DERLEME / REVIEW **Genel Cerrahi** / General Surgery

Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı

Ramazan Kozan[1], Vehbi Yavuz Tokgöz[2]

[1]Eren Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
[2]Giresun Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Giresun, Türkiye

Ramazan Kozan, Op. Dr.
Vehbi Yavuz Tokgöz, Yrd. Doç. Dr.

ÖZET

Meme kanseri kadın cinsiyette en sık görülen kanserdir. Ülkemizde meme kanseri görülme sıklığındaki artış ve görülme yaşındaki düşüş göz önüne alındığında meme kanseri farkındalığı ve tarama programlarının önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Batı toplumlarına kıyasla ülkemizde genç kadın nüfusu belirgin biçimde fazla olup premenopozal meme kanseri insidansı da çarpıcı biçimde yüksektir. Etkin bir kanser tarama programı için toplumsal farkındalık şarttır. Devamlılık arz eden bir eğitim stratejisi ile bu farkındalığın sağlanması, toplumdaki yüksek riskli hastaların tespitine olanak veren, fırsatçı taramadan ziyade ülke koşullarına uygun şekillendirilmiş geniş tabanlı bir toplumsal tarama programı oluşturmak asıl hedef olmalıdır.

Anahtar sözcükler: meme kanseri, meme kanseri farkındalığı, meme kanseri tarama

SCREENING PROGRAM AND BREAST CANCER AWARENESS IN TURKEY

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent cancer type in women. When we consider the increase in its the frequency and the decrease in age of diagnosed patients, we realise that the importance of a screening program and breast cancer awareness is increasing day by day in our country. The population of young women is significantly higher than that in Europan countries and the incidence of premenopausal breast cancer is dramatically high in Turkey. Raised canser awareness is essential for the effectiveness of a cancer screening program. One way to raise the awareness of breast cancer is through continuous education strategies. The main objective should be to develop a broad screening program that allows identification of high-risk patients in the communities. This program should be designed according to the specific conditions of the country rather than be based on a random screening.

Key words: breast cancer, awareness of breast cancer, screening of breast cancer

Meme kanseri, dünyada akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanserdir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda kadın cinsiyet için en sık görülen kanser türüdür (1). Ülkemizde de meme kanseri kadınlar arasında görülen kanserler içinde 41.6/100.000 oranı ile ilk sırada yer almakta olup görülme yaşı giderek düşmektedir (2). Mevcut verilere göre Türkiye'de meme kanseri sıklığının doğu bölgelerinde 20/100.000, batı bölgelerde ise 40-50/100.000 oranlarında olduğu tahmin edilmektedir (3). Doğu ve batı kesimler arasındaki bu farkın ülkenin batı bölgelerdeki yaşam tarzının batı toplumlarına benzerliğinden kaynaklandığı öngörülmektedir.

İletişim:
Op. Dr. Ramazan Kozan
Eren Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: 0 532 763 16 97
E-posta: dr.kozan@hotmail.com

Gönderilme Tarihi : 29 Haziran 2015
Revizyon Tarihi : 18 Ağustos 2015
Kabul Tarihi : 18 Ağustos 2015

Meme kanserinin kadınlardaki en sık kanser türü olması ve görülme sıklığındaki artış nedeni ile toplumda meme kanseri farkındalığı ve tarama programları ciddi önem taşımaktadır. Ülkemizde 1993 yılı verilerine göre 24/100.000 olan meme kanseri insidansının 2010 yılında neredeyse 50/100.00 çıktığı görülmektedir (2,4). Gelişmiş ülkelerde meme kanserine bağlı ölüm oranları etkin mamografik tarama, erken tanı ve tedavi sayesinde düşmektedir. Ancak sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkeler ve gelişmekte olan ülkelerde toplumsal meme kanseri farkındalığının yetersizliği ve geniş tabanlı mamografik tarama programlarının olmaması sebebi ile kansere bağlı ölüm oranları belirgin biçimde yüksektir. Yapılan birçok çalışma toplumsal tarama mamografisinin 40 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri ölümlerini yaklaşık %25-35 oranlarında azaltabildiğini ortaya koymuştur (5,6).

