

TÜRKİYE'DEKİ ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE MEME KANSERİ TANI VE CERRAHİ TEDAVİSİNDEKİ UYGULAMA FARKLILIKLARI

Nuh Zafer Cantürk¹, Bahadır M. Güllüođlu²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sunulduğu Kongre: Bu çalışma 30.09.2010 tarihinde İstanbul'da düzenlenen Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu Konsensus Toplantısı 2010'da sunulmuştur.

DIFFERENCES IN BREAST CANCER DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT AMONG TURKISH UNIVERSITY HOSPITALS

ABSTRACT

Purpose: In this study we aimed to determine the practice patterns on both diagnosis and treatment of breast cancer patients at university hospitals in Turkey.

Patients and Methods: A questionnaire which asks the demographics and clinical findings of patients as well as infrastructure of hospitals and patterns of breast cancer treatment was prepared and sent to general surgeons who practice in university hospitals. Data were collected retrospectively and no comparison was done among institutions. Descriptive results were given.

Results: Data from 42 hospitals and 4982 breast cancer patients who were operated in 2009 were assessed. Excisional biopsy were the most common tissue diagnostic procedure in all regions except Marmara region. Breast conserving surgery was the most preferred surgical method for early breast cancer in all over Turkey except South-Eastern and Mediterranean regions. Multidisciplinary team work was performed in 26 institutions.

Conclusion: This study showed that there are wide differences in means of breast cancer diagnosis and treatment in different geographic regions in Turkey, therefore no homogeneity in breast health service at those hospitals which answered the questionnaire. It seems that there is still need to implement internationally agreed consensus quality measures in practice. Lack of infrastructure and multidisciplinary team work were the main problems on improving quality of breast care in Turkey.

Key words: breast cancer, quality assurance, surgery, treatment

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Türkiye'de tıp fakültesi hastanelerinde meme kanseri cerrahi tedavisi ile ilgili sorunların belirlenmesi ve tanı / tedavi kalitesini artırmanın yollarının araştırılması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Yedi coğrafi bölgede 3. basamak merkez olarak belirlenen üniversite hastanelerinde meme kanseri tedavisi konsepti ve kaynakları ile bu merkezlerde 2009 yılında ameliyat edilen meme kanseri hastalarına uygulanan yaklaşımları sorgulayan bir anket hazırlandı. Ankete yanıt veren merkezlerin verileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 42 merkezde 2009 yılında ameliyat edilen 4982 hastanın verileri çalışma için değerlendirildi. Marmara bölgesi hariç diğer bölgelerde en sık kullanılan tanı yöntemi eksizyonel biyopsi idi. Tanı anındaki evre ile ilgili olarak Türkiye'de bölgeler arasında büyük farklılıklar saptandı. Meme koruyucu cerrahi Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz Bölgeleri dışında erken evre meme kanserinde en çok uygulanan ameliyat tipi idi. Yirmialtı (%62) merkezin multidisipliner takım çalışması ile tanı ve tedavi uyguladığı saptandı.

Sonuç: Bu çalışma ile ülkemizde meme kanseri hastalarının tanı ve tedavisinde bir homojenite olmadığı, coğrafi bölgelere göre uygulama farklılıkları olduğu görülmüştür. Uluslararası kurumlarca ortaya konan standartların hala ülkemizde yaygın olarak uygulanmadığı saptanmıştır. Altyapı yetersizliği ve tanı / tedavide multidisipliner değerlendirilmenin olmaması en önemli eksiklikler olarak görülmüştür.

Anahtar sözcükler: meme kanseri, kalite kontrol, cerrahi, tedavi

Giriş

Meme kanseri, bilindiği gibi dünyada kadınlarda en sık görülen kanserdir (1). Eldeki veriler meme kanserinin ülkemizde de kadınlarda en sık görülen kanser olduğunu göstermektedir (2-6). Meme kanseri tedavisinde cerrahinin rolü hala çok önemlidir. 30 yıl önce Fisher'in "meme kanserinin sistemik bir hastalık olduğu yönündeki görüşü doğrultusunda kemoterapi (KT), hormonoterapi (HT) ve/veya radyoterapi (RT) ile meme cerrahisinin sonunun geldiğini düşünölmeye başlanmıştır (7,8). Ancak bugün hala cerrahinin meme kanserinin tanı

ve tedavisinde önemli bir yeri vardır. Buna rağmen optimal bölgesel kontrolün sağlanması ile birlikte en iyi kozmetik sonucu da elde etmek gerekliliği cerrahların karşılaştıkları zorluklar arasındadır. Bunun için daha az invaziv girişimler ile daha az yan etkiye yol açabilecek girişimler yapılması gerekmektedir. Ayrıca bu tür girişimler neticesinde meme kanseri tedavisi sonrası kadınlar daha iyi prognoza sahip olabilmektedir (9). Ülkemizde sağlık hizmetlerindeki olumlu gelişmelere rağmen meme kanserinin yaygın olarak görülmesi ve bölgeler arasında tedavi yöntemlerinin uygulanması ve tedavi sonuçlarına ait farklılıklar olabileceği öngörüsü ile bu çalışma planlanmıştır.

Tablo 1. Anket örneği

MEME HASTALIKLARI TANI ve TEDAVİSİ KALİTE GÜVENCE ÖLÇEKLERİ KURUMSAL ANKET FORMU

Kurumunun Adı:

Kurumun Bulunduğu İlçe/İl:

Bölgemizdeki (İl –ilçeler dahil- sınırları içerisindeki) toplam hitap ettiğiniz yaklaşık nüfus: _____ kişi

Bölgemizde (il –ilçeler dahil- sınırları içerisindeki) meme hastalıkları konusunda hizmet veren yataklı tedavi kurumu sayısı ne kadardır:

Üniversite Hastanesi: _____ adet

Eğitim ve Araştırma ile Devlet Hastanesi: _____ adet

Askeri Hastane: _____ adet

Özel Hastane: _____ adet

Kurumunuzda meme kanseri kayıt programınız var mı: Evet / Hayır

Halihazırda kurumunuzda meme kanseri ameliyatı yapan uzman cerrah sayısı nedir: _____ adet

