyor ve bunların %53'ü lokalize %34'ü bölgesel evrede ve uzak metastazı olan toplam 200 kişi var. Kanser evrelerine göre prognozları değerlendirdiğimizde ise lokalize olanlarda 5 yıllık sağ kalım %95 civarında, bölgesel olanlarda bu oran evre II ise %58-62 evre 3 ise %32-35. Yani ulusal tarama programından önce de rahim ağzı kanseri ile mücadelede başarısız değildik. Hastalık ne sıklık olarak, ne de tanı zamanı olarak tarama şartlarının ilk ölçütü olan toplumsal olarak önemli bir sağlık sorunu olma ölçütünü karşılıyor demek mümkün değil.

Ülkemizde kanser sıklıkları (Yaşa standardize edilmiş hızı 100.000'de. Kadın kırmızı /erkek mavi renk ile belirtilmiştir)





Tarama Standartları Ne Diyor? Sahada Ne Yapıyoruz?

Ulusal kanser tarama programı meme kanseri taraması için bize 3 aşamalı bir program öneriyor.

Türkiye’de Kanser Taramaları

Ulusal Toplum Tabanlı Tarama Standartları

Meme <u>Kadının kendini muayenesi</u> 20 Yaş üzeri, ayda bir <u>Doktorun meme muayenesi</u> 20 Yaş üzeri, 2 yılda bir 40 Yaş üzeri, yılda bir <u>Mamografi</u> 40-69 yaş arası, 2 yılda bir	Rahim Ağzı <u>Smear Testi</u> 30-65 Yaş arası, 5 yılda bir <u>HPV Testi</u> 30-65 Yaş arası, 5-10 Yıl	Kalınbağırsak <u>Diskıda Gizli Kan Testi</u> 50-70 Yaş arası, 2 yılda bir <u>Kolonoskopi</u> 51 ve 61 Yaş, 10 yılda bir
---	--	--



TC Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
www.thsk.gov.tr

Türkiye’de Kanser Kontrolü 2017

Meme Kanseri Tarama Standartları

1. 20 yaş üzeri kadının kendi kendini muayenesi

2. 20 yaş üzeri 2 yılda bir 40 yaş üzeri her yıl doktorun meme muayenesi ve
3. 40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi.

Öncelikle taramalar toplum tabanlı planlanmamış. Yapılan uygulama aile hekiminin başvuran hastasına kanser taraması yaptırıp yaptırmadığını sorması. Topluma yayılan bir diğer nokta pratikte aile hekiminin hastası aracılığı ile topluma ulaşması ve diğer kadınları da kanser taramaya davet etmesi. Uygulama içinde aile hekimliği çalışanlarının hastalarıyla birlikte bulunduğu güçlü ancak ne yazık ki neredeyse tek toplum katılımı yöntemi bu. Meme kanseri için de bu yöntem kullanılıyor.

Ülkemiz ulusal rehberinde hekimler için tanımlanan görevlerden ilki 29 yaş üzeri her kadını 2 yılda bir 40 yaş üzeri her yıl muayene etmesi mevcut. Pratikte yapılmıyor ve güncel uluslararası kılavuzlarda da bu yöntem toplum temelli kanser taraması olarak önerilmiyor. Ulusal standartta hangi kanıta dayalı olarak duruyor bakanlık açıklaması mevcut değil.

Rehberin hekime verdiği ikinci görev 40-69 yaş arası 2 yılda bir mamografi çekilmesi. Mamografi ASM'lerde yapılan bir uygulama değil. Hekim hastasına mamografi yaptırtmasını öneriyor. Hasta herhangi bir yerde mamografi çektiriyor. Gelen sonuç BI-RADS sınıflamasına göre aile hekimliği yazılımına girilerek kanser taraması yapılmış olarak kabul ediliyor. **Mamografi çekiminin nerede, hangi cihazla, hangi teknik ekiple çekildiği ve hangi radyolog tarafından değerlendirildiği ya da değerlendirilmediği standardize edilmiş değil. Yapılan sadece hastanın bir mamografi sonucu getirmiş olması.**

Rahim Ağzı Kanseri Tarama Standartları

1. 30-65 yaş arası 5 yılda 1 smear testi
2. 30-65 yaş arası 5-10 yılda 1 HPV testi

Çok basit iki görev tanımlanmış. Ancak ilki yapılmıyor. Daha doğrusu HPV ile birlikte smear alınıyor ancak sadece HPV + çıkanlar-

da smear örneğine bakılıyor. Yani alınan smear örneklerinin %96'sı boşa alınıyor. 2. görev tanımı ise HPV testi ancak ona da 5-10 yılda bir denilerek boşluk bırakılmış. 5 değil 7 yılda bir alınsa olabilir gibi ama o zaman da rehber standardının ilk kademesi yapılmamış olacak. Gerçi o kademe esasta hiç yapılmıyor gibi. Pratikte de bakanlık bürokratları bize 5 yılda bir HPV örneği almamız yönünde baskı yapıyor. Burada sahanın bir diğer önemli sorunu ülkemizde kadınların zaten kadın doğum hekimleri tarafından muayene edilirken pap-smear alınmış olması. Hastalar zaten ben testi yaptırdım diyerek aile sağlığı merkezinde yeniden test olmuyor.

Kolon Kanseri Tarama Standartları

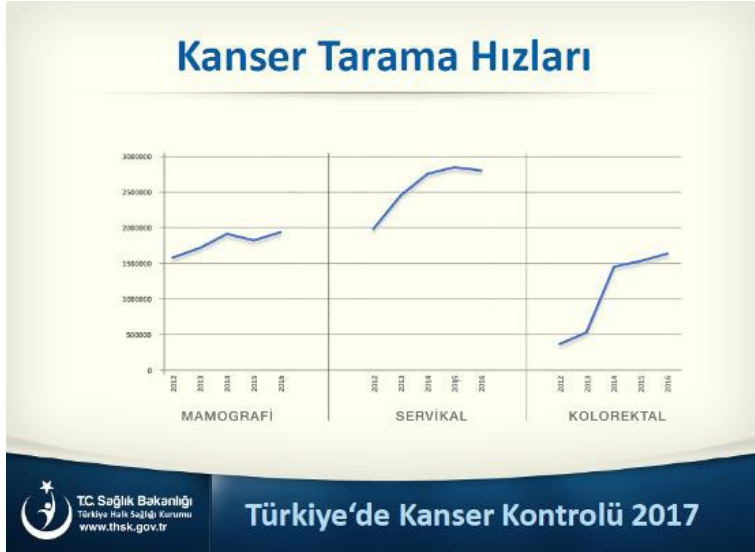
1. 50-70 yaş arası herkese 2 yılda bir GKG
2. 51 ve 61 yaşta herkese kolonoskopi, 10 yılda bir

Kolon kanseri taraması da oldukça yalın. Ancak burada da sahada bazı sorunlarla karşı karşıyayız. Öncelikle ilk GKG kitleri kart testi şeklinde idi. Hasta dışkı örneği ile verilen kartla ya da dışkı örneğini getirerek ASM'de sağlık personeli kartla test yapıyordu. Bu testler daha sonra kaldırıldı ve yeni kitler gönderildi. Testlerle gelen yazıda eski test yapılmış hastalara da tekrar test yapılabileceği belirtildi. Eski testlere dair bir güven sorunu oluşturan bu yaklaşım sorunlardan biri. Diğer sorun ise kolonoskopi meselesi. Kolonoskopi herkese yapılmıyor GKG pozitif çıkanlara yapılıyor. Bu durum tarama standartlarının dışında. Bu standart dışılık nedeniyle oluşabilecek bir geç tanıdan kim sorumlu olacak sorusunun yanıtı muhtemelen hastanın aile hekimi olacak gibi duruyor. Yine kolonoskopi altın standart olduğu için negatif çıkmış bir hastada ardından hangi yıllarda GKG gerektiği belirsiz. GKG pozitif kolonoskopi pozitif çıkmış hasta ise kanser hastası olarak başka bir yoldan takip edilmeli ancak pratikte zaten kolon kanseri olan hastada bizim erken tanı için yine de GKG almamız talep ediliyor. Çok basit bir rehberi daha ne kadar karıştırabilirdik üzerinde çalışmadan ya da hiç pratiği düşünmeden yanıtlamak kolay değil.

Kanser Tarama Rakamlarımız Nasıl?

Tüm bu eksik organizasyona rağmen bakanlık verilerinde kanser taramalarına baktığımızda birinci basamak çalışanlarının kanser tarama verilerini roket hızı ile artırdığını görebilirsiniz. 2016 yılında yapılan 1 milyona yakın kolon kanseri taramasının hemen tümünün aile hekimliğinde yapıldığı görünüyor. Rahim ağzı kanseri taramasında da benzer bir tırmanış var. ASM'de yapılamadığını belirttiğimiz mamografi ise durağan, artan azalan bir artış ile seyreliyor.

2012-2016 yılları Türkiye geneli kanser tarama sayıları (ASM+Hastane sayıları).



2012-2016 yılları Türkiye geneli kanser tarama sayıları (ASM sayıları).



Sayın Sağlık Bakanlığı İlgili birimi,

Ülkemizde 2015 yılından beri birinci basamak sağlık kuruluşlarında en sık görülen kanser türleri konusunda toplum tabanlı kanser taramaları yapılmaktadır.

- Serviks kanseri 30-65 yaş arası 14 milyon kadın (Yılda yaklaşık 3 milyon kişi tarama programında; her beş yılda bir tekrarlanacak)
- Meme kanseri 40-69 yaş arası 12 milyon kadın (Yılda yaklaşık 6 milyon kişi; her iki yılda bir tekrarlanacak)
- Kolon kanseri için 50-70 yaş arası 13 milyon kişi (Yılda yaklaşık 6 milyon kişi; her iki yılda bir tekrarlanacak)

Kanser taraması için yılda yaklaşık 15 milyon kişinin taranması gerekmektedir. ASM pratiğinden bildiğimiz üzere bir tarama için tarama öncesi davet, tarama uygulaması ve tarama sonrası sonuçları hastaya konulması için en az 3 ayrı müdahale gerekmektedir. Bu durumda yıllık tarama hedeflerine ulaşmak için yaklaşık 45 milyon yeni poliklinik gerekmektedir.

Son iki yıldır birinci basamak hekimleri, polikliniklerde bekleyen hasta baskısı altında taramaları yürütmeye çalışmıyordur. Bu çalışmalar arasında ikinci basamakla koordinasyon kurulumunun olmaması, aile sağlığı merkezlerinde personel ekibinin giderilmesinde güllü birgün soruna rağmen aile hekimleri çalışmalarını devirleyle sürdürmüştür. Serviks, Meme, Kolon kanseri taramaları ve bu kanserlerden ölümlerin önlenmesi konusunda birinci basamağın sorumluluğu başında yürütmemiz bir çalışmaya veri okuturması amacıyla, konuyla ilgili veri ve görüşlere ihtiyacımız vardır.

Sayın Yetkili,

Yapılan taramaların sonuçlarının ve taramalarda hataların/eksikliklerin bilimsel veri olarak sahaya yansıtılmasının toplum sağlığı açısından faydası tartışılmazdır.

Alanın temel aktörü olarak tarafımızdan verilecek aşağıdaki soruların yanıtlarına gereksizim duymaktayız. Bu konudaki değerli yardımlarınızı esirgemeyeceğinizi ve 15 Şubat 2017 tarihine kadar bir yanıt vereceğinizi umuyor çalışmalarınızda başarılar diliyoruz.

Saygılarımla

TTB Aile Hekimliği Kolu

1. 2015 ve 2016 yılları için Serviks, Meme, Kolon kanseri tarama sayıları mevcut mudur? Bu sayılara göre hedeflere ulaşılmış mıdır? Ne kadar ulaşılmıştır?
2. Yapılan tarama testleri sonucunda kaç olgu yakalanmıştır?
3. 2017 yılı için hedeflenen kanser tarama sayıları var mıdır? 2017 yılında yeni tarama başlıkları açılması planlanmakta mıdır?
4. 2014 kanser taramaları kısa raporuna göre 2014 yılında 2. ve 3. basamakta yapılan 2 milyona yakın mamografi, 3 milyona yakın serviks kanseri taraması ve 1.5 milyona yakın kolorektal kanser taraması kayıtlı mevcuttur. Hastanelerde yapılan bu tarama bilgilerinin aile hekimleri ile paylaşımı ve tekrar örnek alınımın önlenmesi sağlanacak mıdır?
5. Taramaların pozitif ya da negatif bir performans uygulaması içinde yer almasının planlanması konusunda görüşleriniz nelerdir?
6. Varsa, toplum tabanlı kanser taramaları ile ilgili uzmanlık dernekleriyle yapılan çalışmalar; bizimle paylaşılabilir misiniz?

Sağlık Bakanlığına Bu Soruları Sorduğumuzda Ne Yanıt Aldık?

Ülkemizde 2015 yılından beri birinci basamak sağlık kuruluşlarında en sık görülen kanser türleri konusunda toplum tabanlı kanser taramaları yapılmaktadır.

- Serviks kanseri 30-65 yaş arası 14 milyon kadın. (Yılda yaklaşık 3 milyon kişi tarama programında; her beş yılda bir tekrarlanacak),
- Meme kanseri 40-69 yaş arası 12 milyon kadın (yılda yaklaşık 6 milyon kişi; her iki yılda bir tekrarlanacak)
- Kolon kanseri için 50-70 yaş arası 13 milyon kişi (yılda yaklaşık 6 milyon kişi; her iki yılda bir tekrarlanacak)
- Kanser taraması için yılda yaklaşık 15 milyon kişinin taraması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezleri pratiğinden bildiğimiz üzere bir tarama için tarama öncesi davet, tarama uygulaması ve tarama sonrası sonucun hastayla konuşulması için en az 3 ayrı muayene gerekmektedir. Bu durumda yıllık tarama hedeflerine ulaşmak için yaklaşık 45 milyon yeni muayene gerekmektedir.

Bu doğrultuda yapacağımız toplum tabanlı kanser taraması çalıştayında konuyu değerlendirmek için veri ve görüşlerinize ihtiyacımız vardır.

Sağlık Bakanlığına Aile Hekimliği Kolumuzun yazdığı ve bilgi talep ettiği sorular yukarıda.

Ancak Sağlık Bakanlığı bizlerle rakamları paylaşmak yerine iş yükü ile ilgili şu metni

paylaştı;

- *“Yazınızda dile getirmeye çalıştığınız iş yükü aile hekimlerinin en önemli varlık sebebidir. Aile hekimleri sorumluluklarını üstlendikleri bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini birebir vermek ve onları her türlü sağlık ris-*

kinden korumak üzere hizmet ederler. Dolayısıyla kayıtlı bireylerin hayatına dokunma fırsatı veren kanser taramaları, aile hekimlerinin büyük bir zeuk ve mesleki tatmin ile verecekleri bir hizmet alanı olacaktır. “

- Hastanın davetini de bir muayene teması olarak değerlendirdiğiniz ve 45 milyon muayene olarak yorumladığınız iş yükü bugün aile hekimi başına günde sadece 8 temas anlamına gelmektedir.
- Bu hesapta bile vatandaşların taramalara katılımı için Bakanlığın farkındalığı artırma çalışmaları, mobil araçlar, aile sağlığı çalışanlarının rolleri ve bütünleşik sağlık bilgi sistemi sayesinde tekrarlayan işgücü kaybını önleyen fırsatçı taramalar da dikkate alınmamıştır.
- HPV DNA ile yürütülen servikal kanser tarama programımız ile Türkiye HPV haritasının oluşması sağlanmış ve yaklaşık 9000 kişi kanser öncesi preinvaziv dönemde saptanarak, ileri merkezlere yönlendirilerek erken tanı ve tedavi şansına sahip olmuştur.
- HPV testi pozitif olan 100.000 olguda yaklaşık 400 kanser öncülü lezyon ve yaklaşık 20-25 kanser yakalanmaktadır. Ayrıca tespit edilen kanser olgularının %90’dan fazlası 1. evre olup yılda yüzlerce kadının hayatı kurtulmaktadır.
- Halen yürüttüğümüz tarama programlarına kısa vadede yeni bir tarama eklenmesi düşünmemekteyiz.
- Vatandaşlarımızın gereksiz yere tekrar tekrar tarama programına girmemeleri için gerekli tedbirleri almış durumdayız. Aile hekimlerimizin sorumluluğunu üstlendikleri vatandaşların tarama bilgilerine ulaşabilmeleri için çalışmalarımıza devam ediyoruz.
- Kanser taramalarının bir performans göstergesi olarak değerlendirilmesini benimsemiş durumdayız. Uygula-

manın ne şekilde olacağı konusundaki değerlendirmeler devam etmektedir.

Resmi yanıtlar bunlar. İş yükü meselesini anlamamışlar. Sağlık ortamını ve halkın sağlığını performans uygulaması ile mahvettikleri için günde 8 muayene artışını küçümsüyorlar. Günde 100- 150 poliklinik yapmayı ya da acilde bir hekimin 3100 kişiyi görmesini normal gördükleri için bu sayı onlara az geliyor. Oysa bir hastaya ayrılması gereken 20 dakikalık süreden çalarak yaptıkları bu hesap aslında halkın sağlığına ölümcül bir darbedir.

Ek bir tarama eklemeyi düşünmemektediriz dedikten sonra 5-19 yaş arası herkese okul taraması ve 18-36 ay arası herkese Otizm taramasını eklediler. Bununla yetinmeyip bir seçim yatırımı olarak toplum sağlığına hiç bir faydası olmayan, aksine sağlığa zararları gösterilmiş 18 yaş üstü herkese check-up uygulaması adı altında toplumdan şehir hastanelerine müşteri çıkartma programı başlattılar. Düşünmedikleri şey muhtemelen sağlık çalışanlarının ve toplumun sağlığı.

HPV DNA tarama sonuçlarına dair verdikleri yanıt ise gerçekten trajik. 100.000 olguda 20-25 vaka yakaladıklarını belirtmişler. Bu oran kadınlarda görülen rahim ağzı kanseri sıklığının 5-6 katına karşılık geliyor. Doğruluğu şüpheli bu bilgiyi verili gerçek diye kabul etsek bile tüm çaba zaten yarısı erken tanınan 20 kanser vakasını başka bir yolla yakalamak. Yüzbinlerce kişiye yönelik tüm çaba 10 kişi için harcanıyor.

İleri merkezlere yönlendirme meselesinin de doğru olmadığını birazdan yine kendi yayınladıkları veriler ile paylaşacağız.

Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women

Murat Gültekin^{1,2}, Mujdegul Zayıfoğlu Karaca³, İrem Kucukyıldız³, Selin Dunder³, Guledal Boztas³, Hatice Semra Turan³, Ezgi Hacikamiloglu³, Kamil Murtuza⁴, Bekir Keskinilic³ and İrfan Sencan³

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Hacettepe University Medical School, Sıhhiye, Ankara, Turkey

² Division of Gynecologic Oncology, Hacettepe University Medical School, Sıhhiye, Ankara, Turkey

³ Department of Cancer Control, Public Health Institute of Turkey, Ankara, Turkey

⁴ National HPV Laboratory, Turkey

History: Received 30 Sep 2017; Accepted 4 Dec 2017; Online 13 Dec 2017

Bakanlığın HPV tarama programı makalesi. İlk bir milyon HPV taraması ile Sahadaki

uygulamanın sonuçları ve bakanlık tarafından sahadaki uygulamanın nasıl anlatıldığını

gösteriyor. Makale yazarları bakanlıktan ve MEGA laboratuvar çalışanlarından oluşuyor. Başarılı olduklarını iddia etmişler.

In 2014, Turkey redesigned the screening program including a revamped local call and recall strategy and a centralized and fully automatized monitoring of individual screening status, with HPV tests as the primary screening tool, well defined national algorithms—including extended screening intervals and referral protocols, a single nationwide centralized diagnostics laboratory, and a sustainable agreement with the diagnostics industry. The system allows for fully traceable, real time monitoring of visits and specimens by the centralized screening program.²¹ This article reports initial result for the first 1 million women screened.

Her şey rehberli ve tümüyle takip edilir diye belirtilmiş. Bu takip meselesini aklımızda tutalım. Bunun doğru olmadığını makalenin aynı sayfasında iki paragraf sonra açıklamak zorunda kalmışlar.

Turkey's primary health system contains 24.000 family physicians. Family physicians were trained by Ministry of Health for pap-smear sampling and intra-uterine device insertion before the beginning of the project. This included 5 days' theoretical training together with hands-on practice. In addition to this, family physicians have ongoing web based training modules and on-site trainings for all the health services they provide (including cancer screening). They have to attend to these trainings legally to be licensed by Ministry.

Aile hekimliği çalışanları sayısını en başta iş yükü analizinde belirtmiştim. Ülkemizde ne yazık ki 24 bin aile hekimi yok. Bahsettikleri 5 günlük eğitim ise isteyenlerin katıldığı 5 günlük üreme sağlığı eğitimi. HPV taramaları için büyük salonlarda toplu olarak 2 saatlik slayt seti gösterildi.

