

KANSERDE ERKEN TANI ve TARAMA PROBLEMLERİ

Dr. Alper A. Hatipoğlu

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi

Kanser, hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimi ile hem dünya hem de ülkemiz için bir halk sağlığı konusu ve problemidir. 2005 yılında dünyada 12 milyon yeni vaka ve 7,6 milyon kansere bağlı ölüm görülürken, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı projeksiyonlara göre, 2030 yılında, dünyamızda, 20 milyon yeni kanser vakası gelişecek, 12 milyon kansere bağlı ölüm olacak, ve kanser, hastalıklara bağlı ölüm sıralamasında birinci sıraya yerleşecektir. Dünya Sağlık Örgütü kanser hakkında 10 gerçeğe dikkat çekmektedir (WHO, 10 facts about cancer) ;

1. Vücudumuzu etkileyebilecek 100 den fazla kanser tipi vardır.
2. 2005 de 7.6 milyon insan kanserden ölmüştür bu da o yıl dünya genelindeki 58 milyon ölümün % 13 üdür.
3. Kansere bağlı ölümlerin % 70 den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir.
4. Sıklık sırasına göre dünya genelinde erkek ölümlerine yol açacak 5 kanser tipi ; Akciğer, Mide, Karaciğer, Kolorektal ve Özefagus kanserleridir.
5. Sıklık sırasına göre dünya genelinde kadın ölümlerine yol açacak 5 kanser tipi ; Meme, Akciğer, Mide, Kolorektal ve Rahimağzı kanserleridir.
6. Tütün kullanımı dünyada tek başına, önlenbilir, en önemli kanser nedenidir.
7. Dünya genelinde kanserlerin 5 de biri karaciğer kanserine sebep olan hepatit B virüsü (HBV) ve rahimağzı kanserine sebep olan human papilloma virüsü (HPV) gibi etkenlerle gelişen kronik enfeksiyonlara bağlıdır.
8. Kanserlerin 3 de biri erken yakalanabilir ve etkin tedavi edilirse şifa ile sonuçlanabilir.
9. Ağrıdan muzdarip kanser hastalarına ağrı kontrolünde ve palyatif bakımda geçerli bilgiler ışığında doğru uygulamalar yapılabilirse yardımcı olunabilir.

10. Tütün kullanmaz, sağlıklı beslenir, spor yapar ve kansere sebep olabilecek enfeksiyonları yenebilirsek kanseri % 40 önleyebiliriz.

Bu gerçekleri tek bir cümleyle özetlersek;

“Kanser, önlenir, erken yakalandığında da tedavi edilebilir hastalıklar grubudur”.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı Ulusal Kanser Kontrol Programları adlı kılavuzda, erken yakalama (erken tanı ve tarama) programlarının hangi kanserlerde uygulanması gerektiği konusundaki şu öneriler yer almaktadır;

• Hem erken tanı, hem tarama programlarının uygulanması önerilen kanserler: **Meme kanseri, serviks kanseri.**

• Erken tanı programları uygulanması önerilen, ama tarama programları uygulanması önerilmeyen kanserler: **Ağız boşluğu kanserleri, nazofarenks kanseri, mide kanseri, kolorektal kanserler, deri melanomu, melanom dışı deri kanserleri, over kanseri, mesane kanseri, prostat kanseri.**

• Erken tanı programlarının da, tarama programlarının da uygulanması önerilmeyen kanserler: **Özefagus kanseri, akciğer kanseri, karaciğer kanseri.**