Kurumunuzda yılda en az 30 meme kanseri cerrahisi yapan uzman cerrah sayısı nedir: _____ adet

Kurumunuzda 2009 yılında yapılan meme kanseri ameliyatı sayısı: _____ adet

(mümkünse kadın olgu ve erkek olgu sayısı ayrı ayrı olarak belirtiniz)

Kadın olgu: _____ adet Erkek olgu: _____ adet

Kurumunuzda ameliyat edilen tüm (dışarıdan tanı alarak gelenler dahil) meme kanseri olgularının tanısı nasıl konulmuştur:

İİAB: _____ adet

Kalın iğne (Kor/Trukut) biyopsi: _____ adet

Eksizyonel / insizyonel biyopsi: _____ adet

Frozen inceleme (ameliyat öncesinde hiç biyopsi yapılmayıp sadece definitif ameliyat sırasında tanı konulanlar): _____ adet

2009 yılında ameliyat ettiğiniz meme kanseri hastalarının ilk başvuru evre dağılımı nedir:

Evre 0 (DKIS): _____ adet,

Evre I: _____ adet

Evre II: _____ adet

Evre III: _____ adet

Evre IV: _____ adet

Bilinmeyen: _____ adet

2009 yılında neoadjuvan tedavi (cerrahi öncesi kemoterapi ve/veya hormonoterapi) alan hasta sayınız nedir: _____ adet

2009 yılında meme kanseri nedeni ile ameliyat olan hastalara yapılan cerrahi girişim tiplerinin dağılımı nedir:

Sadece lumpektomi (sentinel lenf nodu biyopsisi –SLNB- yapılsın yapılmasın): _____ adet

Sadece basit mastektomi (SLNB yapılsın yapılmasın): _____ adet

Lumpektomi + seviye I-II(-III) aksilla diseksiyonu (SLNB yapılsın yapılmasın): _____ adet

Modifiye radikal mastektomi (Mastektomi + aksilla dis.; SLNB yapılsın yapılmasın): _____ adet

Sentinel lenf nodu biyopsisi (sonucu metastatik olsun olmasın, sonrasında aksilla diseksiyon yapılsın yapılmasın): _____ adet

SLNB yapıyorsanız; yöntemi nedir;

Sadece mavi boya / Sadece radyokoloid madde / Kombine yöntem (mavi boya + radyokoloid)

Eğer yapıyorsanız; SLNB için mavi boya amaçlı ne kullanıyorsunuz:

İzosülfan mavisi / Metilen mavisi / Patent mavisi / Diğer; lütfen belirtiniz: _____

Kurumunuzda;

Ele gelmeyen (nonpalpabl) meme kanseri olgularında lumpektomi yaptığınızda tümöral kitlenin çıkarılıp çıkarılmadığını intraoperatif (ameliyat esnasında) nasıl konfirme ediyorsunuz

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz):

Spesimen mamografisi Frozen inceleme

Makroskopik inceleme (Spesimeni keserek kontrol etme) Konfirme edilmiyor

Ele gelsin gelmesin meme kanseri olgularında lumpektomi sonrası intraoperatif (ameliyat esnasında) cerrahi sınırları nasıl değerlendiriyorsunuz (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz):

Spesimen mamografisi Frozen inceleme

Makroskopik inceleme (Spesimeni keserek kontrol etme)

Hiç değerlendirilmiyor, normal patolojik değerlendirmeye bırakılıyor.

Meme kanseri tedavisinde lumpektomi için kabul ettiğiniz güvenilir / kabul edilebilir cerrahi sınır uzaklığı ne kadardır (lütfen açıklayınız): _____

Kurumunuzda 2009 yılında lumpektomi yapıldıktan sonra (cerrahi sınır yakınlığı ya da pozitifliği nedeni ile) ikinci bir seansta rezeksiyon ya da mastektomi yapma oranınızı belirtiniz:

(ikinci ameliyat gerektiren hasta sayısı / toplam lumpektomi yapılan hasta sayısı): % _____

Tablo 1. Anket örneği devamı

2009 yılında meme kanseri nedeni ile cerrahi girişim yapılan olgularda "patolojik evre" dağılımı nedir:

Evre 0 (DKIS): _____ adet
Evre I: _____ adet
Evre II: _____ adet
Evre III: _____ adet
Evre IV: _____ adet
Bilinmeyen: _____ adet

Cerrahi kliniğinizde ayrıca yapılandırılmış meme cerrahisi üniteniz var mıdır: Evet / Hayır
Ayrıca yürütülen meme polikliniğiniz var mıdır: Evet / Hayır

Radyoloji kliniğinde/ünitesinde aşağıda yer alan ekipmanlardan hangilerinin olduğunu işaretleyiniz:

Meme ultrasonografisi
 Mamografi
 Meme MR
 Elastografi
 PET/CT

Meme görüntülemesi ile özellikle uğraşan en az bir radyoloji uzmanı var mıdır: Evet / Hayır

Meme patolojisi ile özellikle uğraşan en az bir patoloji uzmanı var mıdır: Evet / Hayır

Aşağıda belirtilen girişim ya da işlemlerden hangilerinin kurumunuzda yapılabildiğini işaretleyiniz:

Stereotaksik tel ile işaretleme
 USG yardımcı tel ile işaretleme
 USG yardımcı vakum biyopsi
 Stereotaksik vakum biyopsi
 MR yardımcı biyopsi

Meme hastalıkları / kanseri tanı ve tedavisi için düzenli multidisipliner toplantı yapıyor musunuz: Evet / Hayır

Eğer yapıyorsanız:

Toplantının tipi nedir: Tanı temelli* Tedavi temelli** Her ikisi de

*Kurumunuzda yapılan tüm biyopsilerin (İA, kalın iğne ve eksizyonel) gözden geçirildiği, sadece radyoloji, cerrahi ve patoloji birimlerinin katıldığı toplantılardır.

**Kurumunuza başvurmuş ya da tedavi edilmiş meme kanseri hastalarının ameliyat öncesi ya da sonrası gözden geçirildiği tedavi ile ilgili branşların katıldığı toplantılardır.