Population records are kept nationally by a standardized software system. This software brings the eligible target population for invitation and screening automatically to each family physician. A survey of the individuals' contact details database indicated that 83.7% of the individuals' telephone numbers and 88.7% of individuals' addresses are recorded correctly.²² Family physicians invite women *via* either e-mail/telephone/face-to-face interviews/brochures or letter invitation according to local practice. In case of no response, a new invitation is resent annually and if no response after five years' women are recorded as "rejected screening." The invitation process data were not recorded by centrally but are available in family physician records.

Ne yazık ki bu veri de doğru değil. Makalede topluma erişim için refere ettikleri bu sayıların geldiği çalışmayı yapanlara ulaşmaya çalıştım. Onlar çalışmalarını savunmadılar ve internet üzerinden örneklem alınmadan öylesine yapılmış bir 100 kişiye sorduk anketini ve nasıl toplandığı belli olmayan sayıları verili gerçekmiş gibi yansıtmışlar.

HPV positive women with abnormal cytology or who are HPV 16 or 18 positive are referred for colposcopy, which is performed free of charge in a post-screening diagnostic center, at least one of which is provided in each province of

All the screening data are registered in a web-based central national health information system since the beginning of the project to avoid data loss. However, postscreening data (colposcopy and final pathology results) were collected regionally (from the secondary and tertiary health care centers) by the cancer registry staff since the registries were not linked to screening until 2016. Therefore, data on histologic findings is currently incomplete and only available data (35%) is reported here. When compared with each other, these two groups (patients with final follow up data vs. patients with lost to follow up) were almost similar with respect to age. However, a great majority of lost to follow-up

Eğitim ve hastalara ulaşım bilgileri gerçek değil. Ücretsiz tarama yapıldığı doğru ve sonrası tanılama için kolposkopi yapılıyor ancak 2016'ya kadar tarama sonrası hastaları takip etmediklerini yazmışlar. Takip ettiklerini iddia ettiklerinde ise sonuç ne olmuş bakalım.

To evaluate the Turkey's nationwide HPV DNA screening program on the basis of first 1 million screened women. Women over age 30 were invited for population based screening via HPV DNA and conventional cytology. Samples were collected by family physicians and the evaluations and reports had been performed in the National Central HPV laboratories. The acceptance rate for HPV based cervical cancer screening after first invitation was nearly 36.5%. Since HPV DNA tests have been implemented, cervical cancer screening rates have shown 4–5-fold increase in primary level. Through the evaluation of all, HPV positivity was seen in 3.5%. The commonest HPV genotypes were 16, followed by 31, 31, 52 and 18. Among the 37,515 HPV positive cases, cytological abnormality rate was 19.1%. Among HPV positive cases, 16,962 cases had HPV 16 or 18 or other oncogenic HPV types with abnormal cytology ($\geq$ ASC-US). These patients were referred to colposcopy. The colposcopy referral rate was 1.6%. Among these, final clinico-pathological data of 3,499 patients were normal in 1,985 patients, CIN1 in 708, CIN2 in 285, CIN3 in 436 and cancer in 85 patients and only pap-smear program could miss 45.9% of $\geq$ CIN3 cases. The results of 1 million women including the evaluation of 13 HPV genotypes with respect to prevalence, geographic distribution and abnormal cytology results shows that HPV DNA can be used in primary level settings to have a high coverage rated screening program and is very effective compared to conventional pap-smear.

1 milyon taramada HPV pozitiflik %3.5 olarak verilmiş. Bu oran güncel sıklık ile uyumlu. Ardından onkogen HPV tür sayısı verilmiş. Burada yüzdeden rakama geçilmiş. Taramada sadece %1,5 pozitiflik var demek istememişler sanki.

To evaluate the Turkey's nationwide HPV DNA screening program on the basis of first 1 million screened women. Women over age 30 were invited for population based screening via HPV DNA and conventional cytology. Samples were collected by family physicians and the evaluations and reports had been performed in the National Central HPV laboratories. The acceptance rate for HPV based cervical cancer screening after first invitation was nearly 36.5%. Since HPV DNA tests have been implemented, cervical cancer screening rates have shown 4–5-fold increase in primary level. Through the evaluation of all, HPV positivity was seen in 3.5%. The commonest HPV genotypes were 16, followed by 51, 31, 52 and 18. Among the 37,515 HPV positive cases, cytological abnormality rate was 19.1%. Among HPV positive cases, 16,962 cases had HPV 16 or 18 or other oncogenic HPV types with abnormal cytology (>ASC-US). These patients were referred to colposcopy. The colposcopy referral rate was 1.6%. Among these, final clinico-pathological data of 3,499 patients were normal in 1,985 patients, CIN1 in 708, CIN2 in 285, CIN3 in 436 and cancer in 85 patients and only pap-smear program could miss 45.9% of $\geq$ CIN3 cases. The results of 1 million women including the evaluation of 13 HPV genotypes with respect to prevalence, geographic distribution and abnormal cytology results shows that HPV DNA can be used in primary level settings to have a high coverage rated screening program and is very effective compared to conventional pap-smear.

Makalenin başında hastaların tümüyle takipli olduğunu söylemişlerdi.

Bakin tümüyle takipli hastalara ne olmuş;

1 milyon taramada 37.515 HPV pozitif olgu yakalanmış, bunların 16,692'si onkogen gen içeriyor ve kolposkopiye yönlendirilmiş. Bu 16,692 kişiden sadece 3,499'una ait Patoloji sonuçları elde mevcut. Kolposkopiye gönderilenlerden sadece %25'e yakınının patoloji sonuçları mevcut. Yani 1 milyon kişiyi taramışız ancak taradıklarımızdan pozitif çıkanların yüzde sekseni kayıp.

Bu vakalar nerede? Kolposkopiye gitmediler mi? Sonuçları hiç almadılar mı? Bilemiyoruz ama bu verilerle söyleyebileceğimiz 1 milyon taramadan 800 bini boşa yapılmış.

Hatırlarsanız, tümüyle monitörize edilebilen takip edilen bir programdaydık.

To evaluate the Turkey's nationwide HPV DNA screening program on the basis of first 1 million screened women. Women over age 30 were invited for population based screening via HPV DNA and conventional cytology. Samples were collected by family physicians and the evaluations and reports had been performed in the National Central HPV laboratories. The acceptance rate for HPV based cervical cancer screening after first invitation was nearly 36.5%. Since HPV DNA tests have been implemented, cervical cancer screening rates have shown 4–5-fold increase in primary level. Through the evaluation of all, HPV positivity was seen in 3.5%. The commonest HPV genotypes were 16, followed by 51, 31, 52 and 18. Among the 37,515 HPV positive cases, cytological abnormality rate was 19.1%. Among HPV positive cases, 16,962 cases had HPV 16 or 18 or other oncogenic HPV types with abnormal cytology (>ASC-US). These patients were referred to colposcopy. The colposcopy referral rate was 1.6%. Among these, final clinico-pathological data of 3,499 patients were normal in 1,985 patients, CIN1 in 708, CIN2 in 285, CIN3 in 436 and cancer in 85 patients and only pap-smear program could miss 45.9% of $\geq$ CIN3 cases. The results of 1 million women including the evaluation of 13 HPV genotypes with respect to prevalence, geographic distribution and abnormal cytology results shows that HPV DNA can be used in primary level settings to have a high coverage rated screening program and is very effective compared to conventional pap-smear.

Peki tüm bu HPV taramasının maliyeti ne kadar? Ya da kime para kazandırıyoruz?

Sağlık Bakanlığı verileri paylaşmasa da kitlerin üzerindeki bilgiden satıcı firmaya ulaştık. QIAGEN firmasının web sitesinde kitlerin satış fiyatı yazıyor. 40 testin fiyatı 2851 dolar. 1 milyon HPV testi için kullanılacak 25 bin kitin maliyeti 71 milyon 275 bin dolar.

QIAGEN Shop Products Resources Support About QIAGEN Careers Search

Home - Shop - Detection Solutions - Human Pathogens - digene HC2 HPV DNA Test

Detection Solutions

- Animal Pathogens 7
- Cervical Screening 8
- Food Safety 44
- HPV Testing 3
- Human Identity 5
- Human Pathogens 9**
- Personalized Healthcare 38
- Prenatal Testing 2
- TB Testing 2
- Transplantation Testing 8

digene HC2 HPV DNA Test

For detection of human papillomavirus infections

- Detection of 13 high-risk and 5 low-risk HPV types
- FDA-approved and CE-IVD marked HPV test
- Uses full genome probes

The digene HC2 HPV DNA Test is an in vitro microplate assay based on signal-amplified nucleic acid hybridization that uses chemiluminescence for the qualitative detection of 18 types of human papillomavirus (HPV) DNA in cervical specimens. The digene HC2 HPV DNA Test can differentiate between 2 HPV DNA groups, low-risk and high-risk types.

Buy Products Product Details Product Resources

Cat No: 11961220
digene HC2 HPV DNA Test
[Click for more details related to](#) Probe Diluent, Low-Risk HPV Probe, High-Risk HPV Probe, Quality Controls, Calibrators, Capture Microplate, Reagents, and Buffers

\$2,851.00 [Order Product](#)

The digene HC2 HPV DNA Test is intended for in vitro diagnostic use.

QIAGEN ABOUT US INVESTOR RELATIONS NEWSROOM

Net sales: \$396.9 million
Adjusted net sales: \$397.1 million

Net sales: \$1.418 billion
Adjusted net sales: \$1.419 billion

	Adj. Sales (In \$ m)	% CER change	% of sales	Adj. Sales (In \$ m)	% CER change	% of sales
Americas	\$176	7%	44%	\$655	4%	46%
Europe / Middle East / Africa	\$134	6%	34%	\$463	9%	33%
Asia-Pacific / Japan ⁽¹⁾	\$86	1%	22%	\$299	7%	21%

(1) Asia-Pacific / Japan region excludes business portfolio changes (Q4 2017: 5% CER, FY 2017: 12% CER). Top 7 emerging markets: Brazil, Russia, India, China, South Korea, Mexico and Turkey (Q4 2017: \$71 million, 9% CER, 18% of sales; FY 2017: \$234 million, 13% CER, 16% of sales). Q4 and FY 2017: Rest of world represented less than 1% of net sales. Growth rates at constant exchange rates (CER), sales and sales contributions at actual FX rates. Tables may have rounding differences.

Fourth quarter 2017 results

Net sales rose 8% at actual rates to \$396.9 million in the fourth quarter of 2017 over the year-ago period, representing 3% CER growth plus about three percentage points due to positive currency movements against the U.S. dollar. Adjusted net sales including all revenues from the acquisition of the bioinformatics company QimioSoft (January 2017) rose 6% CER over the fourth quarter of 2016. In the fourth quarter of 2017, QIAGEN

Yine firmanın web sitesinden alınan bilgede Türkiye'nin dahil olduğu 7 emerging market ülkesine 234 milyon dolar satış yapılmış.

Önemi ve sıklığı ile tam olarak tarama kriterlerini doldurmayan bir hastalık için milyonlarca dolar harcıyoruz. Buraya ayrılan bütçe ile yüzlerce yeni kamu aile sağlığı merkezi açmak ve çok daha fazla ölümü engellemek mümkündür. Biz maliyetleri ve bunun sağladığı faydayı yeniden gözden geçirmeliyiz.

Peki, hekimlerin kanser tarama farkındalığı yeterli mi?

Toplum tabanlı kanser tarama yapabilmek için toplumda bir farkındalık oluşturmak önemli. Bakanlığın bu yönde çok fazla çalışması yok. Bunun sonucunu da bu konuda yapılmış farklı çalışmalara baktığımızda görüyoruz. Öncelikle kanser hastalığını ve erken tanıyı en iyi bilen, kanser tarama uygulamalarına erişim konusunda en az sıkıntı yaşamaması muhtemel grup olan sağlık çalışanlarında kanser tarama bilgi ve tutum çalışmalarına bakarak durumu görelim.

Ankara Med J, 2017;(1):73-83
DOI: 10.17098/amj.95107

Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Knowledge, Attitudes and Behaviors of Health Workers About Cancer Screenings

Cantürk Kaya¹, Yusuf Üstü², Esra Özyörük³, Önder Aydemir⁴, Çiğdem Şimşek⁵, Ayşe Demirci Şahin⁶

Urfa ili genelinde yapılan çalışmanın sonucunda kanser tarama standartlarını doğru bilme oranı ne yazık ki yüzde 11-23 oranında.

Amac; Araştırma, Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı aile sağlığı merkezleri (ASM)

ve toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) çalışan sağlık çalışanlarının **Ulusal Kanser Tarama Standartları (UKTS)** hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem; Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa'da ASM ve TSM lerde çalışan 1019 sağlık çalışanı (hekim ve hekim dışı) oluşturmuş; araştırmaya 776 kişi

katılmıştır. Araştırma verisi, yapılandırılmış bir anket ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %25.4'ü hekim, %74.6'sı aile sağlığı elemanı (%27.2'si hemşire, %36.1'i ebe, %10.8'i acil tıp teknisyeni, %0.5'i sağlık memuru)dır. **Sağlık çalışanlarının UKTS içinde yer alan her bir programı (meme kanseri tarama programı, serviks kanseri tarama programı, kolorektal kanser tarama programı) bilme düzeyleri %11.2 ile %23.2 arasında değişmektedir.** Tüm UKTS'nı doğru bilme düzeyi %6.3 olup, tüm UKTS'nı doğru bilme daha önce eğitim alanlarda ve hekim dışı sağlık çalışanlarında daha yüksek bulunmuştur.

Sonuc: Birinci basamak sağlık çalışanlarının UKTS hakkındaki bilgi düzeyleri düşüktür ve eksik programlarla ilgili bilgi açığının hızla kapatılması gerekmektedir.

Hastanede çalışan kadınlarda meme kanseri tarama (mamografi) oranı yüzde 22

Özgün Araştırma / Original Article

J Breast Health 2015; 11: 31-8
DOI: 10.5152/tjbh.2014.2322

Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi

Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education

Ayla Açıköz¹, Rüksan Çehrelî², Hülya Ellidokuz²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Preventif Onkoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Samsun ilinde kadınlarda meme kanseri tarama (mamografi) oranı yüzde 37

Özgün Araştırma / Original Article

J Breast Health 2015; 11: 115-22
DOI: 10.5152/tjbh.2015.2547

Samsun'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ile İlgili Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Practice of Breast Cancer Early Diagnosis Methods among Women Living in Samsun, and Factors Associated with This Practice

Bulgular: Kadınların %80,5'i kendi kendine meme muayenesini (KKMM) duymuştur. KKMM'yi duyan kadınların %12,6'sı düzenli aralıklarla ayda bir kez KKMM yaptığını belirtmektedir. Kadınların %30,4'ü en az bir kez sağlık personeline kendilerine klinik meme muayenesi (KliMM) yapıldığını, kırk yaşından büyük kadınların %36,8'i ise en az bir kez mamografi yaptırdığını belirtmektedir. Kadınların, KKMM yapmalarında yaş, meme sağlığı konusunda eğitim almış olma, ciddiyet/önemseme, KKMM engelleri ve özetkililiğinin; KliMM yapmalarında yaş, ailede veya yakın çevrede meme kanseri öyküsü bulunan bir tanıdığıın olması ve meme sağlığı konusunda eğitim almış olmanın; mamografi yaptırmada ise yaş, ailede meme kanseri öyküsü bulunan birinin bulunması ve mamografi engellerinin etkili olduğu saptanmıştır.

Birinci Basamakta Kanser Tarama Anketinden Veriler

Aile sağlığı merkezinde çalışan meslektaşlarımızın kanser tarama pratiğini değerlendirmek için, sempozyum öncesi online yürütülen bir anket hazırladık. 466 meslektaşımızın katıldığı anket verileri şu şekilde idi:

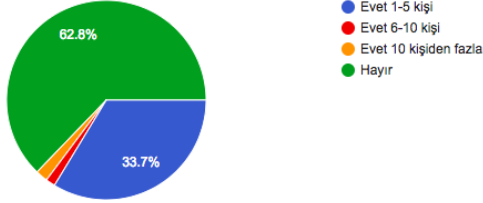
- %55'i kadın,
- %5'i tek birimli, %49'u 1-4 birimli, %42'si 5-9 birimli ASM'de çalışıyor
- Yüzde 20'sinde AH ya da ASÇ olmayan
- %2 sadece AH, %15'inde sadece ASÇ eksik
- Türkiye genelinden 466 aile hekimi.

Hastalar kanser taraması için ASM'yi tercih ediyor mu?

Bir haftada 300'ün üzerinde başvuru alan bir hekime son bir hafta içinde kanser tarama için başvuru oldu mu diye sorduğumuzda aldığımız yanıt %62 hiç ve % 32 günde 1 veya daha az oldu. Bu gün kanser tarama için başvuran oldu mu sorusuna da hayır yanıtı verenlerin oranı %90 idi. Toplumdaki farkındalık konusunda bu yanıtlar fikir verebilir.

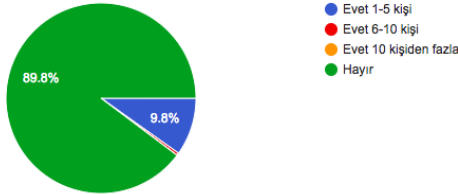
Son bir haftayı düşündüğünüzde biriminize "Kanser taraması yaptırmak istiyorum" diye gelen hastanız oldu mu?

457 responses



Bugün (son iş gününüzde) biriminize "Kanser taraması yaptırmak istiyorum" diye gelen hastanız oldu mu?

459 responses



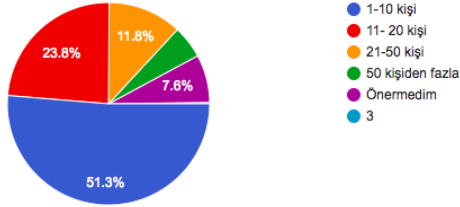
Kaç hastaya kanser tarama öneriliyor?

ASM'de çalışan hekimlere siz bu hafta kaç kişiye kanser taraması önerdiniz diye sorduğumuzda, Önermeyen oranı %7 ve 10'dan az

kişiye öneri oranı ise %51 idi. Tarama oranları daha yüksek olsa da yoğun iş yükü içinde, sadece aile hekimine görev yıkılarak yapılan, organize bir kanser tarama yaklaşımı olmadan toplum tabanlı bir uygulamanın mümkün olmayacağına dair görüşümüze bir destek de bu yanıtlardan geldi.

Son bir haftayı düşündüğünüzde, hastalarınızın ne kadarına kanser tarama önerdiniz?

458 responses

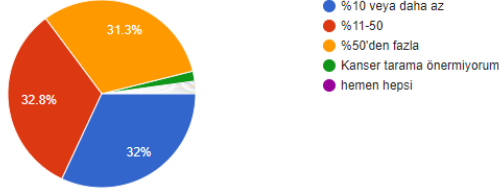


Kanser tarama önerisi kabul ediliyor mu?

Yine toplum kabulüne dair bilgi almak için, kanser taraması önerilen hastaların tarama önerisini kabul oranını sorduğumuzda aldığımız yanıt yine yüz güldürücü değil. Hekimlerin sadece %31'inin hastalarının yarısından fazlası, önerilerini kabul edip tarama sürecine girmişler. %10'dan az kabul oranı da ise %32

Kanser taraması önerdiğiniz hastalarınızın ne kadarı tarama yaptırmayı kabul ediyor?

463 responses

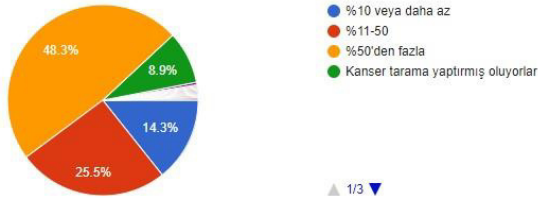


Riskli/riski gören hastalarda kanser tarama önerisi kabul ediliyor mu?

Toplum tabanlı değil risk temelli bir yaklaşım ile tarama kabul oranını artırabilir miyiz diye baktığımızda kabul oranı artıyor ancak sadece %48'e çıkabiliyor. Bu kişiler arasında kanser tarama yaptırmış olanların %9 kadar olması da riski yüksek kişilerde eksikliğe dair bir başka işaret.

Birinci derece akrabaları tarama programında olan kanser tanısı almış hastalarınızın ne kadarı tarama yaptırmayı kabul ediyor?

462 responses

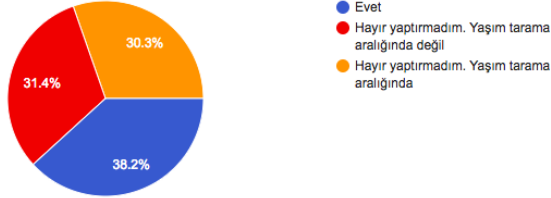


Hekimler kendi kanser taramalarını yaptırmış mı?