Ülkemizde erken tanı için ulusal tarama programı oluşturulan iki kanser türünden biri meme kanseridir. Avrupa birliği ülkelerinde 50 yaş ve üzeri kadınlarda mamografik görüntüleme ve fizik muayeneyi içeren tarama programları nerdeyse otuz yıldır uygulanmaktadır. Türkiye'de de 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar yayınlanmış ve Avrupa ülkelerine benzer şekilde 50-69 yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir düzenli mamografik tarama ve fizik muayene önerilmiştir (7). Ancak ülkemizde Avrupa ülkelerinden farklı olarak kadın popülasyon daha genç olup meme kanserli her iki olgudan biri 50 yaş altında ve premenopozaldir (3). Oysa gelişmiş ülkelerde premenapozal meme kanserli olguların oranı tüm meme kanseri olgularının %25'i kadarıdır (3). Buradan hareketle tarama programı etkinliği açısından Türkiye'deki 40-49 yaş arası kadın nüfusun önemi kaçınılmaz bir gerçek olarak ortaya çıkmıştır. Bu durum göz önünde tutularak 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından toplum tabanlı meme kanseri tarama programı çalışmaları sırasında uyulması gereken standartlar yeniden belirlenmiş ve 'Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları' başlığı ile yayınlanmıştır. Buna göre Türkiye'de tarama mamografisinin 40-69 yaş arası tüm kadınlarda, her iki yılda bir yapılması benimsenmiştir (8).

Ülkemizin de içinde yer aldığı düşük-orta gelirli ülkeler grubunda meme kanseri insidansının gelişmiş ülkelere kıyasla belirgin yükselme eğiliminde olması batılı yaşam tarzındaki artış, doğurganlık ve laktasyon özelliklerindeki değişimler, beslenme alışkanlığı değişiklikleri, obezite ve hormon replasman tedavisi gibi eksojen faktörler ile ilişkilendirilmektedir (9). Mamografi taramasını standart olarak yapan endüstriyel ülkelerde meme kanseri mortalitesi azalmaktadır. Bazıları bu durumun primer olarak tedavideki gelişmelerden kaynaklandığını düşünürken bazıları da erken teşhisin tedavi opsiyonlarını iyileştirdiğine inanmaktadır (10). Meme kanserinde erken evre ve etkin tedavi birlikteliğinin iyi prognoz ile olan ilişkisi aşikardır. Tarama yöntemleri ile meme kanseri tanılarının % 61'i erken lokalize dönemde konulabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık sağkalım beklentileri % 99'dur (11). Tarama progamlarının amacı erken tanı ve etkin tedavi sayesinde daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sağlanması, sağkalım oranları ve süresinin arttırılması, sağkalımdaki yaşam kalitesinin yükseltilmesi, erken evrede tanı ile meme koruyucu tedavi seçeneklerinin de hastalara sunulabilmesidir. Bu sayede hem kişisel hem de çevresel psikolojik deformasyonların azaltılabilmesi de sağlanabilmektedir.

Meme kanserinde farkındalığı oluşturabilmek

Ülkemizde yapılan bir çalışma toplumda meme kanseri ile ilgili bilgi edinilen kaynakları öncelik sırasına göre; televizyon, gazete, doktor, arkadaş ve akraba olarak sıralamıştır (12). Çalışmanın yılı göz önüne alındığında günümüzde yaygınlaşan internet teknolojisi ile ilişkili olarak bu sıralamanın değişilebilirliği muhtemeldir. Ancak farkındalığı oluşturabilmek için geliştirilecek en önemli adım sürekliliği olan bir eğitimi sağlayabilmektir. Bunun hayata geçirilebilmesi için birinci basamak sağlık hizmeti alanından en üst seviyeye kadar eğitsel çalışmalarda bulunulması, standart eğitim için yazılı ve medya aracılı görsel materyaller hazırlanması önemlidir.

Tarama programlarının uygulanabilmesi için kadınlarda meme kanseri farkındalığının oluşturulması şarttır. Etkin bir tarama programında hedef nüfusun yüzde %70'inden fazlasının taramaya katılmış olması amaçlanır. Toplumsal farkındalık yaratmak amacı ile 20 yaşından sonra her kadına kendi kendine meme muayenesi yapmaları için danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir (8). Oysa yapılan birçok çalışmada hedef popülasyonlarda kendi kendine meme muayenesi bilgisinin yeterli olmadığı görülmüştür (13). Bu kapsamda başta tanısal sürecin yönetilmesi ve tedavide temel sorumluluğa sahip olan genel cerrahi uzmanı olmak üzere tanı sürecinde etkin rol sahibi olan radyoloji uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, aile hekimi ve diğer sağlık çalışanlarının farkındalık oluşturmak yönündeki eğitimleri oldukça değerlidir. Ayrıca toplumdaki meme kanseri açısından yüksek riskli grupların tespiti gerek bu bireylerin risklerini fark edebilmeleri