Eğer kurumunuzda en az bir tip multidisipliner toplantı yapıyorsanız; ne kadar sıklıkla yaptığınızı belirtiniz:

"Tanı temelli" için; Haftada bir On beş günde bir Ayda bir Daha nadir

"Tedavi temelli" için; Haftada bir On beş günde bir Ayda bir Daha nadir

Eğer kurumunuzda "tedavi temelli" multidisipliner toplantı yapıyorsanız; hangi branşların bu toplantılara katıldığını belirtiniz:

Genel / Meme Cerrahisi Radyoloji Patoloji Medikal Onkoloji Radyasyon Onkolojisi
 Nükleer Tıp Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Diğer (lütfen belirtiniz); _____

"Tedavi temelli" toplantı yapıyorsanız; toplantının zamanlaması nedir:

Cerrahi öncesi Cerrahi sonrası Her ikisi de aynı anda Her ikisi de ayrı zamanlarda

Kurumunuzda meme kanseri için onkoplastik / rekonstrüktif cerrahi yapılıyor mu:

Onkoplastik cerrahi: Evet / Hayır

Rekonstrüktif cerrahi: Evet / Hayır

Kurumunuzda;

Çalışan medikal onkoloji uzmanı var mıdır: Evet / Hayır

Çalışan radyasyon onkolojisi uzmanı var mıdır: Evet / Hayır

Ayaktan ya da yatarak hasta hizmeti veren kemoterapi ünitesi var mıdır: Evet / Hayır

İyonize radyasyon tedavisi (Radyasyon Onkolojisi) veren kliniğiniz var mıdır: Evet / Hayır

Meme hastalarının aldıkları tanı ve tedavi hizmetleri sırasında memnuniyetlerini ölçen bir ölçek kullanıyor musunuz:

Evet / Hayır

Meme hastalarının tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemlerden (SLNB, erken ve lokal ileri evre kanser tedavisi, ele gelmeyen meme kanserlerinin cerrahi tedavisi, lumpektomi oryantasyon işaretleme, takip vb) en az birisi için yazılı kurumsal protokolünüz var mıdır: Evet / Hayır

Varsa ne/ler için (lütfen belirtiniz): _____

Patoloji ünitenizde;

İntraoperatif frozen inceleme yapılabiliyor mu: Evet / Hayır

İmmünohistokimyasal değerlendirme yapılabiliyor mu: Evet / Hayır

FISH/SISH/CISH yöntemi uygulanabiliyor mu: Evet / Hayır

Kurumunuzda meme kanseri için yüksek risk polikliniği var mıdır: Evet / Hayır

Kurumunuzda meme kanseri sonrası rehabilitasyon polikliniğiniz var mıdır: Evet / Hayır

Varsa; lütfen ilgili poliklinikleri belirtiniz: Lenfödem Ağrı Spor fizyolojisi

Tablo 2. Bölgelere göre 2009 yılına ait olguların patolojik evreleme oranları

Bölgeler	Evre I (%)	Evre II (%)	Evre III-IV (%)
Marmara Bölgesi	45	36.5	19.5
Ege Bölgesi	35,65	44.4	22
Akdeniz Bölgesi	21.2	55.8	23
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	15	58.5	26.5
Doğu Anadolu Bölgesi	8.8	45.2	46.1
Karadeniz Bölgesi	25.3	48.7	26
İç Anadolu Bölgesi	24	36	40

Bu çalışmada amaç ülkemizin tüm coğrafi bölgelerinde faaliyet gösteren 3. basamak sağlık hizmeti veren tıp fakültesi hastanelerinde meme kanserine yaklaşımların ve olanaksızlıklarını ortaya koymaktır.

Yöntem ve gereçler

Çalışmanın amacına yönelik olarak, meme kanserinin tanı ve tedavisi ile ilgili 25 soruluk demografik değerlendirme parametreleri içeren bir anket hazırlandı (Tablo 1). Ankette hekimin hizmet verdiği bölgedeki nüfus, sağlık merkezi sayısı, meme hastalıkları ile ilgili kayıt programı olup olmadığı, kullanılan biyopsi tipleri, 2009 yılına ait meme kanseri için yapılan ameliyatı sayısı, saptanan meme kanserlerinin çeşitli klinik özellikleri, evreleri ve bunlara uygulanan cerrahi girişimler sorgulandı. Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinde yer alan 42 tıp fakültesinde meme hastalıkları konusunda tedavi hizmeti veren genel cerrah ve/veya meme cerrahına ulaşılmaya çalışıldı. Tablo 1'de görüldüğü gibi anketi yanıtlaması için hangi tıp fakültelerinin seçileceği her coğrafi bölgenin

nüfus yoğunluğuna göre yapıldı. Yanıt alınan cerrahların çalıştıkları hastanelerde 2009 yılında meme kanseri nedeni ile ameliyat edilmiş hastalara ait demografik, klinik patolojik ve tedaviye ait veriler toplandı. Bu verilerin dışında ayrıca cerrahların buldukları kurumların alt yapı ve teknik olanakları ile ilgili bilgiler kayıta alındı.

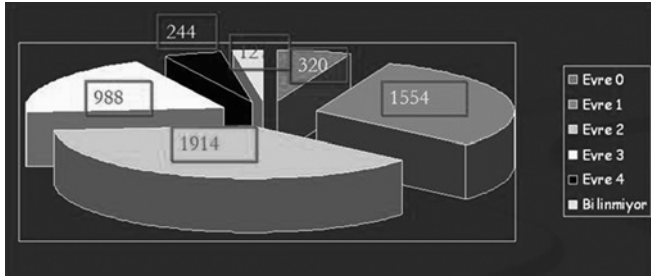
Sonuçlar aritmetik ortalama ve yüzdesel dağılımlarına göre sınıflandırılıp değerlendirildi, tanımlayıcı olarak verildi. İstatistiksel karşılaştırma yapılmadı.