Yanıtlayanların %31'i kanser tarama yaş aralığında olmadığını belirtmiş. Kanser tarama yaş aralığında olan grubun ise %44'ü (30,3/68,5) kanser taramalarını yaptırmamışlar.

Kendi kanser taramanızı yaptırdınız mı?

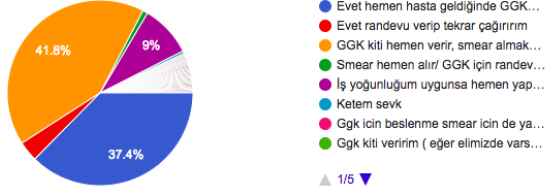
458 responses

**Kanser taramalarının iş yükünüzde yeri**

Gündelik pratikte iş yükünü kanser taraması için başvuran veya önerilip kabul eden hasta için yapılacaklar üzerinden değerlendirdiğimizde hekimlerin %42'si GGK kitin hemen hastaya verebileceğini smear içinse randevu vereceğini belirtmiş, %37 ise hemen GGK kiti verip smear alabileceğini belirtmiş. %9'u ise o anki iş yoğunluğuna göre kanser tarama uygulamasını hemen ya da daha sonraki randevulu bir zaman aralığında yapabileceğini belirtmiş. Bu 3 seçenek dışında ise 37 ayrı seçenek belirtilerek kanser tarama organizasyonunun ilden ile ilçeden ilçeye eldeki imkânlarla göre ne kadar değişken olabileceğine dair bir fikir veriyor. GGK kitini hastaya kim veriyor diye sorduğumuzda %44 hekim, %40 ebehemşire tarafından kit veriliyor. Kalan 34 ayrı yanıt ise yine organizasyondaki farklılığa dair bir işaret olarak alınabilir.

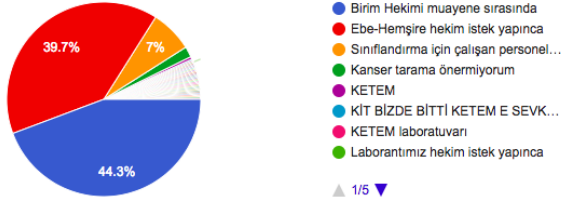
Bugün (son iş gününüzde) biriminize "Kanser taraması yaptırmak istiyorum" diye gelen bir hasta olsa, kanser tarama (GGK veya Smear) yaptırır mısınız?

455 responses



Kolon kanseri taraması kitlerini hastalara kim veriyor?

456 responses

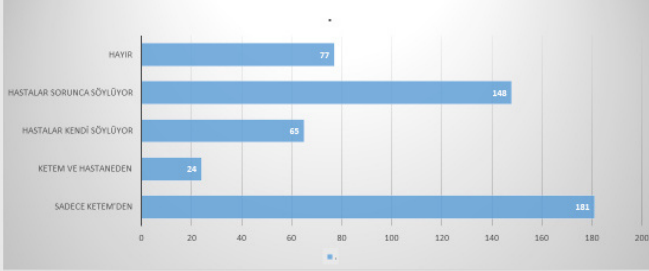


Kanser taramalarının sonuçları ne oluyor?

Kanser taramalarındaki önemli sorunlarda birisi de pozitif tespit edilen hastaların daha sonra ne olduğu. Buradaki belirsizliği Bakanlık 1 milyon HPV tarama sonucu makalesinde pozitif çıkanların sadece %20'sinin kolposkopi sonucunun kayıtlı olmasında görmüştük. Benzer şekilde hastaların başka kurumlarda yapılmış kanser taramalarına dair aile hekimlerinin bilgi alıp alamadıklarını sordüğümüzda yine büyük oranda aile hekimlerine geri dönüş olmadığını görüyoruz. Hekimlerin kendi taramalarında pozitif çıkan sonuçlu hastaların hastane seyrine dair bilgi sahibi olan oranı ise

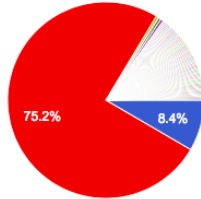
sadece %8,5. Bu soruya yanıt seçeneği ise iyice artmış durumda. Katılımcılar tam 81 ayrı seçenek ile yanıt vermişler.

Hastalarınızın KETEM, hastane vb farklı kurumlarda yapılmış kanser taramalarının sonuçlarından haberdar olabiliyor musunuz?



Yaptığınız kanser taraması sonucu pozitif çıkıp hastaneye gönderdiğiniz hastaların sonuçlarından haberdar olabiliyor musunuz?

452 responses



- Evet hastaneden geri bildirim alabili...
- Hayır hastaneden geri bildirim alam...
- Hastadan bilgi alıyorum
- hastadan geri bildirim alıyorum
- Hasta haber verirse öğreniyorum
- hastaya tembihliyorum beni de bilgil...
- KENDİM HASTADAN DÖNÜŞ SAĞ...
- Hastane geri bildirim yapmıyor ama...

▲ 1/10 ▼

SONUÇ YERİNE

- Kanser taramaların toplum tabanlı olduğunu söylemek fazla iddialı bir söylemdir.
- Kanser taramada asıl amacımız olan pozitif hastanın yönetimi ve erken evrede tedavisi konusunda büyük bir belirsizlik mevcuttur.

- Aile sağlığı merkezlerinde eksik iş gücü ile ve yoğun bir hasta baskısı altında çalışan hekim ve ebe/hemşireler için kanser tarama uygulaması kolay değildir.
- Toplumda kanser tarama farkındalığı ve toplumun yönlendirilmesine dair çalışmalar yoka yakındır.
- Rahim ağzı kanseri başta olmak üzere toplum temelli sağlık müdahalelerinin ülkemizin sağlık ihtiyaçları ve uygulama kültürüne göre organize edilmesi daha faydalı olabilir.
- Kanser taramaları ölüm korkusu ile ve erken tanı ile ölümler önlenir söylemi yapıldıkça günümüz dağınık sağlık ortamında konunun hekimler için hukuki bir sorun haline gelmesi riski mevcuttur.

Aşağıda sahada meslektaşlarımızdan gelen görüşleri görebilirsiniz.

- Sağlık personeli desteği olmadan yapılabilmesi mümkün değil
- Aile hekimliği angaryaları bu tarz işler için şevk bırakmadı. Ayrıca GGK test güvenilirliği çok tartışıldı.
- Kanser taramalarını değil kanserden korunmayı ve sağlıklı yaşamayı öğretmeliyiz.
- Getirilmesi düşünülen tarama oranı uygulaması hekimi hastanın tercihinə saygı duymaz bir hale getirecektir.
- USS veri setlerine kişi istemedi ve histerektomili seçeneği mutlaka eklenmelidir.
- Kanser tanısı almaktan korkuyorlar bu nedenle tarama yaptırmak istemiyorlar.
- İlimizde yapılan kanser taramaları uluslararası ve hatta ulusal tarama kriterlerine uygun değildir. Bu şekliyle tarama yapmak kişileri yanlış yönlendirmeye sebep olmaktadır. Örneğin iki ayrı radyoloğun birbirinden habersiz

raporlaması gerekirken tek imzayla gelebiliyor ve çoğunda Birada 0 rapor ediliyor ki bu kişilerin hastaneye gönderilmesi gerektiriyor

- HPV negatif bulunanların aşılması yapılsa iyi olurdu.
- Sistem histerektomi olmuş, kolon kanseri olmuş, meme ca olmuş kişilerden de tarama istiyor.
- Özellikle taşrada görev yapan bizim gibi hekimler için Smear taramasını anlatmak
- ve uygulamak ciddi problemimiz,
- Ben 8,5 aydır aile hekimi olarak çalışıyorum. Aile hekimliğine başlarken bütün hedef nüfusumun kanser taramalarını yapmak konusunda çok istekliydim. 40-69 yaş meme kanseri taraması için köylere araç dahi ayarladım, kadınlar köydeki evlerinin önünden ücretsiz alınıp, 30-40 km uzaklıktaki ilçedeki KETEM'e götürülecek, tekrar köydeki evine geri bırakılacaktı. Telefonla, yüz yüze bütün hedef nüfusuma ulaştım, defalarca görüşmeler yaptım, hem ben hem de aile sağlığı elemanı çok çalıştık bu konuda. Bütün bu çabalarımıza rağmen ikna edemediğim ciddi sayıda nüfusum oldu. Hal böyle olunca direncim de kırılmaya başladı. Anladım ki kanser taramalarını sadece aile hekimliği biriminin emeği, gayretiyle yürütmek, devamlılığını sağlamak çok mümkün değil. Size kolaylıklar diliyorum.

SORU-CEVAP

Soru 1: Filiz Ünal: Kolon kanseri taramalarında gaitada gizli kan kart testi kullanılması ne kadar doğru? Kolon kanserleri genellikle soldadır ve kanaması daha zordur diye bilinir, öyleyse GGK ile tarama ne kadar güvenilir, kolonoskopi daha uygun değil mi?

Cevap 1: Doç. Dr. Emel İRGİL Tüm dünyada bu çalışma yapılmış kolonoskopi önerilmiyor, Dünya Sağlık Örgütü'nde önermi-

yor. Yine de gaitada gizli kan ile taramaya devam etmek lazım. Ancak bu nedenle bazı ülkelerde yılda bir yapıyor.

Ayrıca bu taramalar tek başına yeterli değil. Gelişmiş İsveç gibi ülkelerde birincil korumaya çok önem veriliyor. Birincil koruma, tarama ve en son kanserden ölüm sayılarını net olarak verebiliyorlar. Sağ kalım süreleri, kanserden korunma oranları istatistiki olarak paylaşılıyor.

Mamografinin mortaliteyi düşürmüyor tezi de bu açıdan değerlendirilmeli, birincil koruma olmadan mortalite yalnızca taramalarla düşürülemez. Birincil koruma, tarama ve riskli grupların sistematik olarak takibi mortaliteyi düşürür. Mamografinin birbirinden habersiz iki radyolog tarafından ve merkezi okunması ülkemiz için çok kıymetli.

Soru 2: Özgür Nehir: Mamografi ile yapılan testler ile ilgili çalışmalar incelendiğinde 50 yaş üstü 1000 kadın 10 yıl süreyle takip edilmiş. Bu veriyi baz aldığımızda Cochrane çalışması sanki haklı gibi, mamografi anlamsız.

Cevap 2: Doç. Dr. Sultan ESER: Bu gelişmiş ülkelerin, birincil koruma ve takipleri yapılan hastaların sonuçları. Bizim ülkemizde sonuçlar böyle gelmez, aldanmayalım. Çok uzun süredir tarama yapıyorlar mamografinin etkinliği mortaliteyi % 25-30 azaltıyor.

Bence taramalarda asıl sorun bu, biz ülkemizde bu taramalara başlarken bunları hiç tartışmadık. Taramaların bilimsel kriterleri, yaşanacak sorunlar, yetiştirilecek ekip ve iş akış şeması nasıl olmalı, ülkemizin ihtiyacı nedir tartışmasını hiç yapmadık.

Soru 3: Ahmet Aras: Bence taramalar yapılmalı, ancak ASM ler buna uygun mu, hasta bizden yeterince bilgi alabiliyor mu, yaptığımız iş için ekip ve ekipman açığımız var mı? Bence var ve yaptığımız iş bizi tatmin etmiyor, bir şeyler yanlış gidiyor ve biz ne yapacağımızı bilemiyoruz.

Cevap 3: Uzm. Dr. Emrah Kırımlı: Taramaların tamamlanması için var olan poliklinik sayımıza yılda yaklaşık 45.000 000 poliklinik ilave oluyor. Bakanlık “günde 8 hasta” diye hesapladı, aile

hekimleri de seve seve yapar cevabını verdi. Bir planlama yapılmaması başlı başına sorun, yaklaşık 12 milyon nüfusa bakan 3100 aile hekiminin yardımcı sağlık personeli yok. Planlama olmadığı için kargaşa içinde çalışıyoruz, kanser taramaları için zaman ayırdığımızda hipertansiyon, diyabet, Ergen –Çocuk ruh sağlığı taramaları hepsi geride kalıyor. Bizim ülkemiz için hangisi öncelikli kavramak mümkün değil.

Doç. Dr. Sultan ESER; bu konuda bende bir iki cümle söylemek isterim. Koruyucu hekimlik çok ciddiyetle planlanmalı, mutlaka ekip kurulması gerekir. Hindistan dışında taramalar zorunlu değil ancak eğitim ve sistematik tarama yapmak zorunludur şarttır. Ailesinde meme kanseri olan mamografi çekirtmiyor, ailesinde kolon kanseri olan gaitada gizli kan yaptırmıyor bu çok önemli.

Soru 4: Ayşe Çöl: Mersin'de kanser taramaları itibarımızı azalttı. Çünkü mamografiler çekildi, ancak raporlanamadı, bir kısmı kayboldu. Bir kongrede Mersin Sağlık Müdürlüğü 2013-2015 kanser taramaları sonuç raporuna;” Sağlık Bakanlığı toplum sağlığı merkezlerini taramalar konusunda desteklemeye devam etmelidir böylece aile hekimlerinin zafiyetleri en aza indirilecektir ”cümlesini yazabilmektedir. Sorunları zafiyet olarak tanımlamaları, aslında sorunun tam da özüdür.

Cevap 4: Uzm. Dr. Emrah Kırımlı: Sunumu hazırlarken tüm illerin raporlarını gözden geçirdim. Mersin Sağlık Müdürlüğü istem sayısında 1 numara, ancak sonuçları takip etmiyorlar. Taramalar ile ilgili çalışmalar arttığında %50 hipertansiyon tanısı koyabilen aile hekimlerinin tanı koyma oranı %30'a düşmüş. Biz artık toplum yönelimli kanser taramasından söz etmeli ve birincil korumayı hayata geçirmeliyiz.

Soru 5: Filiz Ünal: Türkiye için Sağlık Bakanlığı'na önereceğiniz model nedir?

Cevap 5: Doç. Dr. Sultan ESER; Bu sorunun cevabı kolay değil, önce değerlendirmeleri yapmak gerekir. Gaitada gizli kan

pozitif çıkan kaç kişi var? Kaç ameliyat oldu? Bu ameliyatı yapan kaç hekim var? Hekimlerin ve hastaların ülke dağılımı nasıl? Mamografi sonucu kaç tane vaka yakalandı? Hangi evrede? Biz mamografileri 40 yaşında başlatıyoruz. Premenapozal meme kanserleri daha agresif, bu nedenle bu yaş grubunu taramaya koyduk diyen bakanlıkla karşı karşıyayız.

Tarama başladı, artık kimse durduramaz, baştan iyi planlama yapmak lazım. Taramalar politik kararlardır. Bu nedenle başa dönüp verileri önümüze koyup yeniden bir planlama yapmamız gerek. Taramalarda bölge bölge çalışmak gerek. Örneğin; HPV için kentsel bölgede risk yüksek, kırsal kesimde düşük. Dolayısıyla diyabet ya da obezite çok daha fazla kanser sebebi. Meme kanseri emzirme ile birebir ilişkili, ancak şehirde çalışan annenin emzirmesi kısıtlanıyor, bununla ilgili hiçbir çalışma yapılmıyor. GGK testi çok önemli, poliplerin temizlenmesi ciddi bir koruyucu sağlık hizmetidir diye düşünüyorum. Ancak sayılar elimizde yok, çünkü takip edemiyoruz. Erkeklerde kolon kanseri kadınlardan 3 kat fazla. Öyleyse erkeklerin GGK testi yaptırması çok daha kritik.

Cevap 5: Doç. Dr. Emel İRGİL Risk tahminleri yapıp mutlaka ona göre bir plan yapmamız gerekir. Sağlık Ocağı sistemindeki gibi bir ekibimiz olsaydı sanki bu taramaları daha iyi yapardık diye düşünüyorum. Sağlık Bakanlığı'nın bilimsel yaklaşmıyor bu tutumu bilimsel zemine oturtmak gerekiyor. Başlandı bitirilemez ama mutlaka bilimsel zemine oturtulmalı 2. Basamakta 3. Basamakta ilçede ilde sorunlar çözülerek bir sistematik oluşturulmalı 3. Basamakta radyoterapi, kemoterapi ekipleri hazırlanmadı. 1.basamakta çabalamanın hiçbir anlamı yok. Bilimsel, bütün basamakları ile ve halkın da eğitildiği bir sistem şart. HPV tarama özellikle ileri ülkelerde 100 binde 70-80 olan serviks kanseri oranlarını düşürmüştür, Türkiye'de HPV henüz yüksek değil ama bence tartışmalıyız gittikçe yükselecektir. Kolorektal kanser taramaları bizim grubumuzdaki ülkelere önerilmiyor, yaşlı nüfusu artan ülkelere öneriliyor. Şu anda bizim ülkemiz Tayvan, Hong Kong gibi hızla yaşlı nüfusu artan ülkeler sınıfında. Birincil korumayla taramaları ülkemiz için tartışmamız gerekiyor.

Soru 6: Fethi Bozçalı: Bu toplantıya Sağlık Bakanlığının katılmasını çok istedik. İşlerin iyi gitmediğini düşündüğümüz için bu sempozyumu düzenledik. Keşke hep birlikte tartışabilseydik, bir şeylerin iyi gitmediğini kendi pratiklerimizden biliyoruz Elbette defalarca bu tartışmalar yapılacak. Tıp endüstrisine katkıda bulunmak yerine farkındalık yaratmak için daha mı çok çaba harcamamız gerek birincil koruma için neler yapmalıyız? Bu bir başlangıçtır ve eminim bunları tartışmaya devam edeceğiz. HPV taraması kitine 70 dolar ödüyoruz, 5 yılda bir 70 dolar tarama parası ödeyeceğimize acaba aşı yapsak daha doğru olmaz mı?

Cevap 6: Doç. Dr. Emel İRGİL: Riskli olmayan insanlara aşı yapmak ne kadar doğru bilemiyorum.

Doç. Dr. Sultan Eser: Bu konuda şöyle düşünüyorum. HPV aşıları ciddi bir tartışma konusu bunu öğleden sonra tartışmaya devam edelim şu anda aşılar 200 dolara düştü 3 Rapel ile birlikte bin dolara mal oluyor. Bence aşılara bu parayı ayırmamalıyız. HPV laboratuvarının kurulması oldukça iyi bence bu yeterli tarama sonuçlarını tartışarak buna karar vermeliyiz. Kaynaklarımızı doğru kullanmamız gerekir, bütüncül bakmak gerekir Ayrıca HPV aşısı yaptığınızda sonuçlar 30 yıl sonra görülecek, şu anda taramaları bırakamıyoruz yani etkinliği 30 yıl sonra.

SERVİKS KANSERİ TARAMALARI GENEL DEĞERLENDİRME

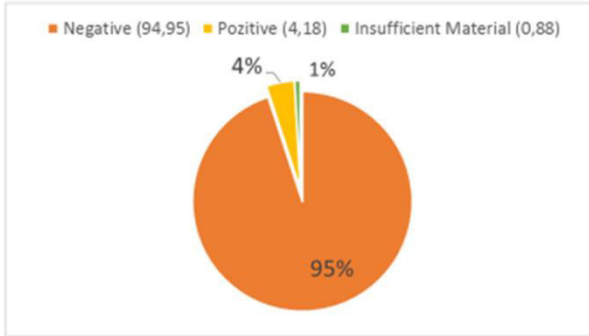
Prof. Dr. Gökhan TULUNAY

TOBB ETÜ Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD- Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi

Ülkemiz dünyada serviks kanserinin en az görüldüğü şanslı ülkelerden biri. (Servikal kanser insidansı Türkiye 'de Globacan 2012 verisine göre %4.3 olarak tespit edildi). Servikal kanserler, Türkiye'de kanserlerden ölümlerde ve kadın kanserleri arasında 8-9. sırada yer alıyor. 2012 yılından sonra ülkemizde başlatılan Toplum Tabanlı Kanser Taramaları ile elde edilen veriler yaklaşık 3 milyon 200 bin kadının tarandığını ve **serviks kanseri oranının 100 binde 4,18 olduğunu göstermektedir.**

HPV Test Sonuçları (3.222.568)
Pozitif %4,18



Veri Erişimi: 20.Ocak.2018

Ülkemizdeki bu düşük insidansın nedeni geleneksel yaşam biçimi, muhafazakârlık ve erkeklerin sünnet olması olarak gösterilmektedir, sünnet bir miktar koruyucu gibi görünüyor.