Tablo 1. Meme kanseri için risk faktörleri

Çok Yüksek Risk	*Yüksek/Artmış Risk*	*Ortalama/Düşük Risk*
BRCA1/2 mutasyonu	İleri yaş	Erken menarş
Lobüler karsinoma insitu	Yakın akrabada meme kanseri	Geç menapoz
Herediter meme kanseri özellikleri taşıyan 1. dereceden aile ferdi	Diğer memede invaziv kanser veya duktal karsinoma insitu	35 yaş üzeri ilk doğum yaşı
Göğüs boşluğuna yönelik iyonize radyasyon	Tek odakta atipik duktal hiperplazi/ atipik lobüler hiperplazi	Hormon replasman tedavisi
Multifokal atipik duktal hiperplazi/ atipik lobüler hiperplazi		Nulliparite
		Emzirmeme
		Alkol
		Sedanter yaşam
		Obezite
		İntraduktal papillom
		Şiddetli epitelyal hiperplazi

gerekse tarama programlarında daha şüpheci yaklaşımların gerekliliğinin saptanabilmesi açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Meme kanseri açısından riskli grupların belirlenmesinde östrojen maruziyeti, ailesel genetik yatkınlık ve selim proliferatif meme lezyonları başlıca endojen etkenleri oluştururken, hormon replasman tedavisi, obezite, sedanter yaşam, diet unsurları, coğrafi bölge koşulları, çevresel kanserojen maruziyeti gibi unsurlar ise başlıca eksojen faktörleri oluştururlar (14,15). Tüm bu etkenler rölatif risk oranlarına göre meme kanseri için belirli orandaki risk grupları altında toplanırlar (Tablo 1). Bu risk faktörlerine sahip bireylerin saptanması, değerlendirilmesi ve gerekirse duruma özgü tarama-takip programının geliştirilmesi ancak ilgili uzmanlık dalındaki hekimlerin önderliğinde yapılabilir.

Meme kanserinde tarama prensipleri

Meme kanseri taramasında başlıca üç temel unsur vardır; kişinin kendi kendine meme muayenesi, doktor tarafından yapılan fizik muayene ve mamografi. Tarama programlarına dair elde edilen verilerin geneli ortalama risk grubuna giren kadınları kapsayan çalışmalara aittir. Dolayısıyla bu sonuçlar toplum geneli için de geçerli sayılabilir.

Kadın cinsiyet sonrası ikinci doğal risk faktörü yaştır. Meme kanseri olgularının yaklaşık %75'i 50 yaş üzerinde görülür (16). Avrupa Birliği ülkelerine bakıldığında İngiltere, Hollanda, Norveç, Finlandiya ve Danimarka'da genellikle 50 yaş öncesi taramaya başlanmamakta, İsveç'te başlama yaşı 40, 45 ya da 50 olmak üzere eyaletten eyalete değişmektedir (17). Ülkemizde batı ülkelerine göre meme kanseri premenapozal dönemde daha sık görülmekte olup olguların %50'si 50 yaş altındadır (3). Ülke gerçekleri doğrultusunda Türkiye'de belirlenen tarama programı 40-69 yaş arasındaki tüm kadınlarda, iki yılda bir uygulanmak suretiyle her iki meme için birisi medyolateraloblik, öteki kraniokaudal olmak üzere ikişer pozluk çekim şeklinde stantardize edilmiştir (8).

Kendi kendine meme muayenesi veya doktor tarafından yapılan muayenenin kansere bağlı ölümleri azalttığına dair bir veri bulunmamaktadır. Yine de özellikle yüksek riskli gruplarda yardımcı yöntem olarak kullanılması konusunda bir görüş birliği vardır (18). Öte yandan kendi kendini muayene sağlık kontrollerinin yapılamadığı, sağlık hizmetine erişimin sınırlı olduğu toplumlarda daha önem kazanmaktadır. Bu eğitimin verilmesinin bir diğer faydası da hedef popülasyonda meme kanseri farkındalığını arttırmaya belirgin katkı sağlayacak olmasıdır (8).

Doktor muayenesi özellikle riski yüksek hastaların tespiti ve risk analizi doğrultusunda tarama yaşının geriye çekilmesi gereksiniminin ortaya konulması açısından önem taşımaktadır. Meme kanseri açısından üzerinde ortak fikir birliği olan risk gruplarında taramanın ve takibin nasıl yapılacağı da belirlenmiştir. Toraks bölgesine eksternal radyoterapi öyküsü olan kadınlarda tedaviden 8-10 yıl sonra başlayan bir tarama programı önerilir. Bu gruptaki kadınlar 25 yaş altında yıllık fizik muayene ile, 25 yaş ve üzerinde ise yıllık mamografi ve 6-12 aylık aralıklarla yapılan fizik muayeneler ile takip edilirler. Yine bu grupta meme manyetik rezonans (MR) görüntüleme de tavsiye edilmektedir. Lobüler karsinoma in situ, atipik duktal hiperplazi, atipik lobüler hiperplazi gibi yüksek risk taşıyan meme lezyonları