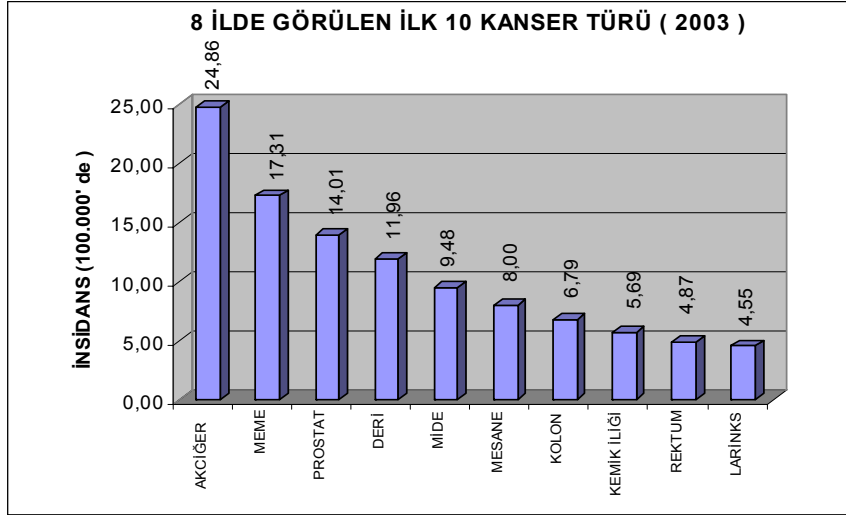
Bununla birlikte, Avrupa Birliği'nin kanser taramaları ile ilgili olarak 2003 yılında yayımladığı tavsiye kararında kadınlarda meme kanseri ve serviks kanseri yanında her iki cinste kolorektal kanserlerde de taramanın etkinliğinin gösterildiği, prostat kanseri için ise taramanın etkin olup olmadığını gösterecek çalışmaların devam ettiği not edilmektedir .

Ülkemizde de ağırlıklı olarak meme ve serviks kanserinde olmak üzere, tarama faaliyetleri, Sağlık Bakanlığınca oluşturulan politikalar doğrultusunda Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca 49 ilde kurulu Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) , Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde AÇS-AP Merkezleri ile 2. ve 3. basamakta yürütülen poliklinik ve klinik faaliyetleri eliyle yürütülmektedir. Ancak yaygın, organize, tüm hedef grubu kapsayacak bir toplum tabanlı tarama faaliyeti birkaç pilot çalışma dışında henüz gerçekleşmemiştir. Bunun toplumsal, organizasyonel, ekonomik ve insan gücü kökenli çeşitli sebepleri vardır. Bu sebeplere de değinilecek olmakla beraber geleceğe dönük planlamada en önemli sebep olarak görülen yeterli sayıda, eğitilmiş, kalifiye insan gücünün olmaması konusu ağırlıklı ele alınacaktır. Bu gerçekten yola çıkarak aşağıdaki satırlarda meme ve serviks kanseri taramaları daha çok insan kaynağı planlaması yönüyle ele alınmıştır.

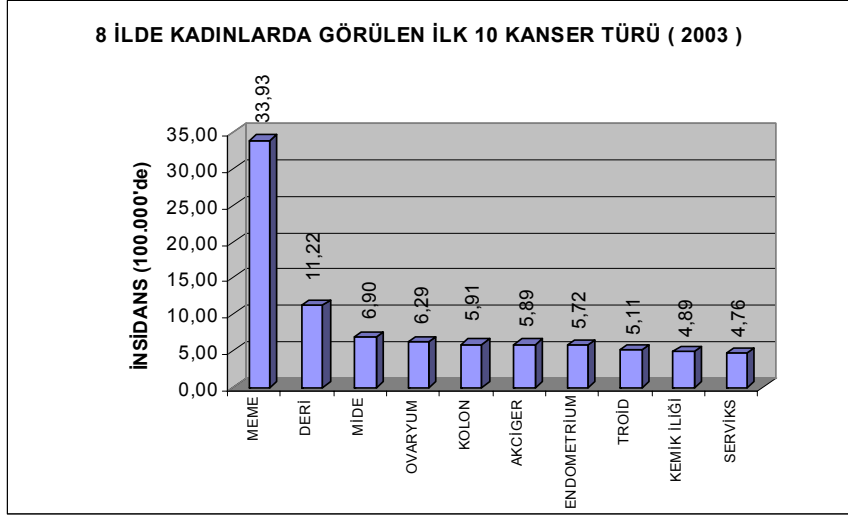
Türkiye kadın meme kanserlerinin en sık görüldüğü ülkelerden biri değildir ama Türkiye'deki kadınlarda en sık görülen kanser tipi meme kanseridir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2003 yılı verilerine göre meme kanseri, tüm popülasyondaki kanserler arasında akciğer kanserlerinin ardından 2. sırada, kadın kanserleri arasında da 1. sıradadır (Grafik 1 ve 2). Gene kansere bağlı ölüm nedenleri arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırayı almaktadır. International Agency for Research on Cancer'in 2002 verilerine göre Türkiye'deki meme kanseri insidansı yüzde 22 dir (ASR) . Aynı yıl içinde 6729 yeni meme kanseri vakası ve meme kanserine bağlı 2970 ölüm rapor edilmiştir(GLOBOCAN 2002).

Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Uygun yaş aralığında, uygun aralıklarla ve her adımda kalite güvencesi gözetilerek yürütüldüğünde toplum tabanlı meme kanseri taramasının (Klinik meme muayenesi + mamografi) kadın meme kanseri mortalitesini % 30 kadar düşürdüğü çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir.

Grafik 1



Grafik 2



Ülkemizde farkındalığı arttırıcı “Kendi kendine meme muayenesi” eğitimleri ile birlikte, 49 ilde kurulu “Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM)” eliyle ve Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca 20 Temmuz 2004 tarihinde yayımlanan “**Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları**” uyarınca meme kanseri taramaları sürdürülmektedir.

Bu standartlar çerçevesinde yürütülecek toplum tabanlı bir tarama ana başlıklarla bir cümlede “50 yaş altındaki riskli gruptaki kadınlar için hekimlerin belirleyeceği yaş ve sıklıkta olmak kaydıyla, 50-69 yaşlar arasındaki kadınlarda, 2 yılda bir, klinik meme muayenesini takiben çekilecek ve çifte okuma ile değerlendirilecek 2 yönlü (MLO ve CC) mamografi ” şeklinde tanımlanabilir.

Bu tanımdan yola çıktığımızda önümüze şöyle bir tablo çıkmaktadır;

- Eğer 50-69 yaş arasındaki kadınlar taranacak ise;

Kadın sayısı: **5.082.000** (TÜİK 2007 projeksiyonuna göre)

Bu tanımlamayı 40-69 yaşa çektiğimizde ise hedef nüfus bir anda **9.535.000** e çıkmaktadır.

- Mamografi iki yılda bir yapılacaksa, kabaca yılda **2,5 milyon** (ayda 200.000 kadar) çekim ihtiyacı var demektir.

Ancak 2006 yılı ve 2007 ilk 3 ayı içinde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri’ nde (110.746) ve 2006 yılında İstanbul Meme Polikliniklerinde (48.186) çekilen ve değerlendirilen mamografi sayısı sadece **158.932** dir. Hedeften çok uzak ve ihtiyacın çok altında olduğu

açık olmakla beraber , ülke genelinde devlet hastanelerinde çalışan radyoloji uzman sayısının yetersizliği ve buna bağlı iş yüklerinin ağırlığı göz önüne alındığında ulaşılan bu rakam bile bir başarı addedilebilir.

Serviks kanseri taramalarında da durum pek farklı değildir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2003 yılı verilerine göre serviks kanseri, tüm kadın kanserleri arasında 10 . sırada, jinekolojik kanserler arasında over ve endometrium kanserinin ardından 3. sırada gelmektedir. International Agency for Research on Cancer'in 2002 verilerine göre ise Türkiye'deki serviks kanseri insidansı yüzbinde 4,5'tir (ASR) ve Türkiye Kanser Kayıt Merkezleri'nin verileriyle de örtüşmektedir (Grafik 2). Aynı yıl içinde 1364 yeni serviks kanseri vakası ve serviks kanserine bağlı 726 ölüm rapor edilmiştir (GLOBOCAN 2002).

10-15 yıllık uzun preinvazif döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış sitolojik tarama yöntemlerinin varlığı, preinvazif lezyonların etkin bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle İnvazif Serviks Kanseri önlenabilir bir hastalık ve koruyucu yaklaşımlarda en fazla başarı elde edilen kanser türlerinden biri olarak kabul edilir..

Birincil korunma yöntemi olarak lansmanı yapılan aşılama ile ilgili şüpheler ve belirsizlikler halen mevcut olup, bilim dünyasında konuyla ilgili tartışmalar devam etmektedir. Bu tartışmalar nasıl sonuçlanırsa sonuçlansın serviks kanserinin kontrolünde erken tanı ve tarama önümüzdeki 20 yıl içinde de altın standart olmaya devam edecektir.

29 Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca yayımlanan "**Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları**" uyarınca serviks kanseri için sürdürülecek bir toplum tabanlı tarama programının çerçevesi aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

"Taramada mutlak hedef 35 - 40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az 1(Bir) kez rahim ağzı sürüntüsü aldırmasıdır. Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir ideal hedef ise, 35 yaşında başlanacak olan toplum tabanlı taramadır. Taranacak popülasyon, ETF'ler (Ev Halkı Tespit Fişi) esas alınarak tanımlanmalı ve geliştirilecek davet yöntemleriyle 5 yıllık intervallerle tekrarlanmalı ve son iki (2) testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir."