Kanser taramalarının amacı kanser öncesi dönemde hastalığı tespit etmek ve tedavisini yapabilmektir. Serviks kanseri taramasının amacı, hangi yöntemi kullanırsanız kullanın kansere gidebilecek olan CIN2 ya da HSIL lezyonu ve ötesini tespit ve tedavi etmektir. İnvaziv servix kanserinin prekürsörü olan bu lezyonları taramalar yoluyla başarıyla tedavi eden ülkeler mevcuttur. Sitoloji (PAP-smear) tabanlı tarama programı uygulayan gelişmiş ülkeler Örn; İngiltere uzun yıllar içerisinde (1971-1995, yaklaşık 50 yıl)) invaziv servix kanserinin insidans ve mortalitesini %75 oranında azaltmıştır. Belli bir yerden sonra her türlü çabaya rağmen daha fazla azaltılamadı. Bunun nedeni konvansiyonel sitolojik tarama testi sensitivitesinin düşük olmasıdır. Ne kadar düşük, %50 oranında düşük. Dolayısıyla vakaların birçoğu atlandığı gibi, yalancı pozitiflik oranı da yüksektir. Yalancı (+) sonuç hem hastanın sosyopsikolojik etkisi açısından önemli, hem fazla tetkik muayene ve kolposkopi uygulanmasına sebep olmaktadır. Sitolojik tabanlı taramaların başarılı olabilmesi için düzenli, üst üste smear almak ve sıkı takip gerekiyor. Yine PAP- smear testinin değerlendirilmesi sırasında değerlendiren sağlık personeli farklı sonuçlar sunabilmektedir. Bu testin İnter-observer ve inter-laboratuar variabilitesi yüksektir, bu variabilite klinik tutarlılığı azaltır, eğitim farkı arttıkça variabilite daha da belirginleşir. Bu tarama testinde testi uygulayan sağlık personelinin eğitimi, laboratuar personelinin eğitimi ve tecrübe başarıyı arttırmaktadır. Halkın eğitimi, duyarlılığı ve sağlık hakkına erişimi yine başarıyı arttıran diğer bir etmendir. Bu nedenle yeni taramaya başlayan ülkelerde sonuç almanız zorlaşıyor.

RESEARCH

www.AJOG.org

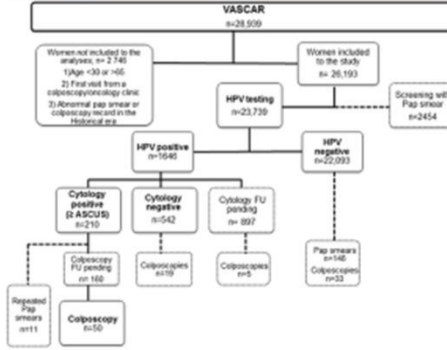
ONCOLOGY

HPV testing with cytology triage for cervical cancer screening in routine practice

Karolina Louvanto, MD, PhD; Myriam Chevarie-Davis, MD, FRCPC, MSc;
Agnihotram Venkata Ramakumar, MSc, PhD; Eduardo Luis Franco, DrPH; Alex Ferenczy, MD

FIGURE 1

A flow diagram for the VASCAR study



VASCAR

Viral Testing
Alone with
Pap Triage
for
Screening
Cervical
CAncer in
Routine
Practice

2014 yılında Lancet te yayınlanan bir makalede (Franco El Feb.2014) HPV DNA ile taramanın, sitoloji ile taramaya göre serviks kanserini %60-70 daha fazla azalttığını bizlerle paylaştı. HPV DNA testi sitolojik tabanlı taramaya göre hastalık bulunan kadınları yüksek doğrulukla saptar. Yani sensitivitesi yüksek, spesifitesi düşüktür.

Bu nedenle HPV-DNA ile tarama sağlıklı kadınlarda yalancı pozitiflik ve gereksiz kolposkopi yapılmasını da önler.

Aşağıda ki sonuç test sonucu (-) tespit edilen vakalarda yıllar içerisinde invaziv serviks kanseri gelişme oranlarını vermektedir.

	3,5 yıl	5,5 yıl
Negatif sitoloji;	15.4 / 10⁵	36.0 / 10⁵
Negatif HPV test;	4.6 / 10⁵	8.7 / 10⁵

HPV-DNA sensitivitesi yüksek, spesivitesi düşük olmakla birlikte normal sitoloji yapılmazsa kişinin kanser olmadığını göstermez.

Yani hasta olgular (yüksek dereceli vakalar dahil) kaçırılır. Yapılan çalışmalarla ortaya konan servikal kanserlerin üçte biri normal sitolojili kadınlarda görülür.

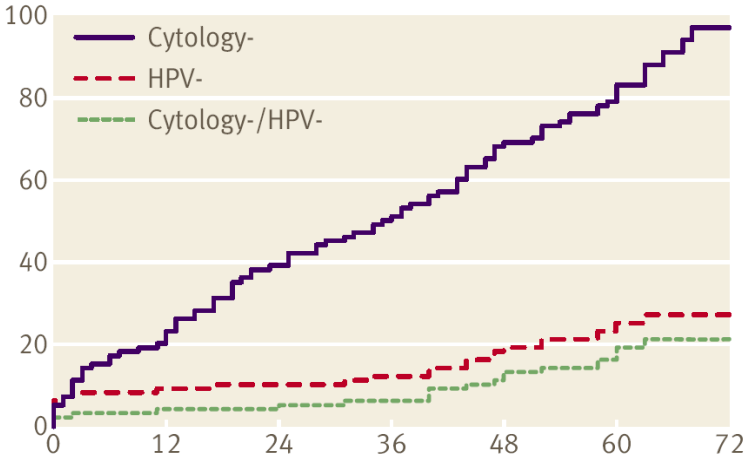
Pap-smear ve HPV-DNA testi karşılaştırması farklı ülkelerde, farklı çalışmalarla tekrar- tekrar karşılaştırıldı. Bunlardan bir iki örnek aşağıda sizlerle paylaşıldı.

CIN2+ HSIL lezyonlar için tek bir pap-testin sensitivitesi %50-60'tır. (Nanda K, et al, Systematic review, Ann Intern Med. 2000;132(10):810-819)

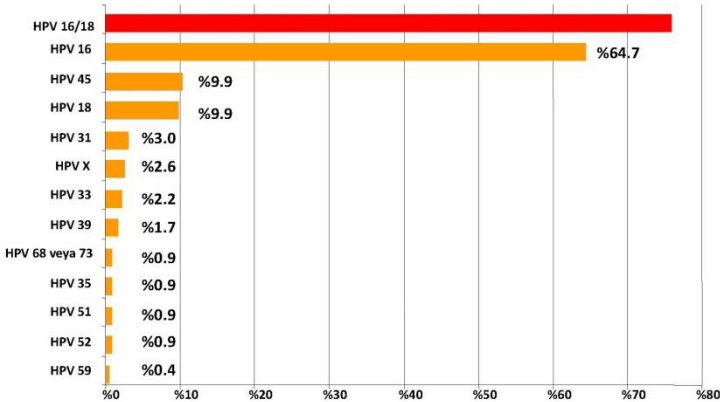
Sitoloji ile yapılan taramalarda 3 kez negatif sonuç alınmaksızın tarama aralığı 3 yıla çıkarılırsa servikal kanser riski 3 kat artar.

(Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. Vaccine 2006;24: S63-70)

2008'deki bir makale de (Dillner J.et al.BMJ2008;337:a1754) yapılan çalışmada 3 grup kadın 72 ay takip ediliyor. Kadınların tümü başlangıçta (-) olarak değerlendiriliyor. Bir gruba yalnızca HPV, bir gruba sitoloji, bir gruba HPV + sitoloji birlikte uygulanıyor. 72 ayın sonunda CIN3 ve üzeri lezyonlar değerlendiriliyor. Yalnızca HPV ve HPV + sitoloji uygulananlarda kanser gelişme oranı birbirine yakın ve düşük iken, yalnızca sitolojik tarama yapılanlarda CIN3 gelişme oranı anlamlı olarak yükseliyor.

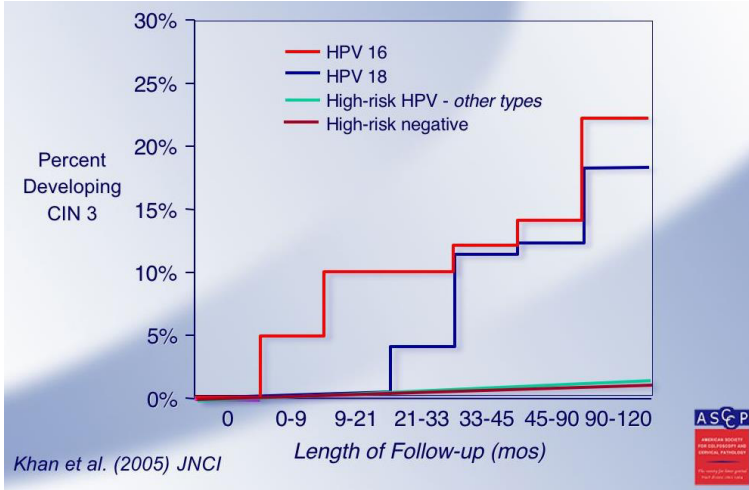


Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi patoloji anabilim dalında yapılan Usubütün ve ekibinin yaptığı çalışma Türkiye de HPV-DNA çalışması (Usubütün A, Int J Gynecol Pathol, 2009) incelendiğinde;



Türkiye de yine dünyadaki de benzer bir şekilde serviks kanseri oluşumunda HPV-16 ve HPV-18 in etkin olduğu tespit edilmiş. Taramada HPV 16 -18 neden daha çok diye bakılıyor, 16-18 daha mı agresif. Bunun cevabı yapılan çalışmalarda mevcut. HPV

negatif grupla yüksek risk diye tanımladığımız HPV 16-18 dışında kalan suşlar 120 ayın sonunda daha az oranda CIN 2 ye yol açarken, HPV16 -18 diğer ülkelerde olduğu gibi yirmi kat daha fazla lezyona neden olduğu ortaya konmuştur. Dolayısıyla bugünkü tarama programının esasını teşkil eden genotip HPV tarama testinin kullanılmasının mantığı budur.



2005 yılında kadınlarda CIN 3 gelişimi ile ilgili bir çalışma yapılmış. Yapılan çalışmada başlangıç (-) olan vakalar 120 ay takip edilmiş. HPV(-) ve tip 16 ve 18 dışında HPV (+) vakalar da CIN3 gelişimi düşük ve birbirine yakın seyrederken, HPV tip 16-18 de serviks kanseri görülme oranı hızla yükselmiştir.

2014 yılında Lancet' te yayınlanmış çok geniş bir çalışma var. Burada 176 464 olguyu kapsayan dört büyük araştırmanın ortak bulguları verilmiş. Primer Test olarak yine bir grupta sitoloji diğer grupta HPV -DNA testi uygulanmış. Daha sonra 3 çalışmada yaş kriteri konmuş. 35 yaşın üzerinde direkt kolposkopi uygulanmış.

Bu çalışmada başlangıçta bulguları (-) olan 107 invaziv serviks kanseri olgusu saptanmış. Bu olguların başlangıçta HPV negatif grupta 3,5 yıl sonra servikal kanser gelişme oranı 4.6 olmuş 5,5 yıl sonra

ise 8,7 olmuş. Oysa negatif sitoloji sonucu olan vakalar 3,5 yıl sonra incelendiğinde kanser gelişme oranı 15,4 yani diğer tarama yöntemine göre 3 katı kadar daha yüksek tespit edilmiş. 5,5 yıl sonra yine oran değişmemiş negatif sitoloji tespit edilenlerde kolposkopi uygulanan ve biopsi alınan sayısı birbirine benzer bulunmuş. HPV testi yapılanlara oranla 3 kat daha fazla invaziv kanser tespit edilmiş.

Aynı çalışma içerisinde başka bir çalışma var HPV (+) grupta direkt kolposkopi uygulananların sitolojik incelemesi yapılmış ve 3 kat fazla kolposkopi yapıldığı tespit edilmiş. Yani her şeye rağmen primer lezyona 3 kat daha fazla rastlanır. Bu nedenle HPV (+) vakalarda tiplendirme ve takip önemlidir.

Aynı çalışma içerisinde başka bir değerlendirmede kolposkopi yapılan vakalar incelenmiş. HPV testi ile lezyonların yakalanması ve hastaya müdahale edilmesi 3 aya inerken sitolojik tarama da bu süre 11 ay olarak bulunmuş. Histoloji ve HPV nin eş zamanlı alınmasının temel nedeni bu çalışmadır. HPV (+) olanlardan sitoloji için tekrar numune almak, göndermek ve beklemek süreyi uzatmış. Bu çalışmalar değerlendirilerek ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede sitoloji ve HPV eş zamanlı olarak alınmaktadır.

Sonuçta, bütün bu slaytların sonucunda bu senaryolar ele alındığında CIN1, CIN2, CIN3 lezyonu bulmak için yaklaşık 14- 15 kişiye kolposkopi yapılması gerekmiş. Sonuçta şöyle bir kümülatif bulgu ortaya çıkmış HPV testi tek başına kullanılırsa gereksiz kolposkopi sayısı artıyor, gereksiz olguları önlemek için HPV 16 -18 bulunan vakalara sitoloji uygulanmaktadır. Böylece gereksiz kolposkopi azalıyor, yakalayacağınız vaka sayısını artırıyor, bu bildiğiniz gibi ülkemizde kullanılan tarama programı. Ancak taramanın sonuçları ve başarısı yalnızca birinci basamağı iyi organize etmekle olmaz, ikinci ve üçüncü basamak kısmında ciddi sıkıntılar mevcut. İleride Türkiye’de bakanlık tarafından çalışmada açıkça görülmektedir. Taramanın başarısızlığının temelinde kurumlar arası koordinasyonun kurulamaması en önemli faktördür. Çünkü taramanın birinci kısmı Halk Sağlığı Kurumu tarafından uygulanırken, (+) vakaların ayrımı ve takibi yani ikinci kısmı Kamu Hastaneler Birliği

tarafından verilmesi gereken hizmettir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin bürokratik olarak birbirinden ayrılmasının sonucu olarak senkronize bir çalışma yapılamıyor.

Yine de ülkemizde yapılan taramalar HPV negatif kadınlar için kanser olma olasılığını azaltıyor, kadının güvenliğini artırıyor (%99 gibi). HPV negatif kadında şu anda 5 yılda bir test tekrarlanıyor, ama ileride 8 ya da 10 yıl olabilir. Dolayısıyla HPV DNA testinin bir diğer avantajı negatif kadınlar için daha uzun tarama aralıklarının oluşturulmasıdır.

Kısaca özetlersek sitolojik taramada böyle olmadığını daha önce anlattık. HPV pozitif çıktığı zaman sitolojik bazı değişiklikler olabiliyor Sensitivite düşük olduğu için yalancı pozitiflik artıyor, derhal kolposkopi den HPV pozitif hasta grubundan kimi ayırt edeceğimizi bilemiyoruz. HPV -16 ve HPV-18'e bakmak gerekiyor ya da sitolojik triyaj yapmak gerekiyor.

Tüm bu bilgiler ışığında, HPV DNA ile primer taramadan maksimum yararlanmak için iyi organize edilmiş bir program olması gerekiyor. Tarama ve triyaj programlarına hastaların iyi uyum sağlaması gerekiyor. Ülkemizde uygulanan programda yaşanan sıkıntıların sizin yaşadığınız sıkıntıların başında da bu geliyor.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya da HPV-DNA ile tarama daha çok ülkede kullanılmaya başladı. Test hem düşük hem yüksek gelir düzeyi ülkelerde kullanılabilir, Dünyada yılda 500 000 yeni olgu çıkıyor. Tamamını değilse de bu vakaların yarısını kaybediyoruz (Mortalite %50), bunların hemen hepsi (> **%90-99.7**) HPV ile ilişkili, Yani HPV ye bağlı servix kanserleri önlenabilir kanser türlerindendir. Önlemek için HPV aşıları ve sigara kullanımının engellenmesi yapılacak en önemli koruyucu sağlık hizmetidir.

Erken tanı mümkündür.WHO (Dünya Sağlık Örgütünün önerileri nettir. VIA-VILI / Smear / HPV / Kombine / Diğer

Aşıların devlet eliyle ve tüm topluma uygulanması toplumsal immunizasyon açısından çok kıymetli, bireysel olarak aşılama istenilen

sonucu vermeyecektir. Aşı ve tarama programı mutlaka birbirine entegre edilmelidir.

Yine ülkemize dönersek, Türkiye’de geçtiğimiz yıllarda (1985 ‘ten beri) yapılan taramalarda birinci basamak fırsatçı taramalar yapabiliyordu ve nüfusun ancak % 2 ine ulaşabiliyorduk. Hedef kitlemiz 15 milyon civarında ve laboratuvarların kalite kontrolü gerekiyordu. Gerekçe taranacak nüfusun büyüklüğü, insan gücü (uzman, teknisyen), eğitilmiş insan gücünde kayıplar (en çok tayinler vb.), farkındalığın olmaması (sağlık personeline de toplumda da farkındalığın artırılması), coğrafi sınırlamalar (geniş yüzölçümü, mevsimsel tarım işçileri, iç ve dış göç, taşıma güçlükleri) ve en önemlisi kalite kontrolü (laboratuvar) olarak tespit edilmişti. Sorunlar dünyada da benzeri başlıklar altında toplanmıştı.

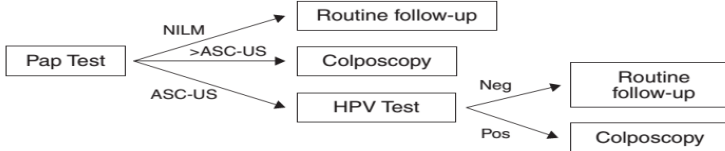
- Sağlık çalışanlarının sürekli eğitim programlarına alınması gerekir.
- “learning curve” beklenenden uzun sürebilir.
- VASCAR da ilk yıl protokol ihlali %12’dir.
- HPV testi ile sitoloji örneğinin eş zamanlı alınmaması, (+) olguların sitolojik tiriyaç için “bekleme listesinde” yığılmasına neden olur.

Yine dönelim ülkemize ve bakanlığın yayımladığı çalışmaya. **Taramaya davet edilmesi gereken nüfusumuz 16 milyon civarında, bakanlığın yaptığı ve sunduğu araştırma sonucu taranan nüfus 1 milyon. 1 yıl içerisinde yapılan çalışmada tespit edilen şüpheli olgu sayısı 5900. Yapılan biyopsi veya kolposkopi sayısına baktığımızda 3’te 2’lik bir kayıp mevcut.** Kayıp vakalar nerede ve nasıl bir sağlık hizmeti aldı? Bizim kurumumuzda bir yıl içerisinde 500 küsur vaka incelendi ve sonuçları Sağlık Bakanlığı ile paylaşıldı. Halk Sağlığı Kurumu ile kamu hastaneler birliğinin yaşadığı sıkıntılar, koordinasyon eksikliği ortada. Yapılan kolposkopi ve sonuçlar ne kadar uyumlu bilmiyoruz, dolayısıyla ikinci basamakta ne kadar kolposkopi eğitimine ihtiyaç var onu da tespit edemiyoruz.

Dünyada Tarama Yöntemleri Ve Hasta Takibi

FIGURE 1
Cytology primary screening options

Strategy 1: Cytology with reflex HPV (ASC-US triage)



Strategy 2: Cytology Alone

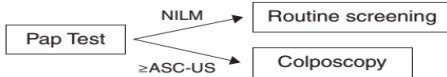
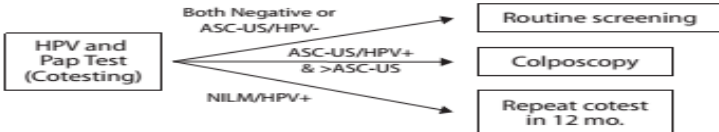


FIGURE 2
Cotesting primary screening options

Strategy 3: Cotesting with reflex for ASC-US



Strategy 4: Cotesting with genotyping and cytology triage: HPV 16/18 & ASC-US HPV+ threshold

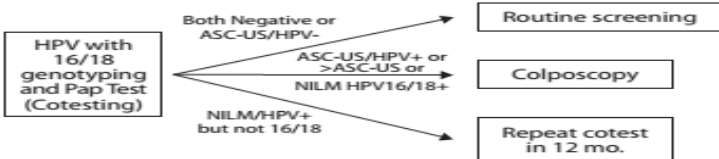


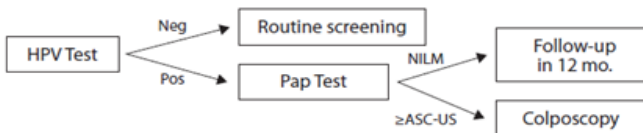
FIGURE 3
HPV screening algorithms

Strategy 6: HPV alone

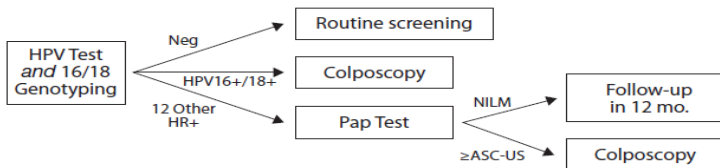


HPV ile primer tarama

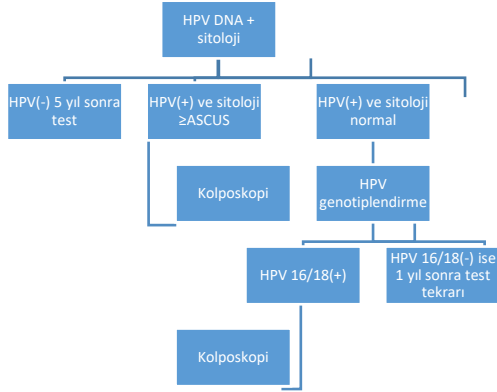
Strategy 7: HPV with reflex to cytology



Strategy 9: HPV with genotyping and reflex cytology: ASC-US threshold



Türkiye'nin Yeni Servix Kanseri Tarama Programı



HPV pozitif sonuç sorular bırakır

Spesifisite düşüklüğüne bağlı yalancı pozitiflik riski yüksektir.

