

İzmir 2016-2019 Yılları Arasında Tarama Mamografisi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

EVALUATION OF THE SCREENING MAMOGRAPHY RESULTS IN İZMİR IN 2016-2019

 Gökben YASLI¹,  Ümit ALTINTIĞ¹,  İsmail Cankut YAKUT¹,  Mustafa SAVAŞ¹,  Mehmet Burak ÖZTOP¹

¹ İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir, Türkiye

ÖZ

GİRİŞ ve AMAÇ: Meme Kanseri kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme yol açan kanserdir. Çalışmamızda İzmir ilinde 2016-2019 yıllarında 40-69 yaş arası kadınlarda yürütülen meme kanseri tarama programına katılan kişilerin tarama sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Çalışmamızda Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) ve Mobil KETEM'e davet edilen 40-69 yaş arasındaki kadınlara yapılan mamografi sonuçları değerlendirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından MM TARAMA yazılım programından retrospektif toplanmış, Kanser Kayıt Merkezi verisiyle karşılaştırılmış ve SPSS 20.0 programıyla değerlendirilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde) ve ki kare testi kullanılmıştır. $p < 0,01$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: 2016-2019 Haziran tarihleri arasında birinci basamakta meme kanseri taraması yapılan MM TARAMA yazılım programına kayıtlı 98.117 kişi bulunmaktadır. Bu kişilerin 5657'si tarama pozitif ve 346 (%0,4) kişinin meme kanseri tanısı almıştır. Geri çağırma oranı %5,8'dir. 2016, 2017, 2018, 2019 yıllarında meme kanseri tarama oranları %5,3, %10,2, %9,7 ve %11,3'tür. Olguların yaşlarının ortalama değeri 54,2'dir ($\pm 7,64$). Kitle %62,4'ünde meme üst dış kadranda bulunmaktadır. Histopatolojik olarak %70,5'i invaziv duktal karsinomdur. %75,4'nün (n=261) tümör çapı 2 cm ve altındadır. %54,6' sında lenf nodu tutulumu ve %76,3'ünde metastaz yoktur. Tanı alan olguların özet TNM'si %61,3 'ü lokalizedir.

SONUÇ: İlimizde meme kanseri tarama oranları yıllar içinde artmıştır. Katılım oranı arttıkça erken evrede yakalama oranı da artmaktadır. Bu amaçla yaygın eğitim programlarının düzenlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Tarama, Mamografi

ABSTRACT

Breast Cancer is the most common cancer in women and the most common cause of death. In the study, it is aimed to evaluate the screening results of the people who participated in the breast cancer screening program carried out on women aged 40-69 in 2016-2019 in İzmir.

Gökben YASLI

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi Halk Sağlığı Uzmanı, İzmir, Türkiye

E-posta: gokben.yasli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2464-2238>

METHODS: In our study, the mammography results of women aged 40-69 who were invited to the Cancer Early Diagnosis and Screening Center (KETEM) and Mobile KETEM were evaluated. The data were collected retrospectively from the MM TARAMA software program by the researchers, compared with the Cancer Registry data and evaluated with the SPSS 20.0 program. Descriptive statistical methods (number, percentage) and chi-square test were used in the analysis. A value of $p < 0.01$ was considered significant.

RESULTS: There are 98117 people registered to the scanned software. 5657 of these people were positive for screening and 346 (0.4%) people were diagnosed with breast cancer. The recall rate is 5.8%. Screening rates in 2016, 2017, 2018 and 2019 were 5.3%, 10.2%, 9.7% and 11.3%. The mean age is 54.2 (± 7.64). In 62.4% of the mass is in the upper outer quadrant. Histopathologically, 70.5% of them are invasive ductal carcinoma. Tumor diameter of 75.4% ($n=261$) was 2 cm or less. There was no lymph node involvement in 54.6% and no metastasis in 76.3%. Summary TNM of the diagnosed cases was localized in 61.3%.

DISCUSSION AND CONCLUSION: Breast cancer screening rates have increased over the years in our province. As the participation rate increases, the rate of catching at an early stage also increases. For this purpose, it is important to organize non-formal education programs.

Keywords: Breast Cancer, Screening, Mammography.

Key words: Acute pancreatitis, Ascites, Predisposing factors

Kanser ülkemizde ve dünyada sıklığı artış gösteren, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalık grubudur. Ülkemizde erkeklerde sıklık sırasına göre; akciğer, prostat, kolorektal kanserler, kadınlarda ise meme, tiroid ve kolorektal kanserler görülmektedir.

