JCEI /
Journal of Clinical and Experimental Investigations

2015; 6 (4): 375-381
doi: 10.5799/ahinjs.01.2015.04.0552

ÖZGÜN ARAŞTIRMA / ORIGINAL ARTICLE

Güneydoğu Anadolu bölgesinde meme kanserinde tanı ve tedavide gecikme sebeplerine yönelik anket çalışması

A survey on the factors causing delayed diagnosis and treatment of breast cancer in southeastern Anatolia

Eyüp Öner[1], Sadullah Girgin[2], Ömer Uslukaya[2], Zübeyir Bozdağ[2], Hatice Gümüş[3], Zuhat Urakçı[4], Metehan Gümüş[2]

ÖZET

Amaç: Meme kanserinde, bölgemizde hasta ve sağlık sistemi ilişkili gecikmede etkili olan faktörleri incelemektir.

Yöntemler: 2012 Aralık-2014 Temmuz tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran son 6 ay içerisinde Meme Kanseri tanısı almış 100 meme kanserli hastaya, hasta onamı alındıktan sonra anket uygulandı. Anket 4 bölüm (hasta ve sistem ilişkili faktörler, demografik veriler ve kanser evresinin değerlendirilmesi) ve 25 sorudan oluşmaktaydı.

Bulgular: Meme semptomlarını fark ettikten sonra, üç ay gecikme ile gelenlerin oranı ise %58 idi. Düzenli kontrol edilenlerin oranı %8 idi. Memedeki lezyonunun kanser olabileceğini düşünenlerin oranı %9 iken, bunun ciddi bir durum olmadığını ve kendiliğinden iyileşeceğini düşünenlerin oranı %86 idi. Doktora gitmeme nedenine yönelik soruya, hastaların % 2'si bayan doktor olmadığı için, %7'si bilgisizlikten, %23'ü korktuğundan şeklinde cevap verdi. Hastaların %77' si bir hafta içinde doktor randevusu alabilmiş, %82'si bir hafta içinde mamografi çekimi yapabilmiş, %78'i bir hafta içinde meme biyopsi işlemini yapabilmişti. Kanser korkusu 30-50 yaş aralığındaki kadınlarda istatistiksel anlamlı yüksekti ($p<0.05$). Doktora gitmenin iyi bir deneyim olmadığı düşüncesi okuma yazma bilmeyen grupta ve ev kadını olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p <0.05$).

Sonuç: Tanı ve tedavideki gecikmede hastanın yaşı, okur-yazar olması ve sağlık sistemi etkili olabilmektedir. Gecikmeyi azaltmak için meme kanseri bilinç düzeyi ve farkındalığı artırılmalı, özellikle 30-50 yaş arası kadınlardaki kanser korkusu yenilmelidir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, tanı ve tedavide gecikme, anket

ABSTRACT

Objective: This survey aims to elucidate patient and health system related factors leading to delayed diagnosis and treatment of breast cancer in Southeastern Anatolia.

Methods: Hundred patients admitted to Department of General Surgery at Dicle University between December 2012 and July 2014, and diagnosed with breast cancer in preceding 6 months were included in the survey after their consent. The survey has 4 chapters (patient and health system related factors, demographic data, and assessment of cancer stage) and 25 questions.

Results: Fifty-eight percent of patients visited a physician with a 3 months delay after realization of breast cancer symptoms. Only 8% of patients had regular check-ups. Nine percent of patients were suspicious of breast cancer due to the lesion in the breast. 86% of patients did not consider it to be a serious matter. Lack of female physicians cited by 2% as the reason for avoiding doctor's visit. Seven percent cited lack of knowledge and 23% being scared. Seventy-seven percent were able to get a doctor's appointment, 82% to get mammography, 78% underwent biopsy in a week. Women between the ages of 30-50 had higher concern about cancer ($p<0.05$). Women who were illiterate or housewives regarded doctor's visitation as not a good experience ($p<0.05$).