Yalancı pozitifliklerin kadına gereksiz psikososyal etkileri vardır.

Her HPV pozitif testin kolposkopi ile izlenmesi sağlık sistemine büyük yük getirir.

İkilem: ilave triaj yapılmadan derhal kolposkopiden kimin yarar göreceğini ayırmanın olanaksızlığı.

- **HPV DNA ile primer taramada olası yararlar için gerekli koşullar:**
 - İyi organize program
 - Tarama ve tiriyaç politikalarına iyi kompiyans
- Hem sitoloji hem de HPV CIN1 gibi olgulardan progrese olacakları tek başına ayıramaz.

SİTOLOJİ TEMELLİ KANSER TARAMALARINDA YAŞANAN ULUSLARARASI SORUNLAR

- **Bilimsel Sorunlar**
 - Tek Pap-Smear CIN2+ lezyonlar için çok düşük sensitiviteye sahip.
 - Pap-Smear yüksek yalancı negatifliğe sahip
 - Pap-Smearin tekrarlanabilirliği düşük
 - Pap-Smear serviks adenokarsinomlarını sap-tamada başarılı değil.
- **Organizasyon Sorunları**

Sağlaması çok zor ve karmaşık bir hizmet.

TÜRKİYE'DE GEÇMİŞTEN BERİ YAPILAN TARAMALARDA YAŞANAN SORUNLAR

- Pap-Smear 1985'ten beri, Toplum Bazlı 2004 sonrası
- KETEM + Birinci basamak hekimler + Jinekologlar
- Ancak, kapsama oranı artırılmadı
- Toplum bazlı %2, fırsatçı + toplum bazlı %40
- **Gerekçe: Organizasyon Sorunları**
- Büyük Hedef Toplum (15 Milyon)
- İnsan gücü (teknisyen, uzman)
- İnsan gücünde tayin vb ile azalma

- Farkındalığın olmaması (sağlık personeli ve toplum)
- Coğrafi sınırlamalar (geniş yüzölçümü, mevsimsel zorluklar, taşıma güçlükleri)
- Kalite kontrolü

Türkiye’de neden HPV?

- Tarama Program Yöneticileri için
 - Yüksek sensitivite
 - Yüksek negatif prediktif değerler ve daha uzun tarama aralıkları
 - Düşük HPV pozitifliği (düşük prevalans)
- Akademisyenler için
 - İnsan gücü avantajı
 - Merkezi Kalite Kontrolü ve otomatizasyon
- Kadınlar için
 - Son tanıya ulaşmada sürenin kısalması
 - Kendi kendine uygulanabilecek yeni testler ilgi çekiyor

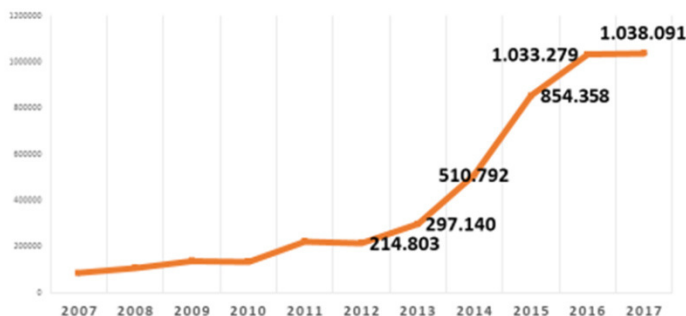
Türkiye’de Hayata Geçirilmesinin Aşamaları

- Ulusal ve uluslararası danışmanlıklar
- Pilot çalışmalar
- Mevzuatın hazırlanması
- Aile hekimlerinin eğitimi ve sağlık çalışanları ve kadınların motive edilmesi
- Ulusal Kimlik numarası temelli akıllı yazılım

Yeni Tarama Programı

- HPV + Konvansiyonel Smear beş yılda bir, 30-65 yaş kadınlar
- Aile hekimleri ve hemşireler
- Ankara veya İstanbul HPV laboratuvarına kargo
- Sonuçlar maksimum 10 günde internet üzerinden
- HPV negatif olgular, 5 yıl sonra tarama
- HPV Pozitif olgular, Genotip tayini ve kör smear değerlendirme
- Örnekler beş yıl saklanıyor, smear fotoğrafları da yine dijital ortamda saklanıyor
- Kolposkopiye Refere edilme
 - HPV 16/ 18 pozitif olgular ve sitolojik anormalliği olan diğer HPV pozitif olgular
 - Sitoloji normal diğer HPV pozitif olgular: 1 yıl sonra tekrar tarama
- Sonuçlar: Toplum Bazlı Kanser Taraması

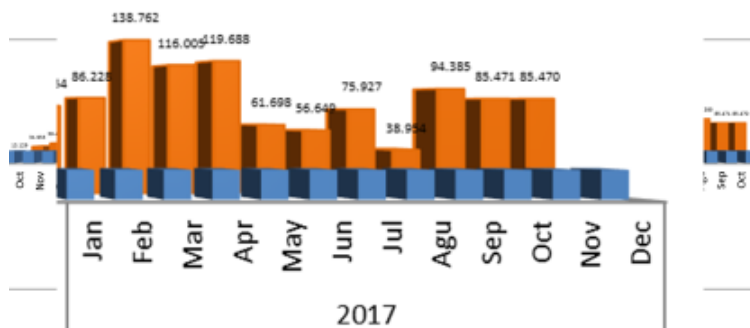
Sonuçlar: Toplum Bazlı Kanser Taraması



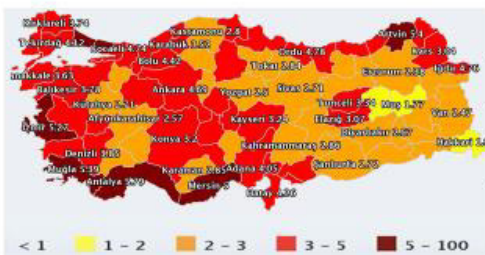
TÜRKİYE DE TOPLUM TABANLI KANSER TARAMALARINA AİLE HEKİMLERİNİN KATILIMI

HPV'nin Birinci Basamak Taramada Rolü

(Aylık olarak; HPV DNA Tarama ile Maksimum Pap-Smear Sayıları)



Türkiye HPV Haritası (%4,18)



- Toplam 3.200.000 olgu HPV DNA testi ile taranmış.
- Yaklaşık 12,000 anormal smear saptanmış (ASC-US hariç)
- Türkiye HPV Haritası

Veri Erişimi: 20.Ocak.2018

HPV Genotipleri Toplam (134.568)



Veri erişimi: 20.Ocak.2018

Davet, Kabul, Katılım ve Tarama Oranları

Kabul Oranı

HPV DNA Taraması için %36.5

30-45 yaş grubu %63.5, 45-60 yaş %32.7, 60 yaş ve üstü %13.5.

Katılım Oranı: %82.8

Davet

Telefon (SMS dahil) (%60) - Katılım Oranı %80-90

Yüz yüze (%30) - Katılım Oranı %80-90

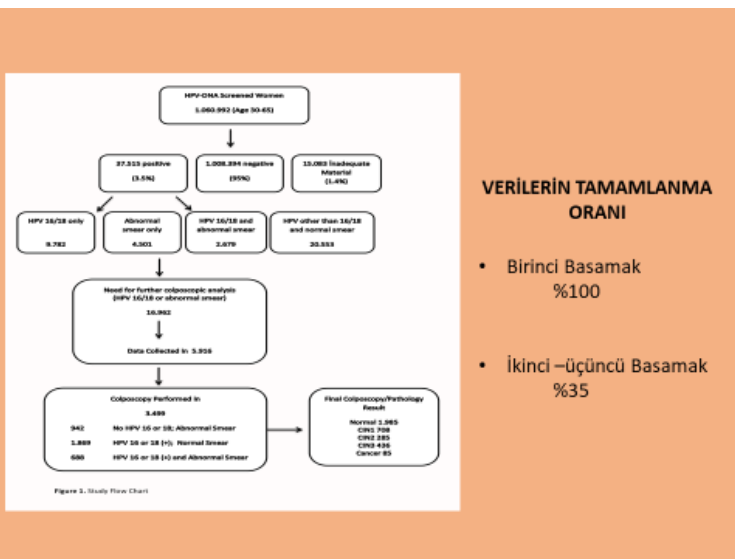
Mektup/Broşür/Sosyal Medya - Katılım Oranı %30-40

Tarama Oranları

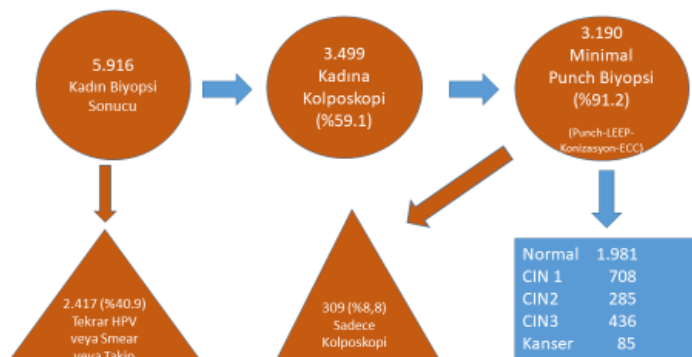
30-34 yaş (%28.0); 35-39 yaş (%33.8); 40-44 yaş (%41.6)

45-49 yaş (%34.5); 50-54 yaş (%32.4); 55-59 yaş (%23.3); 60-65 yaş (%15.2)

Int J Cancer. 2017 Dec 13



Kolposkop ve Eğitim Gereksinimi?



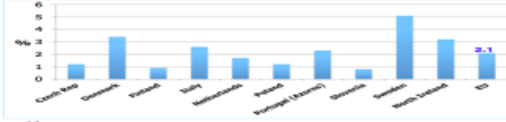
İlk 1 Milyon Kadın Biyopsi Sonuçları

- **HPV Pozitifliği**
 - %3.87
- **Kolposkopiye gönderme oranı**
 - %1,6
- **Gerçek pozitivite (CIN2+)**
 - %23
- **Gerçek pozitivite (CIN3+)**
 - %15
- **Kanser Sıklığı (30 yaş üstü)**
 - 8,0/100.000 (normal popülasyonu)
 - 24/100.000 (tarama popülasyonu, range 8.5 - 40)
- **CIN3+ Lezyon Saptanması**
 - Sadece Sitoloji
 - %52
 - HPV Tarama + 16 ve 18
 - %88
- **HPV Genotip**
 - Kıtalararası gerçek köprü
 - Bölgeler arasında ve smear anormalliklerinde fark yok

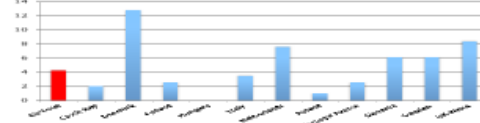
Int J Cancer. 2017 Dec 13

Servikal Tarama: Yayınlanmamış Veriler

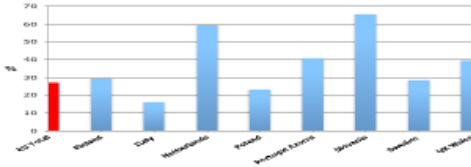
Kolposkopiye Sevk, CIN2 Saptama Oranı, Kolposkopinin CIN2+ Saptamada PPV



Kolposkopiye Sevk Oranı
 EU : %2.1
 Turkey : %1.6



Kanser (CIN2+) Saptama Hızı (sevk olgular)
 EU : %4
 Turkey : %23



Kolposkopi (CIN2+) PPV
 EU : %27.0
 Turkey : %25.3

Dünya ve Türkiye için gelecek

- Hollanda, İsviçre, İsveç, İtalya, UK, Almanya, Avustralya, Kanada, Danimarka, Polonya, Norveç, Avusturya
- Ulusal HPV Aşı Programı olan ülkeler
- Hızlı HPV testi
- Üriner ve kendi kendine HPV Testi
- HPV Pozitif olguların yönetimi (ESGO –Meta-Analysis)
- ESGO ENPIGO Statement

Türkiye

- Tarama Kayıtları
- Kolposkopi veri takip sistemi

- Mobil HPV araçları
- Hangi HPV Testi: sık sorulan sorular? Bence tartışmalıyız,daha doğru bir cümle taramalara başlamadan tartışmalıydık. Daha önce söylediğim gibi başlanan taramaları sonlandırmak oldukça güçtür.

SONUÇ

HPV testi servikal kanser riskinin objektif ölçülmesine olanak verir ve hem yüksek gelir hem de düşük gelir düzeyinde uygulanabilir.

Pap ve VIA gibi sübjektif testlerde performansı sürdürmek için dış kalite kontrollerine değil teste ilişkin iç kalite kontrollerine gerek vardır.

HPV testinin servikal kansere kısa ve uzun dönem etkileri gösterilmiştir.

Programlar ülkelerin lokal gereksinim ve olanaklarına göre tasarlanmalıdır.

Kanser riskine lokal sensitiviteye karşı gereksiz tarama ve tedavi dengelenmelidir.

Kendi kendine örnekleme programları eklenebilir.

Pap/sitoloji programları gelir düzeyi yüksek ülkelere ve sık taramalara sınırlı kalmıştır.

Dünyada 500 bin yeni olgu mevcut. Mortalite % 50. >%90-99.7 HPV ilişkili

HPV eradike edilebilir,

Erken tanı mümkündür (WHO önerisi VIA-VILI/Smear/HPV/Kombine/Diğer),

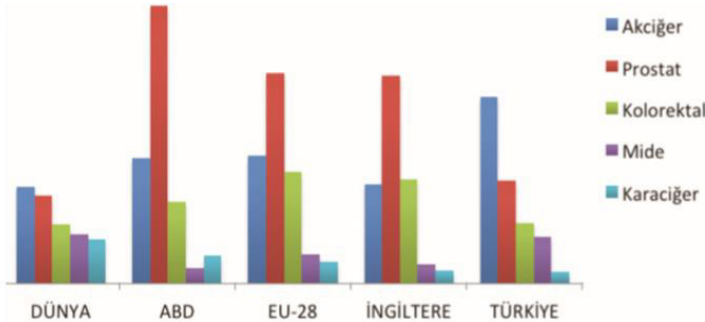
Önlenebilir.(HPV aşıları, sigaranın bırakılması)

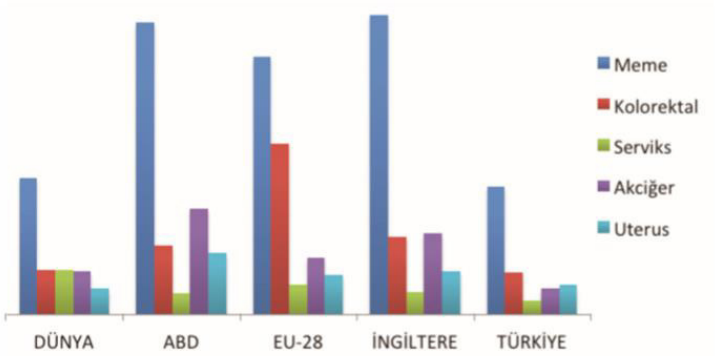
BAĞIRSAK KANSERLERİ/KOLO-REKTAL KANSERLERİ ÖNLEME PROGRAMI

Prof. Dr. Sezai DEMİRBAŞ

TOBB- ETÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Maalesef ülkemizde kolorektal kanser önleme programı ile ilgili taramaların sonuçlarını vermek çok zor oluyor. Çünkü elimizde böyle bir sonuç yok gibi. Amerikalıların yapmış olduğu 35 bin, 40 bin, 60 bin kişinin olduğu çalışmalar var. Kolon kanseri nasıl bir kanserdir? Hakikaten kolon kanserinin tedavi etmek ya da önlemek mümkün müdür? Kolon kanseri ile ilgili bir tarama yapılabilir mi? Tarama yaparken nelere dikkat etmek gerekir? Neler yapılmalıdır? Bir yol var mı? Zamanımız elverdiği ölçüde bunlarla ilgili bir şeyler söyleyeceğim. Sizler alanda, sahada kolon kanseri rektum kanseri ile gelen hastalara nasıl davranacaksınız bu çok önemli. Çünkü kolon ve rektum kanseri taraması yapılması, tanınması gerekiyor. Bu konuda Norveç ve İsveç’de iyi şeyler yapılmış. Cerrahlarını en iyi yetiştiren ve eğitim sistemleri iyi olan bu iki ülkede bile tanı konulması ile yani semptom çıkmasından ameliyata girene kadar geçen süre 4 ile 8 ay kadar. Bu zaman dilimi çok önemli çünkü bu evre atlatıyor.

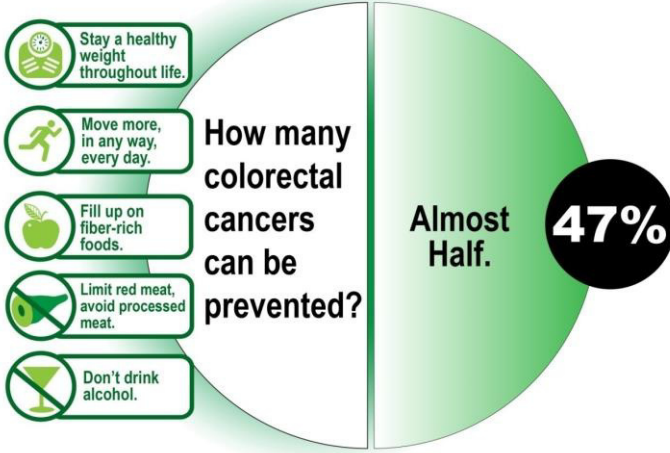




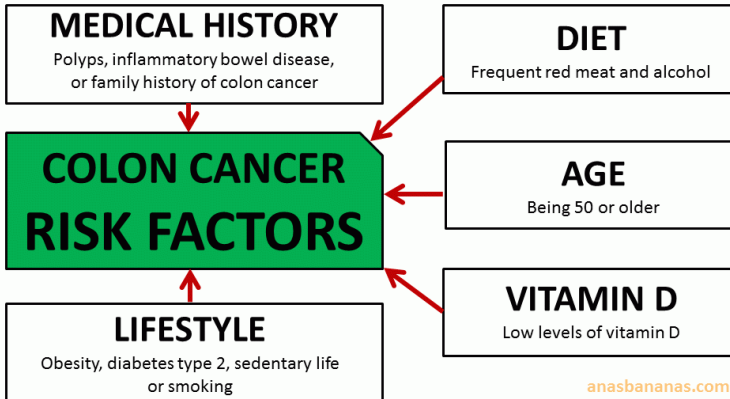
Ne yazık ki slaytta görüldüğü gibi hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde kolon kanserleri ölüm nedeni açısından ikinci sırada yer alıyor. Bazılarında 3. bazılarında 2. sırada. Lakin bir başka problem daha var. Nüfusu artan ülkemizde her yıl geniş bir spektrumda on beş, yirmi beş, yirmi altı bin arasında kolorektal kanserle karşı karşıya kalıyoruz. Bu hastalar için en önemli şey ilk ameliyattır. Onkolojik cerrahi prensiplerine uyarak yapılmış ilk ameliyat çok önemlidir ve bu hastaların yaklaşık maliyeti 5 milyar TL dir. 2030 da harcanacak para 12 milyar TL olarak hesaplanmaktadır. Bu Sağlık Bakanlığı'nın verilerinden alınmıştır. (TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı-2015)

Hem kadınlarda hem erkeklerde kolorektal kanserler hem sıklık hem de ölüm oranı bakımından oldukça yüksektir.

Kolorektal kanserler önleyebilir miyiz? Aslında önleyebiliriz neredeyse yarısını önlemek tedavi etmenin dışında önlemek mümkün gibi görünüyor.



Fakat burada bazı problemlerle karşı karşıyayız. Bu risk faktörlerinin hepsini ortadan kaldıramıyoruz ne yazık ki. Bu nedenle bir şekilde insanlar sporadik veya ailesel kaynaklı olarak karşımıza kolorektal kanser olarak geliyor. Çünkü bir kısmında polipleri yada inflamatuvar hastalıkları yok etsek bile zamanla bunlar bir takım aktivite kazanıyor.



Diğer taraftan yaş önemli bir problem tabi çevresel faktörler ve beslenmenin etkisi var beslenmedeki ucu bucağı olmayan derecede kurlsızlıkları da dikkate alındığında aslında kolorektal kanserler önlenebilecek gibi durmuyor. Yaş önemli çünkü yaş artıkça mutlaka rastlanma olasılığı artıyor, yaş arttıkça atipizm oluyor yaş arttıkça tümör onkogenetik faktörler artıyor, yaş arttıkça mutajenite artıyor.