Meme kanseri dünyada ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme yol açan kanserdir. Meme kanseri ilerleyici bir hastalık olmasına rağmen erken dönemde tanı konulduğu zaman tedavi edilme şansı daha yüksektir. Yaşam süresi arttıkça meme kanseri insidansı da artmaktadır(1).

Erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması ile birlikte gelişmiş ülkelerde meme kanserinin 5 yıllık sağ kalımın yaklaşık %90-95 olduğu bildirilmiştir(2). Ancak erken tanı ile mortalite azaltılması sağlanmasına rağmen meme kanseri önemini halen daha korumaktadır(3).

Bir kadının yaşam boyunca meme kanserine yakalanma riski %7,8 ve mortalitesi de %2,3 olduğu belirtilmiştir(3-4). Mamografi taramasını standart olarak yapan gelişmiş ülkelerde meme kanseri mortalitesinin

azaldığı bilinmektedir. Bu durum hem tedavideki gelişmelerden hem de tarama programlarının uygulanması ile erken teşhisin artmasından kaynaklanıyor olabilir(5).

Tüm kanserler arasında meme kanseri daha erken yaşlarda görülebilmesi sebebiyle yaşam süresi kaybı da daha fazla olmaktadır(6). Yaşa göre görülme sıklığına bakıldığında Türkiye’deki 15-49 yaş meme kanseri olgularının %42,5 oranında olduğu görülmektedir. Globocan 2020 verilerine bakıldığında meme kanseri yaşa standardize hızı dünyada yüzbinde 46,3, Türkiye’de 41,9 ve İzmir Kanser Kayıt Merkezi verilerine göre İzmir’de 56,8’ dir (2).

Ülkemizde de dünyada olduğu gibi erken tanı ve tedavi ile mortaliteyi azaltmaya yönelik tarama çalışmaları yürütülmektedir. Bir tarama programında amaç hastalığın mortalite ve morbiditesinde düşüş sağlamaktır. Toplum tabanlı ve standartlara uygun mamografi taramasının meme kanseri mortalitesini azaltmada etkinliği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. (7-8).

Yapılan birçok çalışma toplumsal tarama mamografisinin 40 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri ölümlerini yaklaşık %25-35 oranlarında azaltabildiğini ortaya koymuştur (9-10-11). Bir tarama programının etkili olabilmesi için hedef nüfusun %70'ini kapsamaludur, bu hedef ancak toplum tabanlı tarama programları ile sağlanabilmektedir(12).

Mamografi taramalarında beklenen; erken evre tümör saptama oranının yüksek, geri çağırma oranının düşük olmasıdır. Geri çağırma oranının kabul edilebilir oranın üzerinde olması yanlış pozitiflik oranını da arttırarak gereksiz ek tanısal işlemlerin yapılmasına neden olur. Raporlamada standardizasyonun sağlanması amacıyla, 1992 yılında American College of Radiology (ACR) tarafından yayınlanan Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) kriterleri kullanılmaktadır. ACR'in belirlediği kriterlere geri çağırma oranının %10' un altında olması beklenmektedir. Avrupa ve İngiltere'de amaçlanan geri çağırma oranı %5'in altında bildirilmiştir (13-14-15).

Bu çalışmayla İzmir ilinde 2016-2019 yıllarında 40-69 yaş arası kadınlarda yürütülen meme kanseri tarama programına katılan kişilerin tarama sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki çalışmamızın yürütülebilmesi için Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Ulusal Kanser Tarama Programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından meme kanseri taramalarında TÜİK'ten alınan nüfus bilgileriyle hesaplanan ilimiz yıllık hedef nüfusu 2016 yılı için 376.345, 2017 yılı için 386.294, 2018 yılı için 396.494, 2019 yılı için 405.626 kadındır. 2016-2019 Haziran yılları arasında İzmir ilinde aktif çalışan 9 KETEM ve MOBİL KETEM'de meme kanseri taraması yapılan 98.117 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. MMTARAMA veri tabanından ilgili tarih aralığında mamografi çekimi yapılan hastaların sonuçları değerlendirilmiştir. Meme kanseri tarama programına 40-69 yaş aralığında, herhangi bir semptomu olmayan tüm kadınlar davet edilmiş, daha önce meme kanseri tanısı almış, son bir yılda mamografi

çektirmiş, son 6 ay içinde meme biyopsisi yapılmış ya da hamile kadınlar tarama programına dahil edilmemiştir. Tarama programına dahil edilen tüm kadınlar program hakkında bilgilendirilmiş ve onam formları alınmıştır. MMTARAMA yazılım programına tarama amacıyla mamografi kaydı bir tarama aralığı döneminde tek giriş yapıldığından mükerrer kayıt olmamıştır.

