

TARAMA TESTLERİNİN VE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

49.

BÖLÜM

Mehmet BANKİR¹

GİRİŞ

Kanser, tüm ülkelerdeki ve tüm bölgelerdeki nüfusu etkileyen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Kanser, küresel olarak ikinci önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'de tahmini 9,6 milyon ölümden sorumludur. Küresel olarak, yaklaşık 6 ölümden 1'i kansere bağlıdır. Kanserden ölümlerin yaklaşık % 70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri başlıca 5 davranışsal ve diyet riskinden kaynaklanmaktadır. Bunlar yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivite eksikliği, tütün kullanımı ve alkol kullanımınıdır ⁽¹⁾. Tütün kullanımı kanser için en önemli risk faktörüdür ve kanser ölümlerinin yaklaşık % 22'sinden sorumludur ⁽²⁾. Bu bilgiler ışığında bakıldığında kanserin %30- 50 si önlenebilir nedenlerden kaynaklandığı görülmektedir. Kanserinin dünya ekonomisi üzerindeki etkisi önemli derecede artmaktadır. 2010 yılında kanserin toplam yıllık ekonomik maliyetinin yaklaşık 1,16 trilyon ABD doları olduğu tahmin edilmektedir ^(1,3).

Kanser yukarıda da belirtildiği gibi gerek neden olduğu mortalite ve morbidite gerekse de oluşturduğu ekonomik yük nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bazı kanser türlerinin erken teşhisi güvenli, etkin ve kabul edilebilir kanser tarama yöntemleri ile tespit edilmesi mümkündür. Tarama erken tanı ve erken tedavinin en önemli ayağı ve birinci basamak uygulamalarının da en önemli bileşenidir. Tarama testleri semptomu olmayan kişilerde bir hastalık saptama

mak üzere tasarlanmıştır. Tarama yapılmasının asıl amacı erken tanı koymak ve hastalığı erken evrede yakalayarak tedavi şansını artırarak kansere bağlı ölümleri azaltmaktır. Ancak her kanser türünün taranması mümkün değildir. Hangi kanser türlerinin taranması gereklidir diye bakıldığında; Taranması planlanan kanser türünün önemli mortalite ve morbiditeye sahip olması, tedavisinin ekonomik yük oluşturması, yüksek bir prevalans ve insidansa sahip olması gereklidir. Ayrıca taramanın amacına ulaşabilmesi için hastalığın tanısı konulduğunda etkin bir tedavi şansının olması gereklidir. Bunlarla beraber hastalığın seyrinin tahmin edilebilir olması ve prelinik döneminin çok kısa olmaması gerekmektedir ^(4,5).

Hastalıkların yanında tarama kullanılacak tarama testlerinin de belli özellikleri taşınmalıdır. Bu özellikler;

1. Yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olmalıdır.
2. Prelinik fazda tanı koydurabilmeli
3. Emniyetli olmalı
4. Testin taranacak kişiler tarafından kabul edilebilir olmalı
5. Basit ve uygun maliyetli olmalıdır.

Taranacak kanser türleri belirlenip, tarama yöntemi belirlendikten sonra bir tarama programı planlanmalıdır. Tarama programında taranacak popülasyon belirlenmeli ve popülasyon içindeki farklılıkların tanımlanması ve gerektiğinde farklı yöntemlerle de değerlendirilmesi gereklidir. Örneğin BRCA mutasyonu olan bireylerde meme MRG tarama için kullanılabilir. Popülasyon belirlendik-

¹ Uzm. Dr., SBÜ Adana şehir eğitim ve araştırma hastanesi. mehmet_banki@hotmail.com ORCID iD: 0000-0003-3284-2838

lerde gösterilmiştir. Ayrıca servikal, kolorektal ve meme kanseri taramasında prekanseröz anormallikler, yani servikal displazi, adenomatöz polipler ve in situ duktal karsinom (anormallikler bazen predise olarak adlandırılır) tespit edildiğinde de ortaya çıkabilir. Aşırı teşhisin etkili taramayla birlikte var olabileceğini ve randomize denemeler ve popülasyon çalışmalarının aşırı teşhis miktarını belirlemeye yardımcı olabilmesine rağmen, bunu tek bir hastada tespit etmenin imkansız olduğunu anlamak önemlidir.