Sağlık Bakanlığı'nın Kanser Araştırma Enstitüsü'nün bir kitabı var. Bu kitabı açar bakarsanız çok güzel şeylerden bahsettiğini görürsünüz. Taramalar ve Türkiye'de kanser önleme çalışmaları başlamış, ne zaman başlamış? 2007-2008 lerden itibaren başlamış. Bu başlama ile üç dört aşamada ilerlemiş, kanser taramalarının bir problemi var. Bunların başında kayıt sistemi geliyor. Aslında hasta kayıt sistemi zorunlu. Her yere getirmişler devlet hastaneleri, özel hastaneler, üniversite hastanelerine de getirmişler.

Patoloji kayıtları da tutmak da önemli. Çünkü önemli olan patolojik piyesin size anlattığıdır. Cerrah ne kadar ben bu işi elimde değil başka bir şeyle yapıyorum dese de ana sorun, onu gösterecek meta patoloji raporudur. Fakat Patoloji raporunu bile biz kendi aramızda oturup toplandığımız zaman cerrahlar ve patologlar rek-tumun patoloji piyesinde evreleme kriterlerine 2 yılda karar verebildik, ortaya koyabildik. Çünkü evreleme problemi yaşıyoruz.

Yapmamız gereken en önemli işlerden biri kanser kayıt sistemidir. Bakanlık bu konuda eğitime değer vermiş görünüyor. Peki, bu işe yansdı mı? İnşallah yansımıştır. Ben öyle çok yansımış bir durumu göremiyorum. Kanser önleme çalışmaları da güzel adımlarla başlamış çünkü tütün, alkolü, stresli yaşamı önleme, radonu önleme, güneş ışınlarını önleme, kanser önleme çalışmaları vesaire hepsi birer çevresel faktör. Ama şu asbest hakikaten önemli bir problem. Orta Anadoluda çok ciddi bir problem.

56-57 milyonluk İspanya'da bunun kulübünü kurdular. Onkoloji alanında ciddi problemleri çözüyorlar. Türkiye'de mezotelyoma hastalarını kimse 9 saatlik ameliyata almadıkları için kemoterapiye gönderiyorlar. Berbat bir şey yani.

Sonuçta, kanser tarama çalışmaları KETEM ler üzerinden devam ediyor. Peki kanser tarama çalışmaları nasıl yapıyoruz? Ne gereki-

yor? En az toplumun %70 ine ulaşması, taramanın toplum tarafından kabul edebilir ve kolay uygulanabilir olması, ucuz olması lazımdır.

Kolon rektum kanseri genelde iki büyük grupta görülüyor. Bu gruplardan bir tanesi sporadik diğeri ise ailesel olandır. Sporadik; yani eğer bir hasta 50 yaş üzerinde adenom veya sessiz sedasız polip denilen herhangi bir kolon lezyonu olmadan, inflamatuvar barsak hastalığı olmadan yaşamış ise kolorektal kanser yönünden aile öyküsü de yoksa bu kişi kolon-rektum kanseri riski taşımadığını göstermez. Bu sporadik bir vakadır. Bu hastayı nasıl takip edeceğiz? Bu hasta takip edilmeli mi? Evet takip edilmelidir.

Peki, nasıl takip edeceğiz? Bununla ilgili modern ya da günümüze uygun dört ayrı tarama testi mevcut. Bunlardan bir tanesi kolonoskopi oldukça önemli. İkincisi gaitada kan bulabilme yöntemleri ki bunun 3-4 yolu var. Bir başkası fleksiblesigmoidoskopi memleketimizde yapılmıyor, bunun sıkıntıları var nedeni var. Diğer bir yöntemde tomografi, bazıları tomografi ile birlikte kolonografi de yapıyor. Kolonografi hakikaten iyi çekilse etkili bir yöntem. Bunların içinde en hızlı ve en çabuk cevap veren yöntem GKG bakılması çünkü hem kolonoskopinin hem de diğer yöntemlerin sakıncaları var, invaziv yöntemlerdir. Her zaman her yerde yapmak mümkün değildir. Gaitada gizli kanın pozitif olması durumunda hastayı yönlendireceğiniz adım flexiblekolonoskopi olmalıdır. Kim ne derse desin Non-sensitive (insan hemoglobine sensitive olmayan) testi kullanıyorsanız 3 defa tekrar ettiğiniz zaman gaitada gizli kan pozitif ise ya da sensitive GKG testi yaptığınızda bir kere dahi pozitif olduğu zaman hastayı kolonoskopiye göndermek lazım. Bir hastayı fleksiblesigmoidoskopiye de gönderebilirsiniz yanlış değildir ama eksiktir. Ama hastayı kapsül endoskopiye, MRI, tomografiye ya da PET e direkt olarak gönderirseniz bu hatadır.

Peki, riski olan hasta nedir? Kendi kalın bağırsağında adenom veya sessiz sedasız polip veya polipler, malign ya da non-malign lezyon bulunan hastalar, kolon rektum kanseri geçirmiş olan hastalar, inflamatuvar bağırsak hastalığı bulunan hastalar (8 yıldan fazla),

ailesinde kolorektal kanser hastalığı bulunan hastalar için bir tarama ya da takip yöntemi var mı? Evet var.

Riskli hastalar için biz durumu ikiye ayırıyoruz. Bunlardan birincisi hastaların klinik bulguları mevcut olup, riski az olan hastalar. Burada ayırıcı faktörler;

- 1- kolon polipinin büyüklüğü,
- 2- sayısı,
- 3- belki bazı hastalıklara göre bulunduğu tarafı yani lateralizasyonu,
- 4- içinde displazi bulunup bulunmaması.

Bu veriler sonucunda hastanın takibi başlıyor. Takibinde yapacağınız ikinci adım kolonoskopidir.

Eğer hasta düşük riskliyse 5 yılda bir takip edersiniz. İkinci takipte hastada herhangi bir şey bulamazsanız normal hastalar gibi 10 yılda bir kolonoskopi yapılır. Eğer hasta yüksek riskli ise riskini şiddetine göre 1 ile 3 yılda bir kolonoskopi yaparak izlersiniz Bu hastalar genellikle 10 yılda bir takibe dönmezler sıklıkla cerrahi giderler.

Peki, başka grup var mı? Evet, başka gruplar var, grupların içerisinde kolonda polip sayısı 10 u geçen hastaları tespit etmek lazım. İçinizde kolonoskopi, fiber anoskopi ya da sigmoidoskop-anoskopi yaptıran ya da yapan var mı? Yaptıran var. Bu durumda polip sayısının önemli olduğunu hatırlayınız. Eğer polip sayısı 10'u geçiyorsa bu hastalar için düşüneceğiniz şey ailesel bir polipozis olup olmadığıdır. Bu nedenle daha sonraki adımlara gitmemiz lazım bu adımların başında hasta için kolonoskopi öncelikle gelir. Testleri daha sonra konuşuruz.

İkinci risk hastada kolon rektum kanserinin olmasıdır. Hastaya anoskopi ya da kolonoskopi yaparsınız orada bir kanser bulursunuz artık bu hastaya tarama yapmaya gerek yoktur zaten direk cerrahi gider. Ama ameliyattan sonraki taraması vardır. Buna eğer soru sorarsanız cevap veririm. Üçüncü yol inflamatuvar bir prosesin varlığıdır. Kalın bağırsak içerisinde mukozada inflamatuvar bir süreç 10 yıl ya da 15 beş yılı geçiyorsa kanserojendir. Bu hastalar özellikle ülseratif kolit hastaları mutlaka 8 yıldan sonra olağan ve rutin olarak takip edilmelidir. Bu takip yıllık veya 3 yıllık kolonos-

kopilerle yapılmalıdır. Peki başka şey yapmalı mıyız? Evet başka şeylerde yapmalıyız. Bu yapacağımız şey biyopsidir. Bu biyopsiler segmenter olarak en az 30 - 35 tane biyopsi olarak her 10 santimetre de dörder tane biyopsi olarak yapmak lazım. Peki standart bir yolu var mı? Ne yazık ki yok.

ABD de:

- **Pan kolonoskopi her 1-2 yılda**, başlama zamanı 25-30 yaş;
- **Kolectomiye takiben, geride kalan kolon ve rektum için endoskopi, her 1-2 yılda.**
- **Üst GIS endoskopisi ve yan görüşlü duodenoskopi** başlama zamanı: **30-35** yaş Spigelman kriterlerine göre bir takip programı izlenir
- **No consensus → thyroid** anormalitesi.
- For extraintestinal malignancies surveillance is as for existing protocols offered to the general population.

Avrupa da:

- **Pan colonoscopy başlangıç zamanı 18-20** yaş;
- **upper endoscopy with side viewing duodenoscopy** beginning at **age 25-30** years; follow up depending on disease severity using the Spigelman criteria.
- Individuals with a heterozygous germline *MUTYH* pathogenic variant:
- offer average moderate-risk colorectal screening based on family history.

Amerika'da, İngiltere'de, Almanya'da çok farklı uygulanıyor. Bizimki Almanya'ya biraz yakın gibi duruyor. 8 yıldan sonra ülseratif kolit pankolitlilerde, 8 yıldan sonra tek taraflı kolitlilerde (-lateralize kolitlerde) 15 yıldan sonra hastalara yoğun takip yani yıllık takip gerekiyor. Ve mutlaka bu hastalar için de biyopsi alınması gerekiyor. Bu biyopsileri de mutlaka yıllık olarak yapmak gerekiyor.

Peki, buraya kadar geldik. Aile hikayesi olanlar vardı işte Aile hikayesi olanlarda işin içine biraz da genetik giriyor. Genetik işin içine girdiği zaman birçok özel hastanelerin ağzının suyu akmaya başlıyor. Çünkü genetik testler oldukça pahalı ve hakikaten de yapılıyor. Ne yazık ki bu genetik testler öyle bela bir şey ki Üniversite Hastanelerinde yapılmıyor. Bunlar özel hastanelere gidiyorlar. Çünkü kitler vesaire orada bulunmuyor. Ben burada kimseyi suçlamak istemiyorum ama yapılacak şey sizlerin ve bizlerin doğru adıma yönlendirmesidir.

O halde ne yapacağız, eğer bir hastada aile hikayesi varsa; Aile hikayesi dediğimiz şey nedir aslında biliyor musunuz? Bir tane kişi olacak, bir akraba birinci kan bağından bir kişi veya iki veya daha fazla kişi olacak ikinci veya üçüncü kan bağından. Özellikle kolorektal kanser 3. jenerasyonda devam edecek yani geçecek. İşte böyle bir durum varsa Aile hikayesi var denir.

Meme kanseri, kolon kanseri, serviks kanseri farklı insanlar da ya da farklı gruplarda varsa ve hasta buradan çıkıp geliyorsa bu Aile hikâyesidir. Kolorektal kanserler burada da Familial Ailesel polipozis ve polipozis sendromlarının çoğunda ciddi sorunlar ve mutasyon vardır.

Memleketimizde Ne Yapıyoruz

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı kolon kanseri ilgili tarama testlerini 50 -70 yaş olarak belirlemiştir. Bunlara 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırmaktadır ve bu tetkikle beraber gerekirse kolonoskopi ya da sigmoidoskopi yaptırabilirim diyor. Risk grubunu tanımlarken demiş ki kolonundan ya da rektumundan polip alınmış bir kişi risk altındadır, anne baba yakın akrabalarında kanser teşhis edilenler risk grubundadır, enflamatuar proses kalın bağırsağında bulunanlar risk altındadır. Ve tabii ki demin de hocamızın söylediği gibi meme, hepatosellüler ca veya Primer sklerozankolanjit ile giden ülseratif kolit ve kolon kanseri gibi beraber bulunduran hastaların hepsi risk grubundadır. Ve bu hastalar için 50 ile 70 yaş arasını sınır tutmuş bu sınırdan 2 yılda bir mutlaka sensitive gaitada gizli kan testi ve bununla beraber hastaya kolonoskopi eklenmiş. Genetik testler için bazı kısıtlamalar getirmiş. Genetik test yaşıyorsunuz;

1-Genç yaşta kanser tespit edilen birey o ailede varsa ya da kendisinde varsa,

2- 3 veya daha fazla kuşak da aynı tip kanseri öyküsü devam ediyorsa,

3- Anne veya baba tarafında üçten fazla kanser olgusu aynı ailede bulunan ya da aileden çıkan kişiler anne veya baba da iki veya daha fazla farklı tür kanser bulunan kişilere genetik test yapılmalıdır.

Genetik testleri nelere göre yapıyoruz? Bazı kriterler var.

AMSTERDAM CRITERIA

Aşağıdaki kriterler HNPCC tanısını koymada yardımcıdır:

- En az aynı aileden 3 kişi kolo-rektal kanser (KRK) hastası olmalıdır,
- En az birisi diğer ikisi ile 1. dereceden akraba olmalıdır,
- En az 2 jenerasyonda bu KRK nakledilmelidir.
- KRK hastası olanlardan birinde tanı 50 yaştan önce olmalıdır.

YENİLENEN AMSTERDAM KRİTERLERİ (1998)

- Ekstra kolonik HNPCC ile alakalı kanserler de eklendi
- Ailelerde tanısı 55 yaş öncesinde konulan 2 KRK olan 1. dereceden akraba ve 2 jenerasyondur devam etmesi
- 3. dereceden bir başka akrabada ise beklenmeyen erken gelişen neoplazi veya endometrial kanser olması

Bethesda kriterleri, Amsterdam kriterlerine göre daha spesifiktir.

The Bethesda rehberi (guidelines)

- Eğer kanserlerden biri 45 yaşında ve adenoma 40 yaşına kadar tanı konursa;
- Eğer KRK e veya Endometrial kansere 45 yaşına kadar tanı konulur ise;
- Eğer sağ kolon kanseri histopatolojik olarak undiferansiye paterni ile (solid/cribiform) 45 yaşına kadar tanı konulur ise;

- Yada histopatolojik olarak yüzük hücreli tip KRK 45 yaşına kadar tanı konulur ise

Onun altında yatan şey, demin de söyledim Kanserle savaş tarihi size diyor ki karar verirken aşağıdaki soruları mutlaka kendinize sorun;

- 1- Aile hikayesi var mı veya beklenenden daha erken yaşta bir kanser geliştirme var mı?
- 2- Genetik testin sonuçlarını kime, neye göre değerlendireceğiz söyleyecek birisi var mı?
- 3- Hangi testleri isteyeceğimi biliyormuyum?

Genetik durum bir şekilde ortaya konulduğün da bu riski azaltmak için ne yapacağın gösteren biri var mı? Bu insanlar sizlersiniz.

Peki, ülkemizde kolorektal tarama nasıl yapılıyor birincisi gizli kan ile yapılıyor hemen söyledik 50 ile 70 yaş arasında 2 yılda bir sensitive gaitada gizli kan testi yapıyoruz. Amerika Avustralya İngiltere Avrupa'daki bazı ülkeler ve Japonya'da buna dahildir. Onlar yılda bir öneriyorlar. Bizde ise 2 yılda bir öneriyorlar.

Baryumlu kolon grafisini lütfen yaptırmayınız, kesinlikle yaptırmayınız. Klasik kolonoskopi 5 ile 10 yılda bir sol kolon, transvers kolon kanserlerinde tarama testi olarak kullanılıyor. Bizimkiler pek önemsemiyorlar. Bu neden önemli biliyor musunuz bunları sizler yapabilirsiniz onun için önemli. Bu ülkeyi yönetenler eğer sizleri alsalar 8 hafta ya da 6 haftalık bir kurs verseler bunu yapabilirsiniz. Şimdi biz bunları bıraktık yapıyoruz yapabilirsiniz ve hakikaten çok büyük bir adım olur şimdi biz bunları bıraktık cerrahlar mı yapsın gastroenterologlar mı yapsın. Ne için, pastayı paylaşamama uğruna heba ediyoruz. Kolonoskopi yapılabiliyor, BT kolonografi evrelemek için yapılabiliyor ve görüntü için yapıyoruz. Kapsül gastroendoskopiden uzak durun. Kolonografi önemli güzel gösteriyor, yerinde gösteriyor. Sensitivitesi düşük. Lakin ucuz, çabuk yapılabiliyor omnipak verip hava verip çekiyorsunuz, çok kolay bir yöntem. Çok teşekkür ederim beni dinlediğiniz için.

MEME KANSERLERİNİ ÖNLEME PROGRAMI

Doç. Dr. Serap GÜLTEKİN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Değerli meslektaşlarım Türk Tabipler Birliği'ne bu güzel toplantıda bana yer verdiği için teşekkür ediyorum. Ben de meme kanseri taramalarında karşımıza çıkan sorunlardan bahsedeceğim.

Meme kanserinin progresif bir hastalık olduğu gerçeği, erken tanıyla daha iyi bir prognoza sahip olduğu gerçeği meme kanseri taramasının temel mantığını oluşturur. Tarama yöntemleri, kendi kendine muayene, fiziki meme muayenesi ve görüntüleme yöntemleri olarak sıralanır. Mamografi bildiğiniz gibi altın standarttır. Bunun dışında ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme seçilmiş durumlarda uygulanır. Son 10 yılda uygulamaya konulan üç boyutlu mamografi ve dijital meme tomografi sentezi de uygulanmaktadır.

Kendi kendine muayenesinin, uzun dönem çalışma ve meta-analizlerde meme kanserinin mortalitesini düşürme etkisi gösterilememiştir. En önemli faydası meme kanseri farkındalığının artırılmasıdır. Pek çok tarama rehberinden tarama yöntemi olarak çıkarılmıştır.

Klinik meme muayenesi, kesin olmasa da meme kanserlerinin % 5-10'unun sadece meme muayenesi ile gösterildiği hesaplanmıştır.

Klinik USPSTF ("United States Preventive Service Task Force" "Amerika Önleyici Hizmet Görev Gücü") 2009 yılında ve Amerika Kanser Derneği 2015 yılında meme muayenesini ortalama riskli her yaş kadın etkin olmadığını belirterek tarama programından çıkarmışlardır. Klinik meme muayenesi de kendi kendine meme muayenesi de mamografi ile birlikte etkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün de tarama testleri için bazı özellikler olması gerektiğine dair yazısı vardır. Bu özelliklere özen gösterilmelidir;

- Tedavi edilebilir dönemde saptanmalı,
- Güvenilir olmalı,
- Kabul edilebilir olmalı,
- Kabul edilebilir bir yalancı pozitifliği, yalancı negatifliği olmalı,
- Her yerde bulunabilmeli, ucuz olmalı,
- Güvenilir olmalı ve kişiye bir zararı olmamalıdır.

İşte, etkili ve ulaşılabilir olması, tekrarlanabilir olması, ucuz olması nedeniyle meme kanser taramasında altın standart mamografidir.

Mamografi x ışını kullanılarak memenin görüntülenmesidir. Her iki memede ikişer poz olmak üzere dört temel poz elde edilir. Eğer şüpheli görülürse ek görüntü istenebilir ki, bu bizim geri çağırma-rımızı oluşturur. 1. grafi de meme yukarıdan aşağı sıkıştırılır. 2. grafide ise yan görüntü elde etmek için oblik olarak çekim yapılır. X ışını 45 derece açı ile çarpar. İyi bir kompresyon yapılsa daha net daha iyi bir görüntü elde edilir, super-pozisyon azaldığı için hastanın aldığı doz azalır. Böylelikle küçük meme kanserinin yakalanma şansı artar. Sonuçta radyolog incelerken ki bu bir grafiyi diğerleriyle sağlı- sollu karşılaştırılarak yapılır. Varsa, genellikle eski filmlerde karşılaştırılır. Bir filmde anlamsız gelen bir görüntü eskisiyle karşılaştırıldığı zaman anlamlı hal alabilir. Beyaz alanlar fibroglandüler görüntüler x ışınını daha fazla tuttuğu için beyaz görünür. Daha siyah görünenler ise yağ dokusudur. Bu fibroglandüler dokunun yağ dokusuna oranı herkeste aynı değil. Memeler mamografide dörde ayrılıyor aslında.

- tip a yağlı meme,
- tip b meme hafif dens meme,
- tipte c orta derece dens meme,
- tip d diffüz dens memedir.

Pratik olarak a ve b yağlı meme, c ve d meme dens meme olarak kabul ediliyor. Pratikte bunu belirleyen yaşır ve menapozla birlikte östrojen azalınca fibroglandüler doku atrofiye olur ve fibroglandüler dokunun yerini yağ doku almaya başlar. Bu neden önemli çünkü dens memede tomografik duyarlık düşer tümörde beyaz görünür. Oysa siyah bir zeminde beyaz bir tümörü görmek bizim açımızdan daha kolaydır.



Baktığımız zaman mamografinin duyarlılığı %72-95 özgünlüğü ise 94-97 civarındadır. (Breast Cancer Surveillance Consortium (BCSC). Sensitivity and specificity of for 2.264.089 screening mammography examinations from 2002-2006. August 9, 2012,Miglioretti DL, AJR 2015;204(4):W486–91.)