Araştırmada kullanılan meme kanseri tarama verileri araştırmacılar tarafından MM TARAMA yazılım programından retrospektif olarak elde edilmiştir. Tarama sonrası elde edilen veriler aktif kanser kayıtçılık yöntemi ile İzmir Kanser Kayıt Merkezi personeli tarafından toplanan kanser verisiyle karşılaştırılmıştır.

Aile hekimleri ve KETEM personeli tarama programı başlamadan önce tarama standartları, uygulama yöntemleri hakkında eğitim almıştır. Ulusal düzeyde standart bir yazılım programı tarafından kayıt altına alınan nüfus bilgileri Aile Hekimliği Bilgi Sistemlerine otomatik olarak aktarılır ve tarama için uygun nüfus bilgisi verilir. Aile hekimleri ve/veya KETEM personeli, uygun yaş aralığındaki kadınları telefon, yüz yüze görüşme veya broşür yoluyla kurumlara tarama yapılması için davet eder.

KETEM'lere davetle gelen kadınlara meme kanseri taramasına yönelik çekilen mamografi (her iki meme için kraniokaudal ve mediolateral pozisyonlamayla) görüntüleri Ankara'da bulunan Ulusal Tarama Mamografisi Raporlama Merkezine çevrimiçi (online) olarak aktarılmaktadır. Tarama mamografileri BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) raporlaması ile değerlendirilmektedir. Her bir tarama mamogramı bağımsız iki farklı radyolog (çift kör) tarafından okunmuştur. Tüm süreçler eşzamanlı olarak mamografi için MM TARAMA yazılım programları üzerinden takip edilebilmektedir. Tarama sonucu pozitif çıkan kadınlar (BIRADS 0, BIRADS 4, BIRADS 5) ileri tetkiklerini yaptırmak üzere Tarama Sonrası Teşhis Merkezlerine yönlendirilirler. Mamografi sonuçları değerlendirilirken BIRADS skoru kullanılmıştır. BIRADS kategorileri şu şekilde numaralandırılır: (0) Ek tetkik gerektirenler, (1) Normal mamografi bulguları, (2) Benign bulgular, (3) Büyük olasılıkla benign bulgular, (4) Şüpheli anormallikler

(biyopsi yapılması düşünülmelidir), (5) Malign olma olasılığı çok yüksek lezyonlar (gerekli işlemler yapılmalıdır).

Meme kanseri tanılı olguların kayıtlarından tanı anındaki yaşı, tümör yerleşim yeri, histopatolojik tanuları, evresi ve tedavi yöntemleri değerlendirmeye alınmıştır.

Veriler MM TARAMA Yazılımı, CANREG Kanser Kayıt Veri Tabanı, Kanser Kayıt Merkezlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş SEER Özet Evreleme Kılavuzu (versiyon 2000) ve Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü'nün (UICC) hazırladığı Malign Tümörlerin Sınıflaması (TNM Classification of Malignant Tumors) kullanılarak toplanmış ve SPSS 20.0 programına yüklenerek değerlendirilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde) ve ki kare testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarında $p < 0,01$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

2016-2019 Haziran tarihleri arasında birinci basamakta meme kanseri taraması yapılan kişilerden MM TARAMA yazılım programında kayıtlı olan 98.117 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kişilerden 5657'si tarama pozitifdir. Tarama pozitif olguların %88,8'i BIRADS 0, %7,8'i BIRADS 4 ve %3,4'ü BIRADS 5 olarak raporlanmıştır (n=5657). Taraması yapılan olguların yaşlarının ortalama değeri 51,0'dır ($\pm 7,64$). Meme kanseri taraması yapılan 98.117 kişiden ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastaneye sevk edilen 5657 tarama pozitif kişinin verileri, İzmir Kanser Kayıt Merkezinin verileriyle karşılaştırıldığında 346 (%0,4) kişinin meme kanseri tanısı aldığı görülmüştür. Meme kanseri taraması yapılan 98.117 kişide geri çağırma oranı %5,8'dir. 98.117 kişinin BIRADS dağılımına bakıldığında; %5,1'i BIRADS 0, %0,5'i BIRADS 4, %0,2'si BIRADS 5 olarak raporlandığı görülmektedir.

2016, 2017,2018 ve 2019 yıllarına ait TÜİK hedef nüfusuna ulaşma oranları sırasıyla %5,3, %10,2, %9,7 ve %11,3' tür (n=98.117).