Conclusion: Patients' age and literacy, and efficiency of health system may be contributing factors on the delay of diagnosis and treatment of breast cancer. Cancer awareness should be increased and fear being diagnosed with cancer should be overcome in women between the ages of 30-50 to decrease the delay of diagnoses. *J Clin Exp Invest 2015; 6 (4): 375-381*

Key words: Breast cancer, delay on diagnosis and treatment, a survey

[1] Kozluk Devlet Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, Kozluk, Batman, Türkiye
[2] Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Diyarbakır, Türkiye
[3] Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Diyarbakır, Türkiye
[4] Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Diyarbakır, Türkiye

Correspondence: Ömer Uslukaya,
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D, Email: druslukaya@gmail.com, Diyarbakır, Türkiye

Received: 18.09.2015, Accepted: 27.10.2015

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2015, All rights reserved

GİRİŞ

Gelişmiş ülkelerde erken tanı ve tedavi modalitelerinin gelişmesiyle birlikte meme kanseri insidansının artmasına rağmen ve mortalitesi azalmıştır [1,2]. Gelişmekte olan veya azgelişmiş ülkelerde toplum bilincinin olmaması, organize tarama programlarının olmaması ve etkili tedavi seçeneklerine ulaşamama, tedavi gecikmesine ve mortalite artışına neden olmaktadır [3].

Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve bilinci açısından yeni yapılan bir çalışmada kadınların %23'ünün meme kanserinden haberi olmadığı, %56'sının yeterli bilgi sahibi olduğu gösterilmiştir [4]. Başka bir çalışmada meme kanseri hastalarının büyük bir kısmının 50 yaşından küçük olduğu ve 50 yaşından büyük hastaların sadece %25 ine meme kanseri tanısında meme görüntülemesi yapıldığı gösterilmiştir[5]. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada 40-69 yaş arasındaki tüm sağlıklı kadınların sadece yarısında, düzenli bir tarama programı olmaksızın yaşamları boyunca sadece bir defa mammografi yapıldığı görülmüştür [6].

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi, hastalığın morbidite ve mortalitesinde önemli oranlarda azalma sağlamaktadır. Tedavinin uzun süre gecikmesi kötü prognozla, düşük sağkalımla ve mastektomi sıklığının artmasıyla sonuçlanmaktadır [7,8,9,10]. İlk semptom ile tedavinin başlaması arasında geçen süreye toplam tedavi gecikmesi adı verilmektedir. Tedavi genellikle hasta, doktor ve sağlık sistemleri ile ilgili faktörler ve farklılıklar nedeniyle gecikmektedir. Önceki çalışmaların birçoğunda meme kanseri tanısındaki ve tedavisindeki gecikme değerlendirilmiştir [11]. Fakat sadece bir kaç çalışmada, gecikmenin hastayla ve sağlık sistemiyle nasıl ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı bölgemizde hasta ve sağlık sistemiyle ilişkili gecikmede etkili olan faktörlerin incelenmesidir.

YÖNTEMLER

Bu çalışmada 2012 Aralık -2014 Temmuz tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran 100 Meme kanserli hasta incelendi. Hedef popülasyon; anketin yapılmasından önce, 6 ay içerisinde 18 yaş ve üstündeki meme kanseri tanısı almış kadınlardı. Çalışmanın amacı doğrultusunda hastalara bilgi vermek amaçlı görüşmeler düzenlendi. Hastalar, onamı alındıktan sonra çalışma anketini doldurdu. Anket 4 bölüm (hasta ve sistem ilişkili faktörler, demografik veriler ve kanser evresinin değerlendirilmesi) ve 25 sorudan oluşmaktaydı. Anket çalışmasının soruları 'Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies' adlı çalışmadan alınmıştır [12]. Hasta ilişkili faktör hakkındaki sorular içerisinde tanı yöntemi, başlangıç semptomları ve doktora ilk başvuru süresi yer almaktaydı. Sistem ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla hastalara belirli bir tanı ve tedavi süreci basamak şeklinde uygulandı ve her bir basamak arasındaki süre aralıklarının uzunluğu değerlendirildi. Demografik verilerin toplanmasının yanında mammografi tarama programlarının kullanılabilirliği ve uygulanması; mammografi ile taramaya katılım ve ücretsiz mamografi çektirme gibi sorularla değerlendirilmiştir.

Hasta gecikme zamanı (HGZ) semptomların ilk görülme zamanı ile ilk doktor başvurusu arasındaki süre olarak kabul edildi, Sistem gecikme zamanı (SGZ) ise ilk doktor başvurusu ile tedavinin başlaması arasındaki süre olarak kabul edildi. Total gecikme zamanı (TGZ) belirlenmesinde 8 skala kullanıldı, bunlardan biri hasta gecikmesi ile ilgiliyken 7'si tanı sürecindeki sonraki aşamalarla ilgiliydi, TGZ; HGZ ve SGZ'nın toplamıydı.