Şimdi mamografik tarama yararlı derken bunu nereden bulduk. Yararlı demek için meme kanserinden ölüm oranının düştüğünün gösterilmesi ve erken teşhis ile daha iyi morbidite oranına ulaşılmasından bahsediyoruz. Daha da az agresif tedaviyle daha az kemoterapi ile hastanın hem yaşam kalitesini hem yaşam süresini uzatıyoruz. Bunlar mamografinin getirdiği yararlardır.

Tarama yönteminin kontrol grubu ve taranan gruplar da randomize kontrollü çalışmalarda istatistiksel olarak ölüm oranlarının azaldığını göstermesi gerekir. Diğer taraftan ise gözlemsel olan randomize kontrollü olmayan radyolojinin ışın içine girmediği toplum bazlı taramalarla ki bunlar kontrol grubu olmayan çalışmalardır, radyolojinin ışın içerisine girmesi gerektiğini göstermektedir.

Meme kanserlerinin boyutu, metastaz sonucu gelişen lenf boyutu evre analiziyle mamografik kontrollerin yararlı olduğunu araştıran

çalışmalar 1970 li yıllarda mamografinin ilk çıktığı dönemlerde art arda yayınlanmaya başladı. Bu çalışmalar alt-alta incelendiğinde birçok çalışmada istatistiklerde ölüm oranlarının azaldığı gösterilmiştir. Bu da mamografinin etkili olduğu anlamına gelmektedir.

Mamografi (MG) ile Taramada Rastgele Kontrollü Çalışmalar

Çalışma	Yaş (yıl)	MG plan sayısı	MG sıklığı (ay)	MG tarama sayısı	Klinik Meme Muayenesi (KMM)	Ölüm oranı azalması
HIP (New York)	40-64	2	12	4	yok	%23
Malmö	45-69	1-2	18-24	5	yok	%19
İsveç	40-74	1	23-33	4	yok	%32
Edinburgh	45-64	1-2	24	4	yok	%29
Kanada	50-69	2+KMM ve KMM sadece	12	5	yok	-%2
Stockholm	40-64	1	28	2	yok	%20
Göteborg	40-59	2	18	4	yok	%23

Smith RA, Duffy SW, Gabe R ve ark. The randomized trials of breast cancer screening: what have we learned? Radiol Clin North Amer 2004; 42: 793-806

Bu çalışmalarla yapılan meta analizlere bakıldığında zaman ortalaması 50-74 yaşlar arasında mortalitede % 22 ile 32 azalma gösterilmiştir. Ancak mamografi karşıtı görüşler de aynı zamanda oluşmaya başlamış. Mamografi Tıp tarihinin en çok tartışılan, test edilen bloğu olmuş. Karşıt görüşler ve çalışmalarda aynı hızda yaygınlaştı. O çalışmalardan bazılarında bahsetmek isterim.

Nordic Cochrane Centre 2000, 2001

Nordic Cochrane Centre 2011

SEER veri tabanı 2012

Kanada Ulusal MG Tarama Çalışmaları 2014

Kohrain Enstitüsü bu iddiaları ve çalışmalarını teker teker ve uzun uzun çalışmalarla tekrar yayınlıyor.

Tarama ile % 30 fazla tanı,

-10 yıl boyunca tarama sürdürülen 2000 kadın;

1 kadın – yaşamı uzamış

10 kadın – fazla tedavi verilmiş

200 kadın – yalancı pozitif tanı nedeni ile psikolojik stres yaşamış

Zarar ? Yarar ? Tanı?

Bu paylaşımlar herkesin kafasını daha da karıştırıyor. Bu çalışmalar bütün dünyada yeniden gözden geçiriliyor.

Ülkemizde radyoloji uzmanları derneğinin yayını olan RCV Kohrein Enstitüsünün çalışmasıyla bilimin gözardı edildiğini söylüyor, meme radyologları mamografi meme kanserinde evre atlatabilir yani erken evrede yakalanmasını sağlar ancak koşulları var. Görüntüler mutlaka kaliteli olmalı uyarısını yapıyor.

Kanada’da mamografi karşıtı çalışmalar Kohrein Enstitüsü tarafından incelemeye alınmıştır.

Tarama testi için kanada çalışmasını kusurlu buluyor.

- 1- Görüntüler çok kötüydü, çok kötü ilkel cihazlarla, kötü pozisyonlarla bir aylık eğitilmiş radyologlarla yapılan tarama programlarının başarısız olması kaçınılmazdır. Dolayısıyla kalite olmadığı zaman bir film çamur gibi bu film nasıl değerlendirilebilir,
- 2- Toplum tabanlı tarama değil davet usulü ile yapılmıştır bu nedenle bu çalışma göz ardı edilmelidir deniyor.

Amerikan Kanser Derneği ve radyologlarının görüşleri şöyle;

(American College of Radiology, Society of Breast Imaging);

Kanada çalışmasında;

1-İkinci el kötü kalite cihazlar, kötü hasta pozisyonlama, deneyimsiz radyologlar (1 aylık eğitim)

2-Adil randomizasyon yok

3-Fizik muayene randomizasyondan önce yapılmış

4-Toplum bazlı tarama değil, davet usulü ile tarama yapılmaktadır.

5-Kanada çalışmasında taramaya davet edilen kadınların meme kanserinden ölüm oranları düşük çıkar, çünkü kadınların hepsi gelmiyor ama taranan gerçek katılımcılarla yapılan çalışmalarda bu oranların arttığı görülmüştür.

MG Tarama Destekçileri

- **USA Koruyucu Hizmetler Birimi**
- **Taramaya davet edilen kadınlar üzerinden hesaplamaların yapıldığı çalışmaların metaanalizleri yapılmıştır**

Davet edilen kadınların %67'si taramaya gelmektedir

- **Taranan sayılar üzerinden yapılan hesaplamalarla davet edilen kadınlara göre istatistiksel farklılık mevcuttur**

» Hendrick RE, AJR 2012

Berg WA, JAMA 2010, Kopans D, Radiol Clin North Amer 2010

Tarama destekçileri yani Amerika Koruyucu Hizmetler Birimi söylenen olumsuzlukları tek tek ele alıyor, ele aldığı başlıklar şöyle;

- Radyasyon
- Yalancı-pozitif sonuç

- Anksiyete, ileri tetkikler, biyopsi, zaman kaybı
- Yalancı-negatif sonuç
 - Tanıda gecikme
 - Fazla tanı ve fazla tedavi (“overdiagnosis, overtreatment”)

Geri çağırma oranları ($< \%10$) ve biyopsi oranları ($\% 2-3$) aslında kabul edilebilir düzeylerde. Biyopsilerin $\% 20-40$ 'ı kanser olarak gelmektedir.

Meme kanserinin erken teşhisi ile mastektomi ve kemoterapiye gerek olmadan tedavi mümkündür. İleri evre hastalık veya nüks oranları azaltılmış olur. Ancak bunlardan USA Koruyucu Hizmet Birimi Raporu'ndan bahsedilmemektedir.

USA Koruyucu Hizmetler Birimi;

- 40 yaş etkinliğini ($\% 30-40$ mortalite azalması) gösteren gözlemsel çalışmalar dahil edilmemiştir.
- 50 yaş sınırının bilimsel bir değeri yoktur
- 45-49 & 50-54 yaş, meme kanseri oranı aslında aynıdır

Genç kadınlarda yıllık tarama önemlidir.

40-49 yaş sojourn süresi 1.9 yıl

50-69 yaş sojourn süresi 2.8 yıl

40-49 yaş taranması ile daha az nodal metastaz ve artmış sağkalım sağlanır. Shen N, Annals of Surg Oncol 2011 IARC NEJM 2015

Tüm literatürün sistematik olarak tekrar değerlendirilmesi

-Kanıta dayalı analiz oluşturulması

-50-74 yaş kanıta dayalı mortalite azalması

-40-49 yaş kısıtlı etkili

-Fazla tanı, fazla tedavi için kanıt yeterli

- Modern tarama programlarında $< \% 10$ fazla tanı, Davet edilenlerde $\% 23$ mortalite azalması

- Gerçek katılanlarda % 40 (7-9 kadın /1000) mortalite azalması
 - Radyasyon
 - Yalancı-pozitif sonuç
 - Anksiyete, ileri tetkikler, biyopsi, zaman kaybı
 - Yalancı-negatif sonuç
 - Tanıda gecikme
 - Fazla tanı ve fazla tedavi (“overdiagnosis, overtreatment”)
- RADYASYON; Temel risk, glandüler dokuda kanser indüksiyonu
 - Her filmde 4.2 cm lik meme kalınlığı için ortalama glandüler doz 1,5-2 mGy (150-200 mrad)
 - 45 yaşındaki 1 milyon kadına 1mGy doz verildiğinde fazladan sadece 2 meme kanserinden ölüm
 - Kar, 1/100 kanser tespit
 - Muhtemel meme kanseri indüksiyonu 1-2/100.000
 - Yalancı pozitif sonuçların % 20’sine biyopsi
 - Anksiyete,
 - Genç yaş, tarama aralıkları arttıkça, ailesel risk faktörü, biyopsi hikayesi, östrojen kullanımı, radyoloğun karakteri, dens meme yapısı, eski mamografilerle karşılaştıramama yalancı pozitifliği artırır.
 - Zaman kaybı, gereksiz biyopsi

Özetle Mamografi karşıtı görüşler şöyle sıralanabilir;

2002- 2001 yılında bir grubun çalışmalarıdır, bu 2011 yılında tekrar yayınlandı en son 2014 yılında Kanada sonuçları var. Bunlar mamografik taramanın zıt görüşleri. Bu mamografi karşıtı görüşler

de mamografinin mortaliteyi azaltıcı etkisi olmadığını göstermeye çalışıyor.

Amerika'da bu çalışmalardan etkilenerek 2002 yılında 40-49 yaş kadınları taramaya dahil ediyor ama 2009'da 40-49'u taramadan çıkartıyor. 50 - 74 yaş taramalarını yapıyor. 74 yaş üstünde yeterli kanıt yok diyor. 40- 49 yaşında kişinin durumuna göre karar verilebilir gibi bir argüman geliştiriyorlar. Neden çıkarttın diye soruluyor. Çünkü 40- 49 yaş grubunda 52 yaşa göre taramanın başarı oranı daha düşük, yalancı pozitiflik yüksek. Bu nedenle yalancı pozitiflik yeni mamografiler, biyopsiler gibi gereksiz işlemlere neden oluyor. Bundan sonra çok hızlı bir şekilde İnsanların kafası karışıyor. Acaba hangi rehbera uyacağız.

Amerika Kanser Derneğinin kafası karıştığı gibi, %30 oranında kadınlarda da kafa karışıklığı oluşuyor. Özellikle 40-49 yaş ne yapacağız diyor.

Bahsettiğim diğer çalışmada ise burada da 1978 -2008 veri tabanları karşılaştırılmış. Evet, mamografi tarama erken evre meme kanserini arttırıyor ama bakıldığı zaman ileri evre meme kanseri sabit. O zaman ne oluyor aradaki grup, evet hastayı teşhis ediyor ama hastayı ileri evreye göndermiyor Bunun oranını da 1/3 veriyor uzun dönem mortaliteye etkisi yok diyor.

Evet, İngiltere paneli ise fazla tanıyı kabul ediyor ama etkinliği de gösteriyor.

İngiltere 50 yaş, 10 000 kadın, 20 yıllık tarama, 43 meme CA önlenir, 129 kanser fazla tanı mevcut. Ama bu çalışmayı değerlendiriyor ve diyorlar ki kadınlar tarama öncesi bilgilendirilmelidir. Mamografi ile taramadaki sınırlamalar, sorunlar nelerdir deyince radyasyon Yalancı pozitiflik yalancı negatiflik ya da fazla tanı ve tedavi neden oluyor mamografinin gerçek tartışılma nedeni fazla tanı ve fazla tedavidir. Radyasyon düşük bir miktardır dediğim gibi 45 yaş üzeri tarandığında 1 milyon kadın da fazladan 2 meme kanserinden ölüm görülüyor. Bayan radyologlar da yalancı pozitiflik daha yüksek olurken erkeklerde yalancı pozitifliğin daha düşük olduğu gösterilmiş.

Yalancı negatiflik yani var ama görmediğimiz vakalar. Palpable meme kanserlerinin %10-15 i mamografi de görülmez. Dense memelerde duyarlık maalesef % 40 kadar düşebilir. Fazla tanı ve tedaviye gelince bir meme kanseri teşhis ediliyor ama o hastayı hiçbir zaman ölüme götürmeyecek meme kanseri. Ama o zaman bu neden teşhis ediliyor neden tedavi ediliyor. Mamografinin tartışılma sebebi de bu fazla tanı fazla tedavi. Tarama programlarının etkinliği uzun dönemde ortaya çıkar.

Şimdi radyologlar buna ne diyor, mamografi artık o kadar etkili o kadar teknik güzel dijital makinalar var, çok güzel vakalar seçiyoruz, çok güzel duktal karsinoma insitu vakaları yakalıyoruz. Ama bu meme kanseri ölümcül ya da değildir diyemiyoruz. Etkili bir erken tanı yapıyorsak aslında fazla tanımızda yüksektir. Bunun getirisi budur erken tanı yapıyorsanız yalancı pozitiflikte çok olacaktır. Burada patologlar iş düşünüyor.

Şubat 2014 de Doktor Miller ile tarama programı yayılıyor. Mamografi ile taramada sınırlamalar ve sorunlar başlığı altında paylaşıyorlar.

Sorunlar;

- Radyasyon
- Yalancı-pozitif sonuç
 - Anksiyete, ileri tetkikler, biyopsi, zaman kaybı
- Yalancı-negatif sonuç
 - Tanıda gecikme
- Fazla tanı ve fazla tedavi (“overdiagnosis, overtreatment”) başlığı altında değerlendirmeleri şöyle;

1-Hiçbir zaman ölüme yol açmayacak kanserler

2-Spontan regresyon (tartışmalı)

3-DKİS

4- 8/100.000 ileri evre kanseri önlerken, 122/100.000 ileri evreye ilerlemeyecek meme kanseri gösterir ----- Bleyer A, NEJM 2012

Bir diğer çalışmada bu oran % 25. Welch HG, J Natl Cancer Ins 2010

Ancak kısa takip süresi olan çalışmalarda fazla tanı yalancı olarak yüksek çıkar ve mortalite düşüşü yalancı olarak düşük çıkmaktadır.

Sonuç:

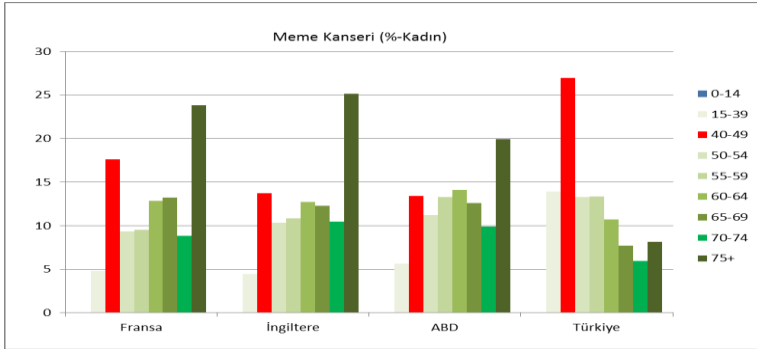
- Kanserlerin %22 'si fazla tanı alır, yani progresif ve ölümcül olmayan kanser ile ölümcül olanı radyolojik olarak ayırt edemiyoruz Üstelik etkili bir erken tanı fazla tanıyı içermelidir
- Biyolojik açıdan önemli tümörlerin patolojik olarak ayrılması veya tedavisi konusunda onkolojik ilerlemeler, seçicilik olmalıdır
- Tarama testinin etkinliği fazla tanı ve fazla tedavi ile ölçülmesi haksızlıktır (RADYOLOG GÖRÜŞÜ)
- Unutulmamalı ki erken tanı ve uygun tedavi meme kanserinden ölüm oranını düşürür. Hastanın yaşam kalitesini artırır.
- Kadınlara taramaya başlamadan önce taramanın olası yan etkileri, fazla tanı ve fazla tedavi konusunda bilgi verilmelidir.
- Hastalar bilgi sahibi olmak istiyorlar, % 30 fazla tanı oranı bile çoğunu mamografik taramadan vazgeçirmiyor, kanser saptandığı takdirde fazla tedavi açısından durumu değerlendireceklerini belirtiyorlar. Waller J, BMJ 2013

Mamografi Tarama Rehberleri

- Dünyada tartışması gereken bir konudur ve değişik ülkelerde değişik programlar mevcut
- Yaş aralığı
alt sınır – 40? 49?
üst sınır – 69? 74?
- MG sıklığı
yıllık? iki yıl?

- Tarama; Örneğin ülkemizde, diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak genç meme kanseri oranları yüksektir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 40-49 yaş meme kanserleri tüm kanserlerin % 40'ını oluşturmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı ulusal tarama programını oluştururken 40-49 yaş da taramaya dahil etmiştir.(Levent ÇELİK, Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics 2017;10(3):185-97

Meme Kanseri-Yaş Dağılımı



Mamografi Tarama Yıllık?

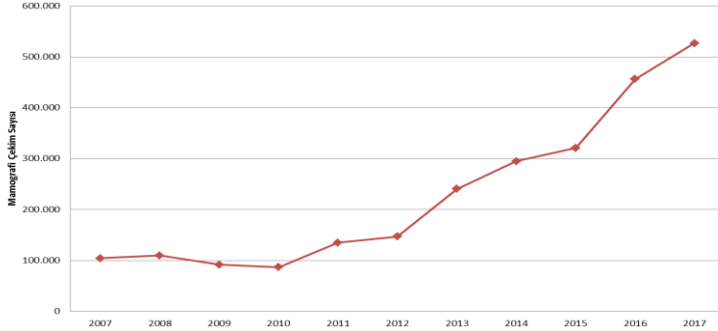
- Meme Kanseri Gözleme Konsorsiyumu ("The Breast Cancer Surveillance Consortium") 50 yaşından genç dens meme yapısına sahip kadınlarda iki yılda bir taramanın yıllık tarama ile karşılaştırıldığında ileri evre meme kanseri riskini artırdığını belirtmiştir.
- British Columbia'da yıllık taramadan iki yıllık taramaya geçiş, nod pozitif invaziv meme kanser oranlarında hafif artışa sebep olmuştur.
- Premenopozal dönemde iki yıllık ve yıllık tarama ile takip edilirken tanı alan tümörler karşılaştırıldığında, iki yılda bir taranan grupta kanserlerin % 21-28 daha büyük ve daha ileri evre olduğu gösterilmiştir.

Türkiyede Mamografi-Meme Kanseri Taraması

- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Dairesi Başkanlığı 2015 ulusal organize toplum temelli bir meme kanseri tarama programı başlattı
- Yapılan taramanın çoğu **Fırsatçı tarama**. 2007'den sonra KETEM'lerde taranan mamografi sayısı artmış. Toplum bazlı tarama daha toplumun küçük bir kısmını oluşturuyor.
- Bu taramalarda, tarama yapıldıktan sonra bütün görüntüler merkezi olarak bir merkezde toplanıyor çift okuma oluyor. 2 radyolog birbirinden bağımsız okuyor. Eğer aralarında anlaşma varsa oluyor, aralarında anlaşma yoksa bu konuda daha tecrübeli üçüncü göze gidiyor. Ona göre karar veriliyor. Böylelikle yalancı pozitiflik azaltılıyor İkili okumada 25- 30 yıllık tecrübeli hekimler çalışıyor.
- 40-69 yaş grubuna, iki yılda bir yapıyor
- Güncel verilere göre yaklaşık bir milyon kadın taranmış yaklaşık 1200 meme kanseri tespit edilmiştir.
- Türk Radyoloji Demeği Meme Alt Çalışma Grubu, 2011 yılında ortalama ve yüksek riskli hastada tarama rehberinde 40 yaşından itibaren yıllık kontroller, yaşam beklentisi 5 yıl ve daha az ise taramanın 70-74 yaşında durdurulması öngörülmektedir
- 40-49 yaş taraması neden tartışmalıdır? Bu yaş aralığında tümör, diğer yaşlara göre daha hızlı ilerler. Dolayısıyla belirtisiz dönemden klinik açıdan belirtilerin olduğu döneme kadar geçen süre kısadır. Bu yaş aralığında duktal grade 3 karsinom daha sık görülür.
- O HALDE 40-49 YAŞ TARANMALIDIR

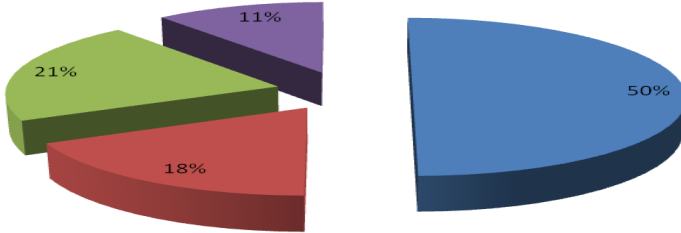
Feig SA, Screening results, controversies, and guidelines. In Diagnosis of Diseases of the Breast. Basset LW, Jackson VP, Fu KL, Fu YS (eds). Elsevier Saunders, 2005, s371-387

ÜLKEMİZDE KETEM TARAMALARI 2007-2017



2015

- SB HASTANELERİ
- ÖZEL HASTANELER
- HALK SAĞLIĞI
- ÜNİVERSİTE HASTANELERİ



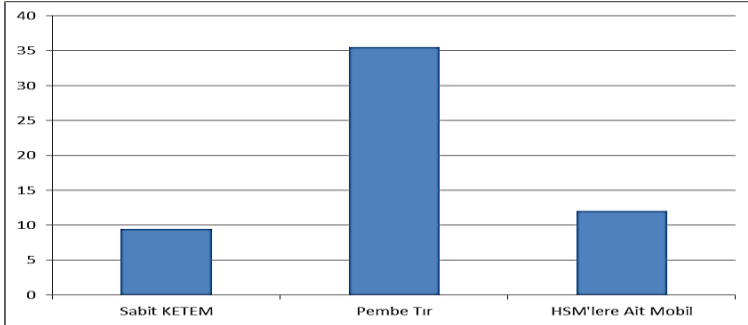
Bu taramalar da Türkiye’de Türk Radyoloji Derneği mamografi okunmasında bir standart getirdi. Başlangıçta Türkiye ‘de mamografide yalancı pozitifliği **KETEM’lerde** yüzde kaç biliyormusunuz, %80 idi. Yani radyolog, dense meme görünce hepsine Birads 0 diyor hastaları 2. ve 3. Basamağa gönderiyordu. Tarama için yalancı pozitiflik yüzde 10 altında olacak. İlk tarama için % 15 den-

mişti. Bakın burada %5. Bu bir başarıdır. Hollanda'da bu oran%2-3.