Tablo 1: Tarama pozitif olguların tanı durumu (n=5657)

	Tanı Var		Tanı Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
BIRADS 0	116	2,3	4905	97,7	5021	100
BIRADS 4	100	22,6	342	77,4	442	100
BIRADS 5	130	67,0	64	33,0	194	100
Toplam	346	6,1	5311	93,9	5657	100

Tanı durumuna göre BIRADS dağılımına bakıldığında BIRADS 0 5021 olgunun 116 'sı (%2,3), BIRADS 4 442 olgunun 100'ü (%22,6) ve BIRADS 5 194 olgunun 130'u (%67) tanı almıştır ($p < 0,01$)(Tablo 2). Meme kanseri olgularının yaşlarının ortalama değeri 54,2'dir ($\pm 7,64$). 50 yaş ve üzerinde tanı alanların oranı %69,1 (n=239), 50 yaş altında tanı alanların oranı ise %30,9'dur (n=107) ($p < 0,01$). Kitle olguların %62,4'ünde (n=149) meme üst dış kadranında bulunmaktadır. Histopatolojik olarak olguların %70,5'i (n=244) invaziv duktal karsinomdur.

Tablo 2: Tarama sonucu tanı alan olguların tümör çapı(n=346)

	n	%
Lokal (tümör çapı \leq 2cm)	261	75,4
İleri(tümör çapı>2cm)	73	21,1
Bilinmeyen	12	3,5
Total	346	100,0

Tarama sonucu tanı alan olguların %75,4'nün (n=261) tümör çapı 2 cm ve altındadır (Tablo 3). Olguların %54,6' sında (n=189) lenf nodu tutulumu ve %76,3'ünde (n=264) metastaz yoktur.

Tablo 3: Tarama Sonucu tanı alan olguların Özetlenmiş TNM'si (n=346)

	n	%
Lokalize	212	61,3
Lokal Yayılım	20	5,7
Bölgesel Yayılım	90	26,0
İlerlemiş	12	3,5
Bilinmeyen	12	3,5
Total	346	100,0

Tarama sonucu tanı alanların özet TNM'si %61,3 'ü lokalizedir (n= 212) (Tablo 3).

Tanı alanların %89,3'üne (n=309) tedavi uygulanmıştır. Kanserine yönelik cerrahi tedavi uygulananların oranı %84,1 (n=291), radyoterapi yapılanların %54,9 (n=190), kemoterapi yapılanların oranı ise % 48,3'tür (n=167). Bu oranlara birden fazla tedavi yöntemi uygulanan hastalar dahil edilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışma Sağlık Bakanlığınca yürütülen toplum tabanlı meme kanseri tarama programının İzmir ilindeki sonuçlarını açıklamaktadır.

Bir tarama programının etkili olabilmesi için hedef nüfusun yüzde %70'inden fazlasının taramaya katılmış olması gerekmektedir(12). Bizim çalışmamızda 2016, 2017, 2018, 2019 yıllarına ait meme kanseri tarama oranları birinci basamakta sırasıyla %5,3, %10,2, %9,7 ve %11,3'tür ve yıllara göre artış göstermektedir. Sivas'ta 2016-2017 yılları arasında 7354 kişinin katıldığı programda 2016 yılında %15,8 ve 2017 yılında %16,1 oranında taranmıştır(16). Muğla ilinde birinci basamakta 7047 kadında yapılan meme kanseri taramalarını değerlendirme çalışmasında ise; tarama oranı %8,6'dır (17). Kayseri'de yapılan bir başka çalışma 8929 kadın taranmış ve tarama oranı %9 olarak bulunmuştur(18). Hedef nüfusa ne kadar çok ulaşırsa meme kanseri olan kişileri yakalama oranı da o kadar çok artmaktadır. Ülkemizde mevcut durumda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %20-30 arasındadır. Etkin bir tarama hedef

populasyonun %70'ini kapsamaya gerektiği düşünüldüğünde oran henüz yeterli değildir. (12).

İzmir'de 2016-2019 Haziran tarihleri arasında birinci basamakta 98.117 kişiye meme kanseri taraması yapılmıştır, 5657'si tarama pozitifdir. Mamografide raporlama standardizasyonu BIRADS sınıflaması ile yapılmaktadır. Bu sebeple lezyonun morfolojik özelliklerinin de değerlendirilmesi gereklidir(19-20). Sivas çalışmasında 2016 yılı için BIRADS 0, BIRADS 4 ve BIRADS 5 toplam 400 (%0,5) kadın, 2017 yılı için ise toplam 289 kadın (% 0,3) ileri tetkik ve tedavi için hastaneye sevk edilmiştir(16). 2010 yılında yapılan Bahçeşehir çalışmasında BIRADS dağılımı incelendiğinde BIRADS 0 (%18,4), yer alırken en düşük yüzde BIRADS 4 ve 5 'tir (%0,5)(21). İtalya'da 40-49 yaş kadınlar arasında yapılan bir çalışmada ise; taraması yapılan 1666 kadının 111'i (% 6,7) BI-RADS skoru 4 veya 5 olarak bulunmuştur(22). Bizim çalışmamızda ise; taraması yapılan kişilerin %5,1'i BIRADS 0, %0,7'si ise BIRADS 4 ve 5 olarak raporlanmıştır (n=98117). Literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında bizim çalışmamız 40-69 yaş kadınlar arasında yapılmış olup, olgu sayısı diğer çalışmalara göre daha yüksektir.