İnsidentolama: Son yıllarda, tomografinin tarama testi olarak kullanması daha yaygın hale geldi. Çoğu tarama testinin aksine, BT genellikle hedeflenen ilgi alanından çok daha fazlasını görselleştirir. Bu nedenle insidentoloma sıklığında artış olmaktadır.

TARAMA PROGRAMLARI ZAMANLA DEĞİŞEBİLİR Mİ?

Tarama programları, hızla gelişen tedavi seçenekleri ve gün geçtikçe aşılama gibi kansere karşı korumaya yönelik çalışmaların artması ile değişebilir. Bir uçta oldukça hassas bir tarama testi, etkili bir tedavi yok ise hastalığın olumsuz sonuçlarını önlemeye yardımcı olmayacaktır. Yada diğer taraftan oldukça etkili bir tedavi, taramayı etkisiz hale getirebilecektir. Örneğin modern tedavi ile testis kanserinin 10 yıllık sağ kalım oranı %95 in üzerindedir. Bu oran o kadar yüksektir ki bu nadir kanser için tarama ile iyileşme göstermek anlamsız olacaktır. Zamanla serviks kanseri için HPV aşılması daha yaygın hale geldiğinde ve daha kansorejen HPV türlerini kapsayabildikçe belki serviks kanseri için tarama ihtiyacı zamanla azalabilecektir. Yada daha non-invazif testlerin yada tomografinin yerini alabilecek radyasyon maruziyetini azaltacak testlerin geliştirilmesi ile tarama testlerinin sıralamsı veya zamanlaması değişecektir.

Sonuç olarak önleyici bir müdahalenin klinik uygulamaya dahil edilip edilmeyeceğine karar vermek için yukarıda tartışılan birçok önleme yönü nasıl birleştirilebilir? Kavramsal olarak karar, eylemin sonucu olarak ortaya çıkacak zararların büyüklüğüne karşı faydaların büyüklüğüne tartmaya dayanmalıdır. Ayrıca Tarama testleri değerlendirilirken yaratabileceği yanlıklar ile yanlış

pozitiflik ve overdiagnosis gibi istenmeyen etkilerinin göz önünde bulundurulması da önemlidir.

REFERANSLAR

1. WHO (2018). Cancer. 18.09.2020 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Adresinden ulaşılmıştır.
2. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724
3. Stewart BW, Wild CP, editors. World cancer report 2014 Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014)
4. Ersoy E, Saatçi E. Kanser taramaları: İhtilaflar. *Türk Aile Hek. Derg.* 2017; 21 (3): 118-122. doi: 10.15511/tahd.17.00396
5. Eren OÖ. Kanser Taramaları ve Kanserden Korunma; Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2 Mart - Nisan 2017
6. Gümüşay Ö, Avcı GG. Kanserde Tarama ve Erken Tanı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2017;9(4):210-221
7. Uptodate 2020. Evidence-based approach to prevention. 18.09.2020 tarihinde https://www.uptodate.com/contents/evidence-based-approach-to-prevention/print?search=ASSESSING%20SCREENING%20TESTS%20AND%20OUTCOMES&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=3 adresinden ulaşılmıştır.
8. Çelik İ. Kanserde Tarama Testleri: Kime ve Ne Zaman? *Türkiye Tıp Dergisi* 2003; 10(2): 71-78.
9. Friedman GD, Collen MF, Fireman BH. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. *J Chronic Dis.* 1986; 39:453.
10. Buys SS, Partridge E, Black A, et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2011; 305:2295.
11. Meador CK. The last well person. *N Engl J Med* 1994; 330:440.
12. Croswell JM, Baker SG, Marcus PM, et al. Cumulative incidence of false-positive test results in lung cancer screening: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010; 152:505.
13. Croswell JM, Kramer BS, Kreimer AR, et al. Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening. *Ann Fam Med* 2009; 7: 212.
14. Schilling FH, Spix C, Berthold F, et al. Neuroblastoma screening at one year of age. *N Engl J Med* 2002; 346:1047.
15. Woods WG, Gao RN, Shuster JJ, et al. Screening of infants and mortality due to neuroblastoma. *N Engl J Med* 2002; 346:1041.