Bulgular

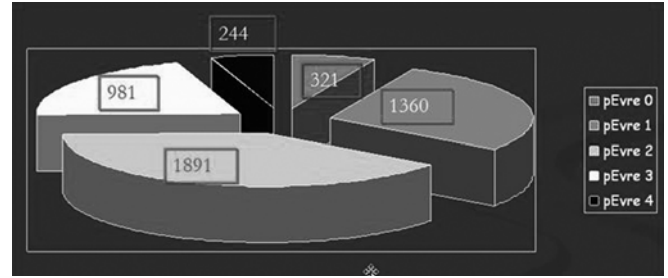
Marmara bölgesinden 9, Ege bölgesinden 8, İç Anadolu Bölgesinden 10, Karadeniz bölgesinden 4, Akdeniz bölgesinden 4, Doğu Anadolu bölgesinden 5 ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden 2 merkezden ankete yanıt verildi (Tablo 2). Yanıt veren merkezlerden 2 tanesi anket tarihi itibarı ile yeni kurulmaları yüzünden meme cerrahisi yapmadıklarını beyan ettiklerinden



Şekil 1. Çalışmaya katılan merkezlerin bölgelere göre dağılımı.



Şekil 2. 2009 yılında 42 merkezde ameliyat edilen meme kanserli olguların klinik evreleme bulguları.



Şekil 3. 2009 yılında 42 merkezde ameliyat edilen meme kanserli olguların patolojik evreleme bulguları.

değerlendirme dışında bırakıldı. Sonuç olarak 42 merkezin yanıtları değerlendirmeye alındı. Yanıt veren bölgelerdeki üniversite hastanelerinin 2008 yılı adrese dayalı nüfus sayımı dikkate alındığında yaklaşık 27 milyon kadına hizmet veriyor olduğu varsayılmıştır (10).

Demografik / klinik / patolojik bulgular

Ankete yanıt veren merkezlerde 4832 hastanın meme kanseri nedeni ile tanı ve tedavi amaçlı ameliyat edildiği saptandı. Hastaların 4789 (%99.1) tanesi kadın, 43 (%0.9) tanesi ise erkek idi. Ameliyat olan hastaların 320 (%6.6) tanesi klinik evre 0, 1554 (%32.2) tanesi klinik evre I iken 244 (%5) olgu evre IV idi. Evre IV olguların 75'ine tedavi amaçlı, 169'una ise tanısız amaçlı cerrahi girişim yapıldığı anlaşılmıştır. Olguların ameliyat sonrası patolojik evrelemeye göre dağılımı yapıldığında ise 321 (%6.6)'i evre 0, 1364 (%28.2)'ü evre I ve 1891 (%39.1)'i evre II iken 244 (%5)'ü ise evre IV idi (Şekil 2 ve 3). Tablo 2'de evreleme durumuna göre olguların bölgelere dağılımı verilmiştir. Marmara bölgesinde evre I olgu oranı %45 iken Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde bu oran sırası ile %8.8 ve %15 idi. Marmara Bölgesi dışında tüm bölgelerde en çok evre II olgular yer almakta idi. Özellikle Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde evre II olgular tüm olguların yarısından fazlasını oluşturmaktaydı (sırası ile %58.5 ve %55.8). İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde evre III ve IV olgular en büyük grubu oluşturmaktaydı. Öte yandan Marmara bölgesinde bu iki evrede yer alan olgular tüm olguların %19.4'ünü oluşturmaktaydı.

Merkezlerin özellikleri

Ankete katılan 42 merkezde meme cerrahisi yaptığını beyan eden 264 öğretim üyesinin 193'ünün (%73.1) yılda 30'dan az meme ameliyatı yaptığı, 71'inin (%26.9) ise yılda 30 ve üzerinde meme kanseri ameliyatı yaptığı anlaşıldı. Bu merkezlerden 23'ünde (%54.8) genel cerrahiden ayrı meme polikliniği, 11'inde (%26.2) meme cerrahisi için ayrı ünite ve 7 (%16.7)'sinde ise yüksek risk polikliniği olduğu öğrenildi. Otuz dört (%81) merkezde tecrübeli en az bir adet uzman meme radyoloğu ve yine bu merkezlerden 29 (%69)'unda meme konusunda yoğun çalışan en az bir adet uzman patoloğ olduğu bildirilmiştir. Üniversite hastanelerinin 38 (%90.5)'inde ultrasonografi ve mamografi cihazı, 32 (%76.2)'inde manyetik rezonans görüntüleme cihazı, 17 (%40.5)'sinde ise PET cihazı varken, 3 (%7.1)'ünde elastografi yapıldığı saptanmıştır.