İstatistik

İstatiksel analizler çift yönlü yapıldı, %5 anlamlılık değeri kullanıldı. Değişkenlerdeki farklılıklar Ki-kara tesi veya Fisher exact test kullanılarak hesaplandı. P değeri 0.05'in altında anlamlı kabul edildi. Sürekli değişkenler için veri dağılımı grafikler üzerinde değerlendirildi.

Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirmesinde IBM SPSS 15.0 for windows istatistik paket programı kullanıldı. Ölçümsel değişkenler ortalama ± standart sapma (SD) ile, kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılması Chi-kare testi ile yapıldı. Hipotezler çift yönlü olup, $p<0.05$ ise istatistiksel olarak anlamlı sonuç kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların demografik özellikleri ve hastalığı hakkındaki sorulan sorulara verdikleri cevaplar Tablo 1 ve Tablo 2' de özetlenmiştir. Hastalarımızdan 13'ü genel kontrol sırasında, 1'i tarama amaçlı mamografi çekimi sırasında tanı almış olup, diğer hastalarımızı, meme semptomları oluştuktan sonra doktora gelip tanı alanlar oluşturmaktaydı. Semptomla başvuran hastalarda; en sık semptomlar memede kitle (57 hasta), meme ağrısı (24 hasta), meme başı

ve meme derisi değişiklikleri (4 hasta) oluşturmaktaydı. Meme semptomlarını fark ettikten sonra doktora gitme süresi 12 haftadan sonra olanların oranı %58 idi. Üç aydan önce doktora gelenlerin oranı %29 idi. Başvurdukları ilk doktorun uzmanlık alanı %84 oranında genel cerrahi ve ilk başvurdukları hastane %74 oranında devlet hastanesiydi. Meme kanserinin erken tanısı için, düzenli meme kontrolü yaptıranların oranı düşük olup %8 idi. Kanser semptomları fark edildikten sonra bunun ciddi bir durum olmadığını ve kendiliğinden iyileşeceğini düşünenlerin oranı %86 idi. Hastalarımızdan on ikisi ankete yanıt vermedi. İki hastamız ise olumsuz yanıt verdi. Memedeki yakınmanın iyi huylu olduğunu düşünenlerin oranı %83, kanser olabileceğini düşünenlerin oranı ise %9 idi. Yakınmaları hekim olmayan birine anlatanların oranı %82, o kişinin yönlendirilmesiyle doktora gelenlerin oranı ise %81 idi. Hastaların arkadaşlarında da aynı şikayetler olup, doktora gidilmeme nedenine yönelik soruya, hastaların % 2 si bayan doktor olmadığı için, %7'si bilgisizlikten, %23'ü korkudan, %59'u önemsemediği için şeklinde cevap verdi. Meme kanseri aile hikayesi olanlar %14 idi. Hastaların %77'si ilk bir hafta içinde doktor randevusu alabilmiş, %82'lik kısım ilk bir hafta içinde mamografi çekimi yapabilmiş, %78'i ilk bir hafta içinde meme biyopsisini yapabilmişti. Ancak meme biyopsi sonuçları, %87 oranında 2-4 hafta arasında raporlanmıştı. Hastaların % 94'ünde tedavi başlangıcı 4-6 hafta arasında olup, gecikme nedeni biyopsi sonuçlarının geç çıkması idi. Hastalarımızın %76'sını 30-60 yaş arası hastalar oluşturmakta, %72'ü okuma yazma bilmemekte, %82'si ise işsiz veya ev kadını idi. Mamografi daveti alan hastamız ise yoktu. Hastaların %65'i kitle boyutunun ne kadar olduğunu, %73'ü lenf nodlarının etkilenip etkilenmediğini, %58'i hastalığın metastaz yapıp-yapmadığını bilmemekteydi. Hastalarımızın %72'inde henüz tedaviye başlanmamış, %23'üne MRM, %30'na meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsisi yapılmıştı. Hastaların %35'i hangi tedavi yapıldığını bilmemekte idi. Bu da gösteriyor ki hastalar ameliyat öncesi yeterli oranda bilgilendirilmemektedir. Bunun nedeni doktorların hastaları bilgilendirmek için gerekli zamanlarının olmaması, doktorun bilgilendirmede yeterli özeni göstermemesi veya hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması olabilir.