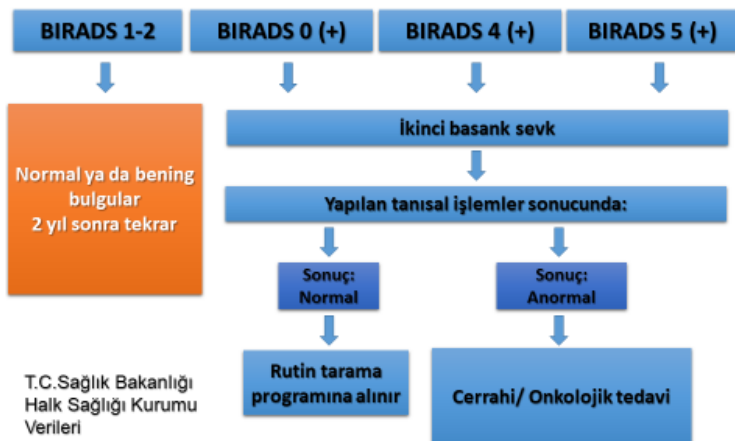
Ülkemizde yakalanan oran, iyi bir oran. 1 000 000 kadının tarandığı biliniyor 1200 kadın meme kanseri teşhisi almış 35 tane yalancı pozitif bulunduğu belirtiliyor. Bunlar çok iyi oranlar. Başarının sebebi ikili okuma yapılması. Peki, ülkemizde sorun var mı elbette var. Bu cihazların hepsi aynı kalite de değil. Dijital mamografi de en önemli sorun kalitedir. Teknisyenin eğitimi ve tecrübesi bu başarıda en önemli kriterlerden biri.

Birinci basamakta sorun çözülmüş gibi görünse de ikinci basamakta kesinlikle sorun var. Özellikle eğitilmiş radyolog, radyoloji teknisyeni kadar eğitilmiş cerraha ihtiyaç var. Eğitim almış hekimlerin tayininin çıkması, yerine eğitilmiş hekim verilememesi, mecburi hizmet süreci, performans ayrı bir sorun. **KETEM** 'den gelen hastalardan performans alınmıyor. Bu konuda ayrı bir ekip kurup devamlılık ve özerklik sağlanmalı. 2. Basmakta bu yapılamıyorsa gerçekten Niye devam ediliyor. Birinci basamağın kalitesinin uluslararası düzeyde olduğunu söyleyebilirim.

Sonuç; mamografi taraması etkili ama mükemmel değil. Mortalite azalması kanıta dayalıdır. Mortalitenin azaltılması için yeterli ve etkili takibe ihtiyaç vardır. Henüz ülkemizde koordinasyon kurulamamıştır.



Mamografi Algoritması



450.000 verinin ön analizi

	Şartname	Mevcut
Mamografi Pozitif öngörü	$\geq \%0,3$	$\%2$
Yaklaşık Bx Pozitif Öngörü	$\geq \%25-40$	$\%15$
Recall	15%	$\%5$
Yanlış Negatiflik	1-1,5/1000	0,1/1000

SONUÇ

Mamografi taraması mükemmel değildir

Mortalite azalması etkisi kanıta dayalıdır

Kanıt yeterli ve etkili takip ve değerlendirmeyi gerektirir

Diğer test ve tedavilerde olduğu gibi mamografi taramanın yan etkileri mevcuttur

Gerçek çelişki aslında şudur:

ERKEN TEŞHİS olmalı mı olmamalı mı ??

Semptomatik olana kadar beklemeli miyiz ?

Erken teşhis kemoterapi ile değişmeli o zaman ??

Sorular:

Soru: Evren: Slikonlulara mamografi çekilebilir mi?

Doç. Dr. Serap GÜLTEKİN: Çekilmesi sıkıntı. Özel teknikler var

Soru: Nuri Seha: Çok verimli bir sempozyum oldu Hocalarıma teşekkür ediyorum. 10 yıldır aynı ASM de çalışıyorum. Bütün hocalarıma bir sorum olacak. Gökhan hocam özetlemede davet edilenlerin değerlendirilmesi ile ilgili bir slayttınız olmuştu bizde davet edilenlerin gelmemesi durumunda performans yiyoruz. Şunu da sormak istiyorum öyle özel bölgelerde çalışmalar yapmışsınız ki bizde çalışma yaptığımız yerlerde özel ilgi gösteriyoruz. Ama çalıştığımız yerler uygun-suz mekanlar olduğu için hastalar çekiniyor. ASM ler bunun yapılması için çok uygun değil.

Prof. Dr. Gökhan TULUNAY: Aslında bu işler için KETEM'ler kuruldu bunların girişleri de ayrıydı. Yavaş yavaş KETEM'ler hastaneler tarafından bir yük olarak görülmeye başlandı. Ve buralardan çıkarıldı. Aslında en basiti serviks kanserleri smear alınması kolay ve basit ama gelmelerinde sorun var. Fakat biz çalıştığımız bölgelerde bunu yapabildik. Urfa da bile hastalar geldi hemşire hanımlar bunlardan smear topladı ama 2. basamakta aynı sorun 2/3 ü kaybolmuştur. Yani sağlık bakanlığının kaybolan 2/3 ile bizim Urfada kaybolan 2/3 oranları aynı. Çünkü telefonları değişiyor, 6 ayda bir adresleri değişiyor. Hasta gidiyor geliyor. Bu işi iyi yapan ülkelerde nasıl oluyor; iyi oluyor. %70 i taramazsanız anlamı yok zaten.

Soru: Sezai Hocam; GKG pozitif olan ve 2. Basamağa gönderdiğimiz özelliği bulunan hastalar oralarda yeterince ilgi görüyor mu?

Prof. Dr. Sezai DEMİRBAŞ: Siz aile hikayesi olan hastaları kaydediyor musunuz? Tabi kaydediyoruz. Bu kayıtları da gönderiyor musunuz? Gönderiyoruz ama sistematik değil. Ana sorun bu. Son zamanlarda çoğu bilgi internetten ve bunlar yalan dikkat edin yanlış demiyorum yalan. Bir sıkıntı var ve bu devam edecek gibi. Asistanımızı çalıştırmalıyız, kendimiz çalışmalıyız. Tarama sisteminin çalışması lazım, hatta fonların çalışması lazım. Bunların olması ve oluşturulması lazım.

Prof. Dr. Gökhan TULUNAY: Aslında hepsi kağıt üzerinde o kadar güzel var ki ama uygulamaya gelince yok.

Soru (Nuri Seha Yüksel): Kanser Taramaları esnasında özellikle HPV kanser taramasında her aksaklıkta aile hekimlerinden savunma isteniyor, sizin sunumunuzda ki en son slayt yani sonuç bölümü savunmada kullanabileceğimiz bir bölüm olmuş, teşekkür ederim. HPV için hastayı ikna etsek bile kalabalık koridorlar hastayı korkutuyor ve yaptırmadan gidebiliyorlar acaba taramalar için özel bir birim mi kurmak gerekir?

Sezai Hocama sorum ise, gaitada gizli kan pozitif hastalar 2. basamaktan sonuç alamadan dönebiliyor, özellikle ailede kanser öyküsü varsa hastayı bilgilendirerek yolluyorum. Ancak 2. basamak aynı duyarlılığı göstermiyor, performans endişesi uzmanların hastaya yaklaşımında güçlüklerle sebep oluyor

Üçüncü sorum Serap hocama Ana Çocuk sağlıklarında kurulan mamografi ler sağlıklı mıdır?

Doç. Dr. Serap GÜLTEKİN: Merkezi okuma çok başarılı, guideline lara uygun.

Prof. Dr. Gökhan TULUNAY, 35 Yaş civarında memede kitle yada ağrı hatta hamile iken meme kanseri tanısı alanlar var ,bu grup hekimleri için ciddi sıkıntı. Servix kanseri taramaların dada sorunu olan hastalar bizim için ciddi sıkıntı. Aynı bir birimde davet üzerine giden hasta taramasını yaptırmaması 2. basamakta kaybolan 2/3 hastayı azaltacaktır diye düşünüyorum. Tüm nüfusun %70 'i taranmazsa yapılan tarama anlamlı değildir.

Prof. Dr. Sezai DEMİRBAŞ, hastaya mutlaka evrak ve öz geçmiş ile ilgili bilgi düzenleyip vermek gerekir mutlaka 2. Basamaktan da neler yapıldı ile ilgili bilgi aktarılması gerekir. Aile öyküsünü ve bulguları mutlaka bilgisayarınıza işleyin. Bence kayıt ve takip en önemlisi. Sağlık Bakanlığı'nda kağıt üzerinde tüm düzenlemeler var ancak işleşte çok ciddi sıkıntılar var, kayıtlara mutlaka özen gösterilmeli.

Doç. Dr. Serap GÜLTEKİN: tarama sağlıklı insanlara yapılır, sorunu olan hastanın kliniğe gönderilmesi gerekir. Şikayeti olan hasta tarama hastası değildir, tanısız hastadır ve taramanın içine alınmaması gerekir. Bu çok önemli, tanısız kirlenmenin önüne geçmek lazım, gebelik ve 30- 35 yaş civarında şikayetleri nedeniyle başvuran hastalar tanısız hastadır tarama hastası değildir.

Soru: Gaitada gizli kan pozitif olan hastaların kaçısı kanserdir?

Prof. Dr. Sezai DEMİRBAŞ: yüzde 30 %37'si polip ve buna bağlı kanamadır, böyle düşününce yüzde 9 -10 kanser tanısı alınmıştır.

Soru: Prof. Dr. Ayşegül Özdemir: Türkiye'de meme kanseri taramalarında erken evre yakalanan vaka sayısı kaçtır?

Doç. Dr. Serap GÜLTEKİN: 1000 kadar taramada yakalanan pozitif ön izlem sonuçları klasifiye edilmemiştir, agresif kanser oranı 24 aylık interval Türkiye için yeterli mi, yoksa süreyi yeniden belirlemek mi gerekiyor bilmiyoruz.

Ayşegül Özdemir; Türkiye 'de 10 yıldır meme kanseri taraması yapılıyor çoktan bilinmeliydi İsveç ve Amerika'da erken evre yani evre 0 ve 1 meme ca oranı % 85 tir, taramaya ancak o zaman "etkin tarama" denir. Bizim ülkemiz için benim gözlemim yüzde 40'ı geçmez, son derece nitelsiz taramalar yapılıyor. Dijital mamografi ve diğer cihazların iyiliğinden kötülüğünden öte kötüye kullanım mevcuttur. Şunu demek istiyorum, taramaları bilimsel kriterler çerçevesinde ve her hekimin üzerine düşeni hakkıyla yapmasıyla başarıya ulaşabiliriz. Tüm raporlarda palpabl meme kanserinin yüzde 10'u mamografide tespit edilemez yazar. Bu not bizim başarısızlığımızın göstergesidir. Asıl sorun hastaların genel cerrahlar ile işe başlamasıdır, Tarama cerrahla başlamaz klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi yok ise neden cerrahla başlıyoruz. Hastaya bütüncül yaklaşım olmadığı sürece taramalar anlamsızdır. Cerrahi ile meme kanserinin hiçbir ilişkisi yoktur, yalnızca tedavi aşamasında yeri vardır. Kanser olup olmadığını radyolog söylemeli.

Prof. Dr. Sezai DEMİRBAŞ: 1-2 yerde size katılmıyorum. Evet kanser tedavisi multidisiplinerdir. Yalnızca taramada değil tedavide de ameliyata birkaç bölüm birlikte giriyor. Meme kanseri sadece radyo-

loğlara bırakılamaz, aynı zamanda yalnızca cerrahlara da bırakılamaz. Yöntem konusunda tedavi konusunda standartları oluşturmanız gerekir. Bir yöntem denendiğinde dönüp eksikleri tespit edip düzelterek yeniden bir yol oluşturmak gerekir. Kolon kanserlerinde vakaların %30-40 'ı 3. yada 4. evrede geliyor. Yeniden multidisipliner yaklaşımın şart olduğunu hatırlatıyorum.

Soru: Ahmet Aras; ben anlamadım, meme muayenesini taramadan çıkarttık mı?İşe yaramıyor mu?

Doç. Dr. Serap GÜLTEKİN: mortalite ile ilgisi olmayabilir ama farkındalığı artırır, bence çıkartılmamalı. Milimetrik bir kitleyi elle tespit etmeniz mümkün değil ama farkındalık açısından bence mutlaka yapılmalı.

Soru: Sultan Eser; HPV-DNA ile birlikte smear alınıyor ancak HPV-DNA (-) ise değerlendirilmeden atılıyor. Bu doğru mu? Başka bir yol var mı?

Prof. Dr. Gökhan TULUNAY: HPV DNA ile birlikte smear alınması doğrudur. Çünkü hastaya tekrar ulaşmak ciddi bir zaman kaybı ve emektir. İki ayrı örnek almak gerekemeyebilir, böyle yöntemler var ama daha pahalı bir yöntemdir.

Ayşegül Özdemir; MR Türkiye'de çok fazla çekiliyor. Bakanlık memnun, çok şaşırtıcı. Arkadaşlarımız "hasta ısrar etti, istedim" diyor. Buradan başlamak lazım. 2009 yılında 1 dekan "sürümden kazanmamız lazım, MR isteyin tomografi isteyin ucuz olanları bırakın" demişti. Asıl sorun bu dekan hastanesinin batmasını istemiyor, radyolog onca tetkikin içerisinde hastanın dosyasını görmeden, kliniğini bilmeden rapor yazıyor, USG yapıyor, mamografi değerlendiriyor. Hastanın elinde bir yığın tetkik var, hangisini elinize alıp, kıyaslayacaksınız. Günde 200 meme MR okuyan arkadaşımız var.

Soru: Ahmet Aras; HPV aşısı koruyucu mudur, sünnnet yeterli midir? Aşı yalnızca kadınlara mı yapılmalı?

Prof. Dr. Gökhan TULUNAY: sünnnet derisi taşımak önemli İsrail'de, müslüman ülkelerde HPV daha az görülüyor. HCV için yapılan çalışma var, Hepatit C enfeksiyonlarının yayılımı açısından yalnızca sünnnete güvenemeyiz. Ayrıca bu toplumlarda çok eşlilik var. Ancak bu

sistem kapalı bir sistem. HPV yada HCV bir kişiye bulaşmadan kapalı gruplarda görülmez. En çok suçlanan parametre çok eşlilik, bunu unutmamak gerekir.

Aşırıya erkeklerle de yapmak lazım, Avustralya'da hem kadınlara, hem erkeklerle yapılıyor. Sonuçta zengin ve nüfusu sınırlı bir ülke. Yapılan çalışmalarda erkeğe faydası daha az aşı yalnızca kadınlara yapılabilir. 9 ile 26 yaş arası yapılmalı 4 'lü aşı erkek çocuklarına öneriliyor, 9'lu aşı yalnızca kadınlara uygulanabilir. Tek tek aşı yaptırmamanın bir faydası yok, toplumsal immünizasyon göz önünde bulundurulmalıdır.

Soru: Recep Koç; Taramalarla ilgili Sağlık Bakanlığı'nın verdiği bütün rakamlar 1. Basamağa ait. 2-3 basamağı ait rakamlar verilmiyor. HPV de 5 yıllık program yapıldı, 3 yılı bitti. Bence aşı mutlaka Bakanlığın gündemine alınmalı bu kadar rakamın içinde boşuna uğraşıyoruz gibi geliyor bana.

Soru Erhan Özeren: Sağlık Bakanlığı taramaların bilimsel kısmı yerine, popülizm peşinde. Bizim yapacağımız iş tarama tanı ve tedaviden oluşuyor. Bize verilen görev bence yanlış. Ne Ketem ne 2. Basamak ne de bizler bilimsel ve ülkemizin ihtiyaçlarına yönelik bir çalışma yapmıyoruz

Prof. Dr. Sezai DEMİRBAŞ: Bakanlığın kanser tarama programı kağıt üzerinde doğru ancak işlem birkaç yerde kırılıyor. 1- Sağlık çalışanları çalışmaların sonuçlanacağına, yeni bir hedef konulacağını inanmıyor. 2-Sık sık yaşadığımız gibi bir süre sonra para yok denilerek kit alınamıyor ve çalışma durduruluyor. 3- Bir arada çalışmıyoruz, ekip kuramıyoruz. En tepede bakanlıkta bile kanser dairesi ile birinci basamak arasında çalışmalar koordineli değil, ikinci üçüncü basamağı hiç konuşmuyoruz bile. Ayrıca Ben bakanlığın insanlara yapmak istediğini tam anlatabildiğine de inanmıyorum, halk inanmazsa anlamazsa yapacağımız bir şey yok.

BİRİNCİ BASAMAKTA TOPLUM TABANLI KANSER TARAMALARI SEMPOZYUMU SONUÇ BİLDİRGESİ

17 Şubat 2018/Ankara

Bilindiği gibi, kanser tüm dünyada ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Kanserden ölümlerin önlenmesinde, hastalığın erken tespit ve tedavisinin önemi büyüktür. Ülkemizde bu amaçla yapılan kanser tarama programları değerlendirildiğinde; harcanan kaynak ve işgücünün uygun kullanılmadığı, veri kayıpları ve izlem sorunları olduğu görülmektedir.

Bilimsel veriler doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü tarafından da desteklenen kanser taramalarının başarısında aşağıda belirttiğimiz noktaların önemli olduğunu düşünüyoruz:

- 1) Taramalar toplum tabanlı planlanmalıdır.
- 2) Herkes için eşit ve ulaşılabilir olmalıdır.
- 3) Taramalar için halk eğitimi ile toplum hazırlanmalıdır.
- 4) Taramaların asli unsuru olan birinci basamak sağlık merkezleri (ASM ve KETEMLER) alt yapı, işgücü ve özlük hakları açısından tanımlanmalı ve işlevsel olarak hazırlanmalıdır.
- 5) Kayıt ve izlemler tek merkezli olarak yürütülmeli, aile hekimleri tüm bu süreçlerin içinde ve koordinasyonunda yer almalıdır.
- 6) Tespit edilen şüpheli/pozitif vakaların 2. ve 3. basamağa sevk ve tedavileri planlanmış, öncelik verilmiş ve örgütlenmiş olmalıdır.
- 7) Taramalar ve tedavi süreçleri eşgüdümlü bir ekip anlayışı ile yürütülmelidir.

Tüm bu çalışmaların kaynak ve işgücü açısından verimliliği için, ilgili meslek örgütlerinin temsilcilerinin de içinde yer aldığı, bağımsız, işlevsel, ulusal nitelikli bir Kanser Enstitüsü'nün varlığı gereklidir. Sağlık personeli bu enstitünün koordine edeceği eğitimlerle kayıt ve kodlama konusunda bir plan dâhilinde eğitilmeli ve standardizasyon sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın sağlığı tüketime dönüştüren politikalar yerine koruyucu sağlık hizmetlerini ve birinci basamağın güçlendirilmesini önceleyen politikalara yönelmesinin halk sağlığı ve ülkemiz açısından daha değerli olduğu düşünülmektedir.