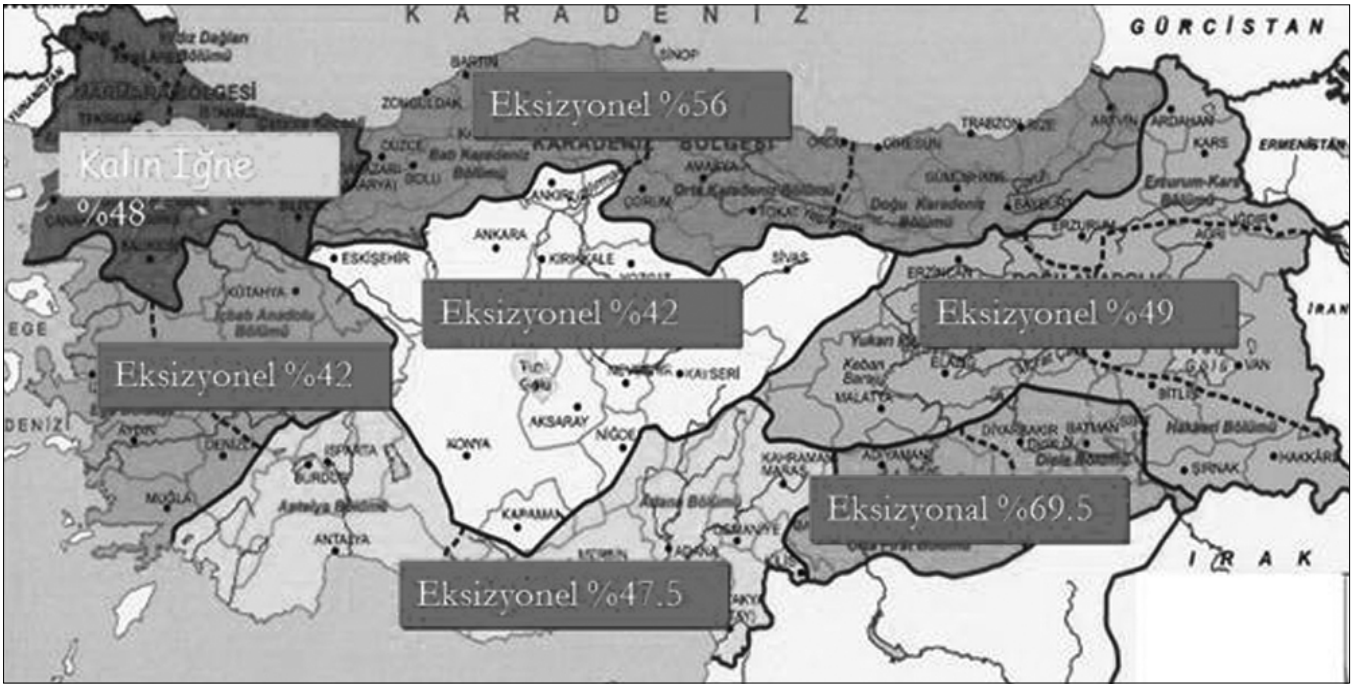
Doku tanı yöntemleri

Merkezlerde meme kanseri tanısı koymada en fazla kullanılan biyopsi tekniği sırası ile 17'sinde (%40.5) kalın iğne biyopsisi, 15'inde (%35.7) eksizyonel biyopsi ve 8'inde (%19.4) ise ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) olduğu anlaşılmıştır. Marmara bölgesinde en fazla kullanılan biyopsi tekniği %48 ile kalın iğne biyopsisi olmasına rağmen diğer bölgelerde eksizyonel biyopsi halen en çok başvurulan teknik olmaya devam etmekte (%42-69.5) idi (Şekil 4).

Cerrahi tedavi

Merkezlerde erken evre meme kanseri olgularının 1895 tanesine (%53) meme koruyucu cerrahi (MKC) yapıldığı saptanmıştır. Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ise MKC oranları (sırası ile %22.7 ve %21), Türkiye ortalamasına göre oldukça düşük idi (Şekil 5). Çalışmaya katılan merkezlerin 38'inde (%90.5)' dondurulmuş kesit ile patolojik inceleme olanağı olduğu öğrenildi. Merkezlerin yarısından fazlası MKC sırasında yeterli cerrahi sınır olarak 2 mm'yi yeterli görmekte idi (Şekil 3). Ele gelen kanserlerde cerrahi sınır belirlemek için tercih edilen yaklaşımlar Şekil 4'te, ele gelmeyen kanserlerdeki yapılan cerrahi işlemin yeterliliğini anlamak için yapılanlar ise Şekil 5'te verilmiştir. Ele gelen kanserler için donmuş kesit ile cerrahi sınır güvenliği sağlanırken, ele gelmeyen kitlelerde kitlenin çıkarılıp çıkarılmadığını anlamak ve cerrahi güvenliği sağlamak için ise spesimen grafisi en çok tercih edilen yöntemler idi. MKC sonrası ikincil girişime %15.5 olguda gereksinim duyulmuştur. Merkezlerin yaklaşık yarısında (20 merkez, %47.6) onkoplastik cerrahi girişimin uygulandığı belirlenmiştir. 30 (%71.4) merkezde meme rekonstrüksiyonu konusunda tecrübeli plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı olduğu saptanmıştır.

Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) tekniği 34 (%81) merkezde uygulanmakta idi. Bu merkezlerin 13'ünde (%38.2) SLNB için sadece mavi boya, 6'sında (%17.7) sadece radyonüklid teknik, 15'inde (%44.1) ise kombine teknik (mavi boya + radyonüklid işaretleme) uygulanmakta idi. Boya ya da kombine teknik kullanılan hastalarda en çok kullanılan boya 14 (%50) merkezde izosülfan mavisi iken, 11 (%39.3) merkezde boya olarak metilen mavisi tercih edilmekte idi. Erken evre meme kanserlerinde SLNB özellikle Marmara (%60), Karadeniz (%62) ve İç Anadolu (%66) bölgelerinde daha çok uygulanırken, Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde (sırası ile %16 ve %18.3) daha düşük oranlarda uygulanmakta idi.



Şekil 4. Bölgelere göre tanı amaçlı tercih edilen preoperatif biyopsi teknikleri.

Adjuvan tedavi

Merkezlerden 29 (%69)'unda medikal onkolog, 23 (%64)'ünde ise radyasyon onkoloğu bulunduğu, 32 (%76) merkezde KT verilirken, 23 (% 55)'ünde RT için cihaz olduğu ve RT uygulandığı saptandı. 32 (%76) merkezde ameliyat öncesi gerektiğinde neoadjuvan kemoterapi uygulanmakta idi.

Mültidisipliner yaklaşım / kanser kayıt / tedavi protokolü olanakları

Merkezlerin 26 (%61.9)'sında mültidisipliner konsey yapılmakta idi. 20 (%47.6) merkezde meme kanseri kayıt programı kullanılmakta iken sadece 11'inin(%26.2) yerleşmiş meme kanseri tanı ve tedavi protokolü vardı. Altı merkezde(%14.3) hastalara memnuniyet analizi yapıldığı ve sadece 9 (%21.4)'unda rehabilitasyon polikliniği hizmeti verildiği saptandı.