Hastanın kendi-kendini düzenli olarak muayene etmesi ile hastanın yaş, eğitim durumu ve işi arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ayrıca kanser semptomlarının memelerini muayene ederken fark edilmesinde hastanın yaş, eğitim durumu, ikamet yeri ve mesleğinin anlamlı olmadığı görüldü.

Hastanın, olası kanser semptomlarını fark ettikten sonra sonuçlarından korkma şeklindeki duygu-durum üzerinde, yaş faktörü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup özellikle 30-50 yaş grubundaki kadınlarda bu korku istatiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.05$).

Meme kanserinin tedavisinin başarılı olacağına inanmama ve doktora gitmenin iyi bir deneyim olup-olmadığı şeklindeki sorumuzda, yaş faktörü istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ağırlıklı olarak bu yaş grubunu 30-60 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktaydı. Doktora gitmenin iyi bir deneyim olmadığı düşüncesi, eğitimsizlik ve işsiz (ev kadını) olan grupta istatiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.05$). Yaş faktörünün, erken onkolog muayenesinde etkili olduğu ve 30-50 yaş arası bayanların daha erken muayene oldukları saptandı. ($p < 0.05$).

Biyopsi inceleme sonuçlarının erken çıkmasında eğitim durumunun ve çalışan durumunun etkili olduğu, eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve çalışanlarda biyopsi sonuçlarının daha erken çıktığı görüldü ($p < 0.05$). Hastaların her bir sağlık hizmeti için harcadıkları süreler Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Demografik özellikler

		Sayı / %
Yaş	<30	5
	30-39	25
	40-49	29
	50-59	22
	60-69	11
	70 +	8
Eğitim	İlköğretim	8
	Diplomalı orta öğretim	11
	Yüksek öğretim	9
	Okuma yazma yok	74
İkamet yeri	Mezra/köy	19
	Şehir <50bin nüfus	4
	Şehir 50-100 bin nüfus	17
	Şehir 100-500 bin nüfus	21
	>500 bin nüfus	39
İş profili	İşsiz/ev kadını	82
	Ofis çalışanı	9
	Öğretmen/üst düzey yönetici	3
	İş kadını/yönetici	2
	Diğer	4

Tablo 2. Hastanın hastalığı hakkındaki sorulara verdiği cevaplar

		Sayı / %
Listelenen seçeneklerin hangisi tanı için bir tıp uzmanına gittiğiniz sırada meme kanserinizin bulunduğu durumu en iyi şekilde açıklıyor?	Check-up sırasında tespit edildi	13
	Tesadüfen saptandı	1
	Kendim saptadım	86
Meme kanserinin ilk fark ettiğiniz semptomu neydi?	Memede yumru	57
	Meme ağrısı	24
	Meme başı/deri değişiklikleri	4
	Meme başı akıntısı	1
Memenizde fark ettiğiniz sorunları muayene ettirmek için ilk gittiğiniz doktorun uzmanlık alanı neydi?'	Pratisyen hekim	3
	Dahiliye uzmanı	1
	Genel cerrah	84
Özel hastaneye mi, devlet hastanesine mi gittiniz?	Özel	14
	Devlet	74
Arkadaşınızın bir ay kadar önce memelerinden birinde bazı olağandışı değişiklikler fark ettiğini, ancak şimdiye kadar doktora gitmediğini öğrendiğinizi hayal edin. Bu gecikmenin temel nedeni sizce ne olabilir?	Bayan doktor olmaması	2
	Bilgisizlik	7
	Kötü bir şey olmasından korkmak	23
	Kötü bir şey değil diye düşünmek	9
	Önemememe	58
	Vakit olmaması	1
Meme tümörü hangi boyuttaydı	<1cm	8
	1-2 cm	12
	2-4 cm	5
	>4 cm	10
	Bilmiyorum	65
Lenf nodları hastalıktan ne ölçüde etkilendi	Hiçbiri etkilenmedi	24
	Sentinel ve diğer nodlar	3
	Bilmiyorum	73
Hastalık meme ve lenf nodları haricinde vücudunuzun diğer organlarında da bulundu mu?	Evet	1
	Hayır	41
	Bilmiyorum	58
Size uygulanan veya doktorunuzun bildirdiği üzere kesin olarak uygulanacak olan cerrahilerin kapsamı nedir?	Meme ve lenf nodlarının alınması	23
	Sentinel nod biyopsisi ve memenin alınması	5
	Sentinel nod biyopsisi ve meme koruma	30
	Lenf nodlarının alınması ve meme koruma	7
	Bilmiyorum	35