Bu tanımdan yola çıktığımızda önümüze şöyle bir tablo çıkmaktadır;

- Eğer 35-65 yaş arasındaki kadınlar taranacak ise;
Kadın sayısı: **11.377.000** (TÜİK 2007 projeksiyonuna göre) Bu tanımlamayı 30-65 yaşa çektiğimizde ise hedef nüfus bir anda **14.575.000** e çıkmaktadır.
- Toplam patoloj sayısı: **961** (01.01.2007 tarihi itibarıyla)

- Deneyimli bir patoloğ ağırlıklı olarak rahim ağzı sürüntüsü (smear) okur ise:

20-25 smear/gün

1 patoloğ yılda 220 iş günü çalışabiliyor.

$$220 \times 25 = 5500 \text{ smear/yıl}$$

- $5500 \times 961 = 5.285.500$ / yıl optimum şartlarda bir yılda okunabilecek smear sayısı

İhtiyaç ve eldeki insan gücüyle okunabilecek rahim ağzı sürüntüsü sayıları bu iken 2006 yılı ve 2007 ilk 3 ayı içinde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri' nde yapılan ve uzmanlarca değerlendirilen rahim ağzı sürüntüsü sayısı ise toplam **76831** dir. Gene, mamografide olduğu gibi hedeften çok uzak ve ihtiyacın çok altında bir sayı. Durum böyle olunca tarama merkezleri geniş katılımlı toplum tabanlı tarama programları gerçekleştirememekte, fırsatçı taramalar veya küçük gruplara yönelik pilot toplum tabanlı tarama çalışmalarıyla yetinmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da ne yazık ki kanserde erken tanı ve taramanın önemi ile ilgili bilimsel gerçekliğe ve bu konuda gerçekleştirilmiş ülkemiz dışındaki tecrübelerle uyuşmamaktadır.

Bu makalenin "Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri" başlığına uygun, genel bir bakışla sorunları bir araya getirirsek ;

- Kanserde erken tanı ve taramanın öneminin bırakın halkı ne yazık ki ilgili tıp disiplinleri tarafından da bilinmemesi veya sonuçları itibariyle kötü ama daha iyimser bir yorumla önemsenmiyor olması.

- Kaba bir tanımlamayla, konuda faaliyet gösteren kamu, sivil, üniversite kurumlarını organize edecek, çalışmaların koordinasyonunu sağlayacak, yön verecek, maliyet-etkinlik analizleri gerçekleştirecek, sonuçlarına göre tarama çalışmalarını dizayn edecek, bilimsel ve maddi destek sağlayacak, insan kaynağı planlaması yapacak, eğitimlerini organize edecek bir kurumun olmaması

- Toplum Tabanlı Meme ve Serviks Kanseri Taramalarının Ücretsiz Olmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı (Sayı:25924, 02.Eylül.2005) na rağmen uygulamada sorunlar yaşanması

- Tarama hizmetlerinin sosyal güvence kurumlarınca ödeme kapsamına alınmıyor olması

- Tarama merkezinde görevli pratisyen hekimlerce istenen tetkiklerin ödenmesiyle ilgili sıkıntılar yaşanması

- Kalifiye ara eleman sıkıntısı (röntgen teknisyeni, tıbbi teknolog, ...)

- **Ve makalenin ana konusu**, çekilen mamografileri ve alınan rahim ağzı sürüntülerini değerlendirecek olan radyoloji ve patoloji uzmanlarının var olan sistemde ülkemizin ihtiyacı olan tarama

hizmetlerinin gereğini karşılayacak sayıda ve yönelimi içinde olmaması şeklinde sıralanabilir.

İnsan hayatının kutsallığı gerçeğinden yola çıkarak ve ekonomi politik gerçekleri şimdilik kaydıyla göz ardı ederek geliştirilebilecek, uluslararası kabul görmüş ve uygulaması olan çözüm önerileri ise aşağıda sıralanmıştır.