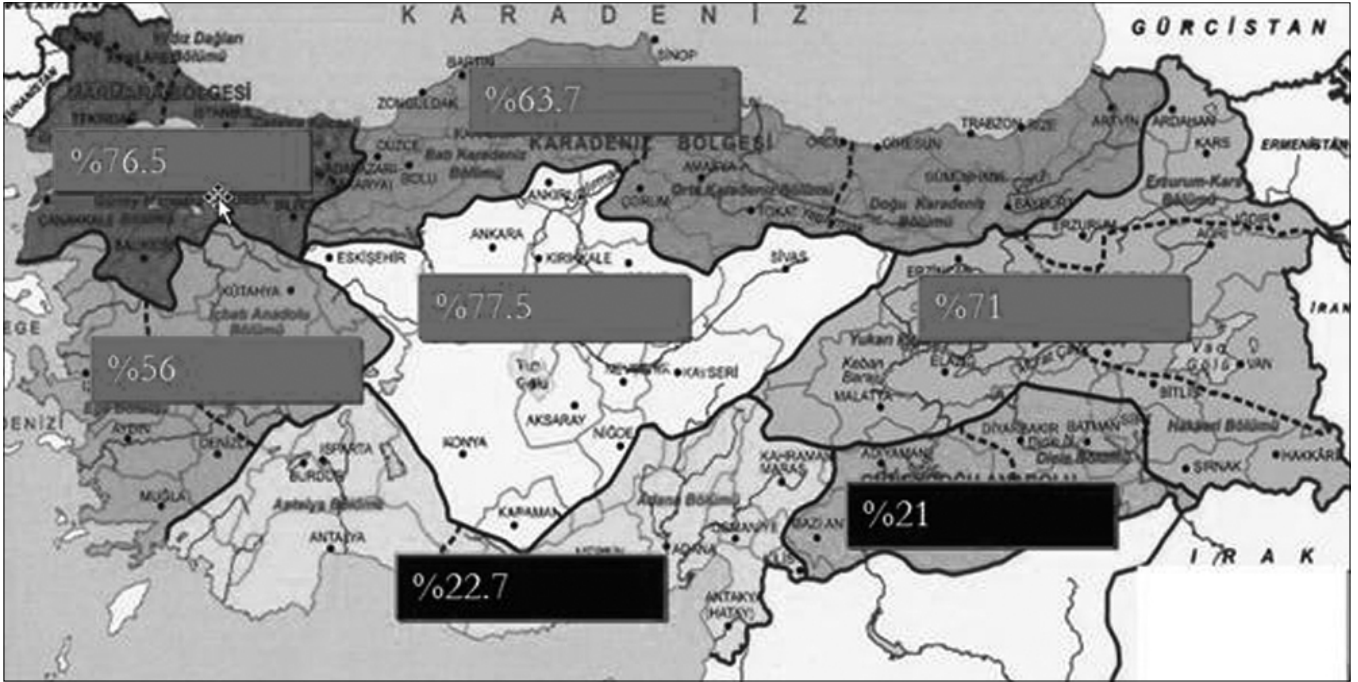
Tartışma ve sonuçlar

Çalışmaya katılan merkezlerin çoğunda olguların yaklaşık %75'inin evre 0, I ve II gibi erken evre meme kanseri olguları olduğu, ancak Doğu Anadolu ve İç Anadolu Bölgesinde ise olguların yaklaşık %40'ının evre III ve IV meme kanserinden oluştuğu görülmektedir. Marmara bölgesinin dışında tüm bölgelerde hala tanı koymak için eksizyonel biyopsinin ağırlıklı kullanıldığı saptanmıştır. Öte yandan erken evre meme kanserlerinde cerrahi girişim olarak Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri dışındaki yerlerde MKC'nin daha fazla tercih ediliyor olduğu görülmüştür.

Bu çalışma ilk kez Türkiye'deki 3. basamak üniversite hastanelerinde meme kanseri tanı ve tedavisindeki uygulamaları değerlendiren ve karşılaştırma olanağı veren bir anketin verilerini sunmaktadır. Toplamda 42 hastanenin genel cerrahi uzmanlarına ulaşılarak tüm coğrafik bölgelerden veri elde edilmiştir.

Anket çalışması olması nedeni ile veriler tüm merkezlerden retrospektif olarak elde edilmiştir. Merkezlerin verilerinin doğruluk ve kesinlik düzeyi merkezi bir mekanizma ile verifiye edilmemiştir. Kurumların kendi beyanları esas alınmıştır. Coğrafik bölgelerdeki tüm üniversite hastanelerinden veri elde edilemediği gibi o bölgelerde yer alan diğer 3. basamak eğitim / araştırma ve devlet / özel ve askeri hastanelere anket uygulanmamıştır. Bu nedenle çalışmada elde edilen sonuçların tüm ülkeye genelleme yapılması güçtür. Sadece üniversite hastanelerinden elde edilen bu sonuçların yorumlanmasında yanlışlık oluşması olasıdır. Günümüzde erken tanı kadar standartlara uygun doğru tedaviyi zamanında uygulamak büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla mültidisipliner yaklaşım önem arz etmektedir. Eğer mültidisipliner bir ekip oluşturulmaz ise tedaviye başlamakta gecikme yani zaman kaybı yanında gereksiz tetkik ve tedavilere yönelme yüzünden ekonomik kayıplar söz konusu olacaktır (11). Bu çalışmada ülkemizin yedi bölgesindeki 42 merkezden 26 tanesinde mültidisipliner meme konseyi yapılabildiği anlaşılmıştır. Meme kanserinde mültidisipliner yaklaşım başarılı bir tedavi için olmazsa olmazdır. Mültidisipliner yaklaşım ile daha uzun sağkalım elde edilebilmekte, daha fazla MKC yapılmakta ve neoadjuvan tedavi verilme oranı daha yüksek olup tedaviler arası süre daha kısa olmaktadır (12) .

Ülkemizde meme kanserinin cerrahi tedavisinden genel cerrahi uzmanları sorumludur. Tanı ve prognoz açısından çok önem arz eden cerrahi girişimi yapan cerrah konu ile ilişkili olan uzmanlık dalları ile ilgili temel bilgilere sahip olmalı ve özellikle ameliyatı patoloğun isteklerine uyarak yapmalıdır (13). Bunun için deneyim önem arz etmektedir. Meme kanseri ile ilgilenen genel cerrahi uzmanının meme kanseri cerrahi girişimlerini başarı ile uygulayabilmesi için ayda yaklaşık 6-10, yılda toplam olarak 100 meme



Şekil 5. Bölgelere göre erken evre meme kanserinde MKC uygulama dağılımı.

kanseri ameliyatı yapması önerilmektedir (14). Bu uygulama ile meme kanseri cerrahisi konusunda önemli bir deneyime sahip olunabilir. Bizim anket çalışmamızda anketimize yanıt veren merkezlerde meme cerrahisi yapan cerrahların ancak dörtte birinin yılda 30'dan fazla meme ameliyatı yaptığı görülmüştür.