Sayı / %: Toplam 100 hasta olduğundan kişi sayısı ve yüzde aynı

Tablo 3. Sağlık hizmeti alırken harcanan süreler

		Sayı/%
Kanser semptomlarını ilk saptadığınız andan itibaren muayene için tıp uzmanını ziyaret etmenize kadar ne kadar zaman geçti?	>1 hafta	4
	1-2 hafta	1
	2-4 hafta	6
	4-6 hafta	7
	6-8 hafta	7
	8-10 hafta	2
	10-12 hafta	2
	>12 hafta	58
Birinci sağlık kuruluşundan veya hastaneden doktor randevusu almak	>1 hafta	77
	1-2 hafta	22
	4-6 hafta	1
Onkolog dışında tıp uzmanına semptomlarla ilk başvuru üzerinden ne kadar zaman geçti?	>1 hafta	70
	1-2 hafta	23
	2-4 hafta	2
	4-6 hafta	4
	>12 hafta	1
Onkolog muayenesi için ne kadar zaman geçti?	>1 hafta	50
	1-2 hafta	12
	2-4 hafta	29
	4-6 hafta	6
	8-10 hafta	1
	10-12 hafta	1
Mamografi için ne kadar zaman geçti?	>1 hafta	82
	1-2 hafta	16
	2-4 hafta	1
	4-6 hafta	1
Meme biyopsisi için ne kadar zaman geçti?	>1 hafta	78
	1-2 hafta	22
Biyopsi inceleme sonuçları için ne kadar zaman geçti?	>1 hafta	2
	1-2 hafta	3
	2-4 hafta	87
	4-6 hafta	8
Tedavi başlangıcından itibaren *ne* kadar zaman geçti?	>1 hafta	2
	2-4 hafta	4
	4-6 hafta	94

Sayı / %: 100 hasta olduğundan kişi sayısı ve yüzde aynı

TARTIŞMA

Meme kanserinin tanı ve tedavisindeki gecikme hastalarda morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında, gecikme süreleri kıyaslandığında, ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. TGZ; Amerika'da 4,9 [13], Danimarka'da 9,3 hafta olarak bildirilmiştir [14]. Kenya [15], Hindistan [16] Malezya'da [17] daha uzun gecikme zamanı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ortalama TGZ 8.3 hafta hesaplanmıştır, önceki çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında ortalama bir gecikme zamanı olarak düşünülebilir.

Sağlık sistemine güvensizlik, belirtileri önemsememe, kendi kendini muayene etmeme, tarama mamografilerinin yapılmaması ve düşük eğitim seviyesi HGZ üzerinde etkili olmaktadır [18]. Biz de çalışmamızda semptomları önemsememe, bilgisizlik, kendi kendine meme muayenesi yapmama ve düşük eğitim seviyesinin HGZ de etkili olduğunu gördük. Danimarka'da yapılan bir çalışmada HGZ deki gecikmenin TGZ üzerinde etkili olduğu görüldü [14]. Ukrayna'da yapılan başka bir çalışmada 6 kanser tipinde gecikme zamanı karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre meme kanserli hastalarda HGZ 4 hafta ile en kısa bulunmuştur. Bunun nedeni; hasta sevklerinin net bir şekilde yapılması; ulusal tarama programları ve toplumun sosyoekonomik düzeyinin yüksek olmasıyla açıklamıştır [15]. On bir farklı ülkede gecikme zamanının incelendiği bir başka çalışmada Hindistan ve Letonya'da gecikme zamanlarının sırasıyla 6,1 ve 6,2 hafta gibi yüksek değerlerde olduğu görüldü [19]. Bizim çalışmamızda gecikme zamanı ortalaması 8,3 haftaydı, bu değer gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkelerin arasında bir değerdi [14,18,19].