zemininde yaşam boyu meme kanseri risk oranı %20'in üzerinde hesaplanmış kadınlarda lezyonun tanımlanmasını takiben yıllık mamografik kontrol, 6-12 aylık periyotlarla fizik muayene takibi önerilir. Bu hastalarda yıllık meme MR da düşünülebilir. Risk analiz modelleri tarafından ortaya konulan ve büyük ölçüde aile bireylerindeki meme kanseri öyküsü ile ilişkili olarak yaşam boyu meme kanseri riski %20'nin üzerinde hesaplanan kadınlarda 30 yaşından önce olmamak kaydıyla ailede meme kanseri tanısı alan en genç bireyin tanı yaşının 10 yıl öncesinden başlanarak tarama yapılmalıdır. Önerilen program yıllık mamografi, 6-12 aylık periyotlar ile fizik muayene olup bu grupta da yıllık meme MR çekilmesi tavsiye niteliğindedir. Ayrıca bu gruptaki bireylere genetik danışmanlık hizmetinin verilmesi de sağlanmalıdır. Modifiye Gail Modeli'ne göre 5 yıllık invaziv meme kanseri riski %1.7 ve üzeri hesaplanan 35 yaş ve üzerindeki kadınlarda yıllık tarama mamografisi ve 6-12 aylık aralıklar ile fizik muayene önerilmektedir (19). En yüksek risk olarak kabul edilen genetik yatkınlığa sahip kişilerde (BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu taşıyıcılarında) farkındalığın sağlanması için 18 yaşından itibaren aylık düzenli kendi kendine meme muayenesi yapılması önemlidir. 25 yaşından itibaren ise 6 aylık periyotlarda klinik fizik muayeneye başlanılmalıdır. 25-29 yaşlar arasında yıllık meme MR ile tarama yapılması, 30-75 yaş arasında ise yıllık mamografi ve meme MR'ın birlikte yapılması önerilmiştir (20).

Türkiye'de genel olarak uygulanan yöntem mamografi ile fırsatçı tarama yapılması şeklindedir. Ancak bu yaklaşımda sadece kendi bireysel farkındalığı veya çevre unsurlar tarafından yönledirilmeleri sonucu hastanelere başvuran kadınlarda taramalar yapılmaktadır. Bu tarama tüm popülasyonu kapsamadığı ve periyodik olamadığı için ideal etkinlikten uzaktır. Ülkemizde halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %20-30'lar arasındadır. Her ne kadar aile hekimlerinin tarama programına entegrasyonları sağlanarak bu oran yükseltilmeye çalışılsa da farkındalık ve eğitim faaliyetlerinin arttırılması, tarama programlarının ülke gerçeklerine dayalı şekilde organize, toplum tabanlı, etkin programlara dönüştürülmesi konusunda daha fazla çaba gerektiği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani B. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55:74-108.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yıllığı 2010.ss.27-8. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf
3. Ozmen V. Breast cancer in the World and Turkey, J Breast Health 2008;4:6-12.
4. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry. Eur J Cancer 2001;37:83-92.
5. Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L; Trial Management Group. Effect of mamographhic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years follow-up: a randomised controlled trial. Lancet 2006;368:2053-60.
6. Alexander FE, Anderson TJ, Browb HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatric AE, et al. 14 years of follow-up from Edinburg randomised trial of breast cancer screening. Lancet 1999;353:1903-8.
7. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015 (Yayın.no.760). Tuncer M (Editor). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2009.
8. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf
9. Yip CH, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang ES, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low and middle-income countries, early detection resource alocation. Cancer 2008;113:2244-56.
10. Reynolds T. Declining breast cancer mortality: what's behind it? J Natl Cancer Inst 1999;91:750 –3.
11. Cancer Facts and Figures, American Cancer Society, 2014. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf
12. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample Turkish women: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006;43:161-71.
13. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi, J Breast Health, 2009;5;195-99.
14. Singletary SE. Rating the risk factors for breast cancer. Ann Surg 2003;237:474-82.
15. Gulluoglu BM. Risk factors. Essentials in the Management of Breast Diseases'da.Ed. Gazioğlu E. Bucharest, Celcius Medical Publishing 2005;131-45.
16. Ravdin PM, Cronin KA, Howlander N, Berg CD, Chelobowski RT, Feuer EJ, et al. The decrease in breast-cancer incidance in 2003 in the United States. N Eng J Med 2007;356:1670-4.
17. Kayhan A, Arıbal E. Meme kanseri taraması: Neden yapıyoruz? Ne zaman? Değerlendirmede yaşanan sorunlar. Trd Sem 2014;2:230-40.
18. Robson M, Offit K. Management of an inherited predisposition to breast cancer. N Eng J Med 2007;357:154-62.
19. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), Breast Cancer Screening and Diagnosis, Version 1.2015. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast-screening.pdf
20. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), Genetic/Familial High Risk Assessment: Breast and Ovarian, Version 2.2015. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_screening.pdf