- Tıp fakültelerinin müfredatında halk sağlığı uygulamalarının (önleme, korunma, vb.) sadece halk sağlığı stajlarında değil aynı zamanda ilgili tüm disiplinlerin stajlarında ve ilgili konularda başlık olarak geniş bir şekilde yer almasının sağlanması, uygulama sağlık ocakları gibi uygulama tarama merkezlerinin oluşturulması veya oluşturulacak protokollerle kurulu KETEM lerden bu şekilde yararlanılması

- “Türkiye Ulusal Kanser Enstitüsü” nün kurulması hakkında kanun için hazırlanmış olan taslak metindeki tanımı itibariyle “Türkiye’de kanser konusundaki araştırmalara destek vermek, kanserle savaş eğitiminin çağdaş standartlarda verilmesini sağlamak, ülkenin her yerinde kanser tanı ve tedavi standartlarının oluşturulmasına çalışmak, çağdaş tedavi yöntemlerini duyurmak, kanser tedavi yan etkilerini izlemek, bazı bölgelerdeki kanser artış oranlarını sürekli incelemek ve gerektiğinde alınacak önlemleri belirlemek, eylem planları hazırlayarak sunmak, bu konuda Devletin diğer kurumlarıyla işbirliği yapmak, kanser konusunda ülkemizde hizmet veren kamu veya özel sektöre bağlı kurumları koordine etmek, kanser konusunda her türlü güncel bilgiye kolay erişebilmeyi temin etmek, kanser verilerini sağlıklı olarak toplamak amacıyla, tüzel kişiliğe, idari ve mali özerkliğe sahip” bir kurumun gecikmeden kurulması

- Toplum Tabanlı Meme ve Serviks Kanseri Taramalarının Ücretsiz Olmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı (Sayı:25924, 02.Eylül.2005) nı destekleyen ve bilimsel kanıta dayalı her türlü tarama hizmetinin ücretsiz olmasını, tüm geri ödeme kurumlarınca bilimsel olarak tarif edilmiş tarama başlığının ödeme kapsamına alınmasını, kanun ve yönetmeliklerle tarama hizmetleri yürütmekle yetkilendirilmiş kamu, özel, üniversite kurumlarından çıkacak her türlü tetkik ve sevk evrakının uzman kaşesi aranmaksızın bütçe uygulama talimatlarında yer almasını ve karşılık bulmasını sağlayacak daha geniş kapsamlı bir bakanlar kurulu kararının çıkarılması

- Genel anlamda insan kaynağı planlaması ve ilgili projeksiyonlar (üniversite kontenjanları, özel sektör ihtiyaçları, kadro durumları ve maliye politikaları vb.) yapılırken ilgili tüm kurumların görüşlerinin alınması böylelikle kadro varken eleman olmaması, eleman boştayken ise yerleşecek kadro olmaması gibi tezatların yaşanmaması

- **Son söz olarak; acil eylem gereken konu ise,** halen 49 ilde kurulu , 2007 yılı sonunda kurulacaklarla 55 sayısına ulaşacak ve her ilde en az bir tane kurulması planlanan KETEM lerde çalışan ve bilfiil kanser tarama hizmetlerini gerçekleştiren pratisyen hekimlere verilecek eğitimlerle çekilen mamografilerin ve alınan rahim ağzı sürüntülerinin değerlendirilme ihtiyacının kısmen ancak anlamlı olarak karşılanmasıdır.

Uzmanlık dernekleriyle işbirliği içinde gerçekleştirilecek, içeriği ve kalite kriterleri oluşturulacak bu eğitimler sonunda sertifika ve sorumluluk alacak bir pratisyen hekim, çekilen mamografinin ve alınan rahim ağzı sürüntüsü preparatının kalitesine, normal anormal ayırımına karar verebilecek, yalnız anormal olduğunu düşündüklerini uzmanına yönlendirecek, uzman hekimlerin iş yükü ile zaman kayıpları azalacak ve böylelikle taramanın kapsadığı nüfus da artacaktır. Tarama merkezlerinde çalışacak, ebe, hemşire ve biyologlardan bu konuda iki yıl eğitim alarak yetiştirilecek Sitoteknolog (sitoteknisyen) kavramı düşünülen bir diğer çözüm önerisi olmakla beraber taramalarda aktif rol oynayacak ve sadece rahim ağzı sürüntüsünden sorumlu bir meslek grubu ekonomik olarak düşünülemeyeceğinden bu çözüm şimdilik kaydıyla uzak görülmektedir.