Gelişmiş ülkelerde 65 yaş üstü olmak, eğitim seviyesinin düşük olması, rutin meme muayenesi yapılmaması ve sağlık bakımı veren kurumların olmaması ile uzun HGZ arasında bir ilişki bulunmuştur [21]. Bizim çalışmamızda uzun HGZ, semptomları önemsememe ve okuryazar olmama ile ilişkili bulunmuştur.

TGZ'na katkısı olan majör faktörlerden biri de SGZ'dir. SGZ; Danimarka'da 5,7 hafta, İskoçya'da 6 hafta, ABD de 4,9 hafta olarak bildirilmiştir [13,14,22]. Çin'de ise SGZ 8,7 hafta, TGZ 21,7 hafta olarak bildirilirken gecikmenin en büyük kısmını oluşturan (%60) HGZ 13.1 hafta olarak bildirilmiştir [23]. Bölgemizde ortalama SGZ 4,5 hafta, TGZ ise 8,3 hafta olarak bulunmuştur. SGZ nin azaltılmasında toplumda ve sağlık çalışanlarında meme kanseri bilincinin arttırılması, toplum tabanlı mammografi tarama programlarının uygulanması ve daha kapsamlı meme kanseri merkezlerinin oluşturulması etkili olacaktır.

Meme kanseri'nin erken evrede saptanmasında mammografi altın standarttır. Bu çalışmadaki hastaların çoğunda en sık semptom memede kitleydi (%57) ve hastaların çoğu meme kanserinin semp-

tomları başladıktan ve tanımlandıktan sonra sağlık kuruluşları tarafından yardım almıştı (%88). Bahçeşehir toplum tabanlı mammografi tarama programı sonuçlarına göre hastaların sadece %22'si asemptomatikti ve meme kanseri tanısı genellikle fırsatçı mammografi ile koyulmuştu, bu sonuçlar Türkiye'de ülke çapında tarama programları olması gerektiğine işaret etmektedir [24]. Bu sonuçlar aynı zamanda meme kanserinin erken dönem tanı ve tedavisi için tarama programlarının ne kadar önemli olduğunu da göstermiştir.

Dünyanın farklı bölgelerinde meme kanser hastalarının demografik özellikleri değişkenlik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması nedeniyle meme kanser hastalarının sadece %25'i premenapozal dönemdedir (50 yaş altı), ve sadece %5-6'sı 40 yaşından gençtir [25]. Bizim demografik verilerimize göre hastaların %59'u premenopozal dönemdeydi ve hastaların %30'u 40 yaşından gençti. Bu farklılık; Türkiye'deki 40 yaş üstü kadınlar, kadın nüfusunun %65'ini oluştururken, Amerika'da %45'ini oluşturmasından kaynaklanıyor olabilir [26,27]. Bu nedenle yerel programlar oluşturulurken o bölgenin demografik özellikleri ve yaşlı popülasyon dikkate alınmalıdır. Özellikle bölgemizde genç bayanlarda meme kanseri insidansının yüksek olması, bölgemizin ırksal yapısının analizini ve çevresel faktörlerin değerlendirilmesi gerektiğini düşündürtmektedir.

Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre 40'lı yaşlardaki çoğu kadının tarama mamografisinin yararlarını ve risklerini bilmediği, hasta talep etmedikçe çoğu kadına yeterli medikal tavsiyelerde bulunulmadığı gösterilmiştir [28]. Sonuçlarımıza göre meme kanser tanılı hastalarımızdan sadece bir hastamıza meme kanser tanısı tarama mammografisi ile koyulmuştu. Hastalarımızın %13'ünde ise tanı, periyodik tıbbi check-up için doktora gittiklerinde konulmuştu.

Mammografi taramalarında kadınların meme kanser hakkındaki farkındalığı ve eğitimi önemli bir role sahiptir.

Türkiye'de ve özellikle bölgemizde bu nedenle toplum bilincinin artması, kadınların mammografi tarama programlarına karşı duyarlılığını artıracak, bu da tarama mammografisi sırasında saptanan asemptomatik vakaların oranını arttıracak ve ileri evre meme kanser oranını düşürecektir.

Düşük eğitim seviyesi birçok çalışmada uzun HGZ'de belirleyici olarak bulunmuştur [19]. Bizim çalışmamızda da böyle bir ilişki bulunmuştur.