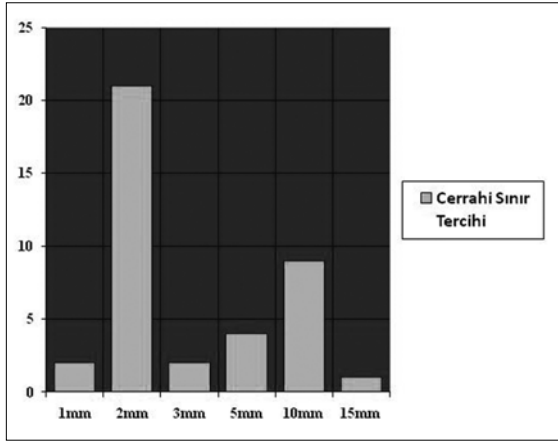
Son 40 yılda meme kanserinin bölgesel tedavisinde maksimum tolere edilebilir tedaviden minimum etkili tedaviye geçilmiştir. Bu arada pek çok dogma yıkılmış İtalya'dan Veronesi ve ABD'den Fisher "biyoloji temelli cerrahi"ye ön ayak olarak RT ve KT ile birlikte MKC'ye önderlik etmişlerdir (7,8). Bugün MKC, kadranektomi ile lumpektomi arası genişlikte meme dokusunun içerisinde neoplazik dokunun güvenli sınırlar içerisinde çıkarılması olarak tarif edilmektedir (15). Burada nüksü tahmin ettirici en önemli faktör cerrahi sınırdır (16). Güvenli cerrahi sınırı temin etmede cerraha yardımcı olan en önemli iki faktör deneyimli özelleşmiş patoloji uzmanının bulunması ve mültidisipliner kolektif çalışma yapılmasıdır. Bu çalışmada ülkemizde 3. basamak sağlık hizmeti verilen üniversite hastanelerinin bile ancak dörtte üçünde uzmanlaşmış meme patoloğu olduğu görülmektedir. Kanser odağından uzaklaştıkça kanser hücrelerinin bulunma oranı azalır yani cerrahi sınır pozitifliği rezeksiyon genişliği ile ilişkilidir. Bu anket ile ülkemizde yarıdan fazla merkezde 2 mm, güvenli cerrahi sınır olarak kabul edildiği görülmüştür. Cerrahi sınır genel sağkalımı etkilemese de hastalısız sağkalımı olumsuz etkilemektedir (17). Cerrahi sınır negatifliği cerrahın kendini rahat hissetmesi, hastanın güvenliği ve RT planı için önemlidir.

SLNB tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de farklı yöntemler kullanılarak aksillayı değerlendirmekte kullanılmaktadır. SLNB T1-2

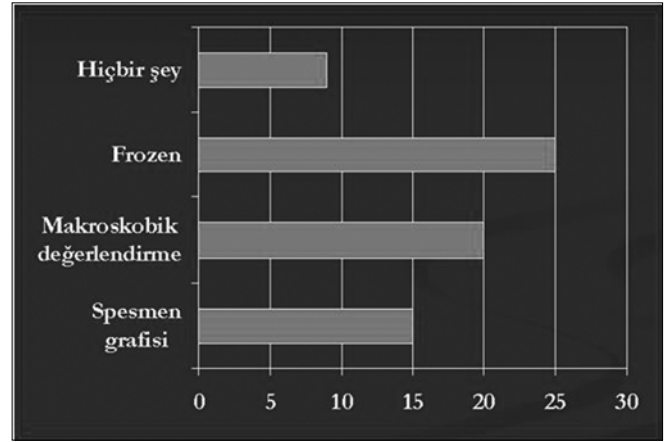
meme kanseri saptanan kişilerde gereksiz aksiller diseksiyonun önüne geçebilmektedir (18). Anketi yayınlayan üniversite hastanelerinin 34'ünün SLNByi uygun endikasyonu olan hastalarda uyguladığı saptanmıştır. Bu da ülkemizde sağlık alanında yeniliklerin izlenmesindeki başarılı olduğunu düşündürmüştür. Ancak, yine de Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde erken evre meme kanserlerinde bu minimal invaziv yöntemin uygulama oranlarının düşük kalması kaliteli hizmetin dağılımı açısından hala sorunların olduğunu göstermektedir.

MKC, çoğu olguda sağkalım açısından dezavantaj sağlamadan estetik kaygıları giderip genel yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkide bulunan bir cerrahi alternatiftir (19). Ancak MKCnin kontrendike olması ya da hastanın istememesi durumunda mastektomi sonrası rekonstrüktif girişimler de hastada meme kaybının getirdiği olumsuzlukları giderebilmektedir. Bu çalışmada ülkemizde meme kanseri tedavisinde, dörtte üç kurumda plastik cerrahi uzmanı bulunmasına rağmen, onkoplantik cerrahinin sadece merkezlerin yarısında uygulanabildiği görülmüştür. Bu durum ya cerrahların ya da hastaların tercihlerini bu doğrultuda kullanması ile ilişkilendirilebilir de, hastaların cerrahlarca bu konuda yeterince bilgilendirilmemesi ile de ilişkili olabilmektedir. Halbuki ABD'de hastaların rekonstrüksiyon konusunda bilgilendirilmemesi malpraktis olarak tanımlanmıştır (20,21).

Genel cerrahi uzmanlık eğitimi sırasında alınan meme kanseri eğitiminin, uzmanlık süresince tekrarlanması ve geliştirilmesi gereklidir. Bu amaçla, ideal olan yaklaşım, "Meme Cerrahisi"ni bir yan dal olarak kabul edilmesi ve uygulanması olduğu düşünülmektedir. Bu konuda Türk Cerrahi Derneği 21 Şubat 2009 tarihinde "Türk



Şekil 6. Çalışmaya katılan merkezlerde MKC için kabul edilen güvenli cerrahi sınır.



Şekil 7. Ele gelen kitlelerde intraoperatif değerlendirme için kullanılan teknikler.

Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlık Alanı ve Yan Dallar Çalıştay“ konulu bir toplantı düzenlemiştir (22). Ancak, bunun uygulamaya geçmesi ve Meme Cerrahisi Yan Dalı’nın oluşturulması ve burada bir üst ihtisas yapılması ülkemizde sağlıkla ilgili dönüşüm programı ve hekimlik uygulamalarındaki sıkıntılar dikkate alındığında zaman alacağı düşünülmektedir.

Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu, Sağlık Bakanlığı Kanslerle Savaş Dairesi Başkanlığı ile birlikte “Ulusal Meme Hastalıkları Kursu” düzenleyerek, ülkemizde meme kanseri ile ilgili tüm uzmanların (radyolog, genel cerrahi uzmanı, patoloğ ve onkoloji uzmanları) meme kanseri konusunda homojen, standart bir bilgi düzeyine kavuşmasına çalışmaktadır. İlki 20 Şubat 2010 tarihinde Bursa’da başlatılan kursların 8.si Diyarbakır’da düzenlenmiştir. Bugüne kadar bu kurslar toplam 49 ili kapsamış ve 1000’in üzerinde doktor bu kurslara katılarak sertifika almıştır. Tüm ülkemizi kapsayacak olan bu kurslar, sürekli eğitim kursları şeklinde

hazırlanmış olan özel modüllerle devam edecektir. Bu kursların da meme kanserinin modern tanı ve tedavisinde ulusal standardı yükselteceğine inanılmaktadır.

Bu çalışma ile ülkemizde meme kanseri hastalarının tanı ve tedavisinde bir homojenite olmadığı, coğrafi bölgelere göre uygulamaya farklılıkları olduğu görülmüştür. Uluslar arası kurumlarca ortaya konan standartların hala ülkemiz için geçerli olmadığı saptanmıştır. Altyapı yetersizliği ve tanı / tedavide multidisipliner değerlendirmenin olmaması en önemli eksiklikler olarak görülmüştür. Bu sorunların giderilmesi için ülkemizdeki sağlık güvenlik kurumlarının bütçe uygulamalarındaki uygunsuz fiyatlandırma politikalarının düzeltilmesi, nüfusu fazla olan yerleşim birimlerinde yer alan hastanelerde meme birimleri oluşturulması, ulusal kalite standartları ve kılavuzlarının hazırlanması, uygulamaya sokulması ve denetlenmesi, meme cerrahisi eğitiminin standardize edilmesi ve meme kanseri kaydının yaygınlaştırılması gerekecektir.

Kaynaklar

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002, CA Cancer J Clin, 2005; 55(2): 74–108. (PMID=15761078)
2. Özmen V. Dünya’da ve Türkiye’de meme kanseri tarama ve kayıt programları. In: Tuncer M, ed. Türkiye’de Kanseri Kontrolü. Ankara:Onur Matbaacılık, 2007:337-345.
3. 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. (PMID:11165134)
4. Tuncer M. Significance of cancer in Turkey, the burden of disease, and cancer control policies. In: Tuncer M, ed. Cancer Control in Turkey, Health Ministry Publication, Onur Press:Ankara, 2008; 74: 5–9.
5. Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey, J Breast Health, 2008; 4: 6–12.
6. Ozmen V. Breast cancer screening and registration programs in Turkey. In: Tuncer M ed. Cancer Control in Turkey, Health Ministry Publication. Ankara: Onur Press, 2008; 740: 335–43.
7. Fisher B, Redmond C, Fisher ER, Bauer M, Wolmark N, Wickerham DL, Deutsch M, Montague E, Margolese R, Foster R. Ten years results of randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. NEJM 1985; 312: 674-81. (PMID:3883168)
8. Veronesi U, Cascinelli M, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, Aguilar M, Marubini E. Twenty year follow up of a randomized study comparing breast conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. NEJM 2002; 347: 1227-1232. (PMID:12393819)
9. Consensus statement: Treatment of early stage breast cancer. National Institutes of Health Consensus Development Panel. J Natl Cancer Inst Monogr 1992; 11: 1-5. (PMID: 1627416)
10. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>
11. Ko C, Chaudhry S. The need for a multidisciplinary approach to cancer care. J Surg Res 2002; 105:53-7. (PMID:12069502)
12. Houssami N, Sainsbury R. Breast cancer: Multidisciplinary care and clinical outcomes. Eur J Cancer 2006; 42: 2480-2491. (PMID:16904313)
13. Özmen V. How the quality of surgical treatment of breast cancer is increased in Turkey? J Breast Health 2009; 5: 122-124.

14. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition—summary document. *Ann Oncol* 2008; 19:614-622. (PMID:18024988)
15. Morrogh M, Zanini V, Regolo L, Ballardini B, Wiechmann L, Sacchini V. Breast conserving surgery. In: Kuerer HM ed. *Kuerer's Breast Surgical Oncology*. New York:McGraw-Hill Co., 2010:653-668.
16. Saadai P, Moezzi M, Menes T. Preoperative and intraoperative predictors of positive margins after breast-conserving surgery: a retrospective review. *Breast Cancer*. 2011 [Epub ahead of print] (PMID:21465227).
17. Luini A, Rososchansky J, Gatti G, Zurrida S, Caldarella P, Viale G, Rosali dos Santos G, Frasson A. The surgical margin status after breast-conserving surgery; discussion of an open issue. *Breast Cancer Res Treat* 2009; 113: 397-402. (PMID:18386174)
18. Garreau JR, Giuliano AE. Sentinel lymph node biopsy. In: Kuerer HM ed. *Kuerer's Breast Surgical Oncology*. New York:McGraw-Hill Co., 2010:669-677.
19. Güllüoğlu B, Aydın E, Soryano V. *Meme kanseri ile baş etme rehberi*. Amerikan Hastanesi Yayınları, İstanbul, 2010.
20. <http://www.psnextra.org/Articles/Breast-Recon-Law.html>
21. http://www.nytimes.com/2010/08/19/nyregion/19surgery.html?_r=3&partner=MOREOVERNEWS&ei=5040
22. <http://www.turkcer.org.tr>

İletişim

Nuh Zafer Cantürk
Tel : +90(262) 3037415
Faks : +90(262) 3038003
E-Posta : canturkz@yahoo.com