Hasta başvurusundan meme kanseri tedavisine kadar geçen sürede etkili olan diğer bir faktör ise kırsal kesimde yaşamaktır. Ukrayna ve Polonya'da yapılan iki çalışmada kanser merkezlerinden uzakta yaşayan meme kanser tanılı kadınların kanser merkezlerine yakın yerde yaşayan kadınlardan daha hızlı tedavi aldıkları gösterilmiştir [22,29]. Diğer taraftan İran, Hindistan gibi daha az gelişmiş ülkelerde kırsal alanlarda doktora ulaşılabilirliğin az olması, hastane ve kanser merkezlerinin olmaması, eğitim seviyesinin ve meme kanser bilincinin düşük olması nedeniyle hasta ve sistem gecikme zamanı daha uzun bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların %61 kırsal alanda yaşıyordu (nüfusu 500.000 den az yerlerde), çoğu hasta ev hanımıydı ve hastaların çoğunun ailesinde kanser öyküsü yoktu. Bu faktörlerden hiçbiri TGZ ile ilişkili bulunmamıştır. Bölgemizde kız çocuklarının okula gönderilmesini sağlamak, meme sağlığı açısından memedeki lezyonların erken yaşta farkına varılması için liseler düzeyinde eğitim müfredatlarına meme sağlığı ile ilgili konular eklenilmesi düşünülebilir. Çalışmamızda hastaların %35'i cerrahi tedavi olarak ne yapıldığını bilmeyen gruptandı. Bu da gösteriyor ki hastalarımızı ameliyat öncesi yeterli bilgilendirmemekteyiz. Buna neden olarak doktorların hastaları bilgilendirmek için gerekli zamanlarının olmaması ve diğer bir neden olarak da hastalarının eğitim düzeyinin düşüklüğü olabilir.

Bugün için erken evre meme kanser tedavisinde meme koruyucu cerrahi ile radyoterapi altın standarttır. Bizim çalışmamızda farkındalığın az olması ve mammografi tarama programlarının yeterli düzeyde uygulanamamasına rağmen bu oran %37 gibi bir değerde bulunmuştur.

SONUÇ

Sonuç olarak meme kanseri tanı ve tedavisindeki gecikme önemli bir problemdir. Tanı ve tedavideki gecikmede hem hastanın tutumu hem de sağlık sistemi etkili olmaktadır. Çalışmamızda SGZ'de en etkili faktör patoloji inceleme sonuçları idi. TGZ'nin azaltılmasında kadınların ve sağlık çalışanlarının meme kanser hakkındaki bilgisinin artması, bölgemizde özellikle birinci sağlık kuruluşlarının büyük sorumluluk alarak polikliniklerine başvuran bayanların meme ile ilgili şikayetlerini sorgulamaları, memedeki lezyonları önemsemeleri, 40 yaş üstü bayanlarda mutlaka mamografi çekiminin sağlanmasına yönelik farkındalığın artırılması gerekmektedir. Hastalarımızın %59'luk kısmı 50 yaş altında idi. ABD'de meme kanseri görülme yaş ortalaması 61, Türkiye de meme kanseri ortalama görülme yaşı 51, bölgemizde meme kanseri görülme yaşı ortalama 48 idi. Bölgeye göre meme kanserinin görülme yaş farklı-

lıklarının olması, tartışılması ve nedenlerinin açığa çıkarılmasını gerektiren bir konu olup bununla ilgili ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Ülkemizde ve bölgemizde; meme kanseri farkındalığı açısından topluma yönelik toplantılar yapılmalı, medya kuruluşları ve özellikle kamuya bağlı medya kuruluşlarında sağlık programları ile toplum bilinçlendirilmelidir. Okul müfredatlarına meme kanseri ile ilgili bilgilendirilme derslerinin konulması, ileride meme kanseri için erken başvuruların olmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Ayrıca personel ve alt apı eksiklikleri giderilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Surveillance, Epidemiology, and Results (SEER). Program (www.seer.cancer.gov): SEER Stat Database: Incidence-SEER 9 Regs Public Use, Nov 2005 Sub (1973-2003). National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2006, based on the November 2005 submission.
2. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, et al. Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) Collaborators: Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med 2005;353:1784-1792.
3. Shetty MK, Longatto-Filho A. Early detection of breast, cervical, ovarian and endometrial cancers in low resource contries: an integrated approach. Indian J Surg Oncol 2011;2:165-171.
4. Dundar PE, Ozmen D, Ozturk B, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006;6:43.
5. Saip P, Keskin S, Ozkan M,et al. The access rate to diagnosis and treatment modalities in breast cancer patients in Turkey; multicenter observational study. J BUON 2011;16:664-671.
6. Ozmen V, Ozaydin N, Cabioglu N, et al. Survey on a mammographic screening program in Istanbul Turkey. Breast J 2011;17:260-267.
7. Shin DW, Cho J, Kim SY, et al. Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. Ann Surg Oncol 2013:20;2468-2476.
8. Rutqvist LE. Waiting times for cancer patients--a “slippery slope” in oncology. Acta Oncol 2006;45:121-123.
9. Richards MA. The national awareness and early diagnosis initiative in England: assembling the evidence. Br J Cancer 2009:3;101 Suppl 2:S1-4.
10. Partridge AH, Hughes ME, Ottesen RA, et al. The effect of age on delay in diagnosis and stage of breast cancer. Oncologist 2012;17:775-782.
11. Sikora K. Genes, dreams, and cancer. MJ 1994:7;1217-1221.
12. Ozmen V, Boylu S, Ok E, et al. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. Eur J Public Health 2015;25:9-14.
13. Fedewa SA, Edge SB, Stewart AK, et al. Race and ethnicity are associated with delays in breast cancer treatment (2003-2006). J Health Care Poor Underserved 2011;22:128-141.
14. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, et al. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. BMC Health Serv Res 2011;11:284.
15. Otieno ES, Micheni JN, Kimende SK, Mutai KK. Provider delay in the diagnosis and initiation of definitive treatment for breast cancer patients. East Afr Med J 2010;87:143-146.
16. Norsa’adah B, Rampal KG, Rahmah MA, et al. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women. BMC Cancer 2011;11:141-146.
17. Chintamani, Tuteja A, Khandelwal R, et al. Patient and provider delays in breast cancer patients attending a tertiary care centre: a prospective study. JRSM Short Rep 2011;2:76-82.
18. Jassem J, Bacanu F, Eglitis J, et al. Patient-related factors influencing time between first signs of breast cancer (BC) and appointment for medical visit (AVM): An international survey. J Clin Oncol 2012; 30, (suppl; abstr 9046).
19. Allgar VL, Neal RD. Delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer. Br J Cancer 2005;92:1959–1970.
20. Jassem J, Ozmen V, Bacanu F, et al. Factors influencing time to seeking medical advice and start of treatment in breast cancer – an international survey. Thirty-fifth Annual CTRC-AACR San Antonio Breast Cancer Symposium – December 4-8, 2012; San Antonio, TX (abstract).
21. Montella M, Crispo A, D’Aiuto G, et al. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. Eur J Cancer Prev 2001;10:53-59.
22. Rauscher GH, Ferrans CE, Kaiser K, et al. Misconceptions about breast lumps and delayed medical presentation in urban breast cancer patients. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010;19:640-647.
23. Robertson R, Campbell NC, Smith S, et al. Factors influencing time from presentation to treatment of colorectal and breast cancer in urban and rural areas. Br J Cancer 2004;90:1479-1485.
24. Yau TK, Choi CW, Ng E, et al. Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer centre. Hong Kong Med J 2010;16:373-377.
25. Hofvind S, Lee CI, Elmore JG. Stage-specific breast cancer incidence rates among participants and non-participants of a population-based mammographic screening program. Breast Cancer Res Treat 2012;135:291-299.
26. Kayhan A, Gurdal SO, Ozaydin N, et al. First round results of a long term population-based breast cancer screening program from Bahçesehir. J Breast Health 2012; 8:180-184.
27. Fornier MN, Modi S, Panageas KS, Norton L. Incidence of chemotherapy-induced, long-term amenorrhea in patients with breast carcinoma age 40 years and younger after adjuvant anthracycline and taxane. Cancer 2005;104:1575-1579.
28. Online: Türkiye İstatistik Kurumu (Turkish Statistical Institute). Available at http://www.tuik.gov.tr [accessed: July 2013].
29. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening - population-based registry study of participation and socio-demography. BMC Cancer 2012;12:518-522.