Gelişmiş ülkelerde yaygın tarama yöntemleri ve toplumdaki farkındalığın yüksek olması nedeni ile meme kanseri erken evrede yakalanan bir kanser olarak karşımıza çıkmaktadır. Tarama yöntemleri ile tanı konulan meme kanseri olgularının %63,7'si erken lokalize dönemde tespit edilebilmektedir(23). Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt verileriyle yapılan çalışmada İzmir içinde yaşayan olguların %30,4'ünün lokalize dönemde tanı aldığı görülmektedir(24). Bizim çalışmamızda da olguların % 61,3 'ü (n=212) lokalize dönemde tanı almıştır. Bu durum mamografi taramalarının önemli bir avantajıdır. Ayrıca yaşam yeri farkı, tanı ve tedavi merkezlerine ulaşım kolaylığı da rol oynayabilir.

Geri çağırma yüzdesi (Recall rate); ek poz mamografi çekimi, ultrason incelemesi, uzman konsültasyonu gibi tıbbi bir nedenle merkeze yeniden çağrılan kadınların, taramaya katılan kadınlar içindeki yüzdesidir. ACR'ın belirlediği kriterlere göre geri çağırma oranı %10'un altında olmasına rağmen Avrupa ve

İngiltere’de bu oran %5 olarak belirlenmiştir. altında olarak bildirilmiştir (13)(14)(15). Kopenhag’da yapılan bir çalışmada ise; %15,8-21,5 arasında olduğu bulunmuştur(25). Ulusal Tarama Mamografisi Raporlama Merkezi için Bakanlığın belirlediği oran ilk kez taramaya katılanlarda en fazla %15 (istenilen hedef %10); sonraki tur taramalarda en fazla %10’dur (istenilen hedef %5)(26). Bizim çalışmamızda ise; birinci basamakta geri çağırma oranı %5,8’dir. 2010 yılında Bahçeşehir’de 3758 katılımcının bulunduğu çalışmada katılımcıların, geri çağırma oranı %18,9’ dur(21). Tüm bu sonuçlar karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda geri çağırma oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu, tarama mamografisi raporlamalarının değerlendirilmesi için önemli bir ölçüttür.

Çalışmamızda, taranan 98117 kişide toplam 346 (%0,4) kişinin meme kanseri tanısı aldığı bulunmuştur. Sivas’da 2007 yılında yapılan çalışmada, taranan 1382 kişiden 5’ine (%0,4) meme kanseri tanısı bulunduğu belirtilmiştir(16). Van yapılan bir çalışmada, taranan 499 kişiden 2’sine (%0,4) meme kanseri tanısı bulunduğu tespit edilmiştir(27). Etlik’de 2062 kişide yapılan çalışmada, 2008-2010 yılları arasında taraması yapılan çalışmada katılımcıların %0,5’de meme kanseri tespit edilmiştir(28). Bahsedilen çalışmalara göre, bizim çalışmamızda taranan kadın sayısı ve meme kanseri tanısı alan kadın sayısı fazla olmakla birlikte, çalışma sonuçları birbirleriyle benzerlik göstermektedir.

Literatüre bakıldığında ideal bir meme kanseri tarama programının 40 yaşında başlayıp 70 yaşına kadar devam ettirilmesi gerektiği tavsiye edilmektedir(29)(30)(31)(32). Meme kanseri, gelişmiş ülkelerde en sık 55-64 yaş arası kadınlarda teşhis edilmektedir(33). Meme kanseri taramalarının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada meme kanseri olgularının yaşlarının ortanca değeri 55’tir(34). Bizim çalışmamızda da 40-69 yaş arası kadınlar çalışmaya alınmıştır ve meme kanseri olgularının yaşlarının ortanca değeri 54,2’ dir. 50 yaş ve üzerinde tanı alanların oranı % 69,1, 50 yaş altında tanı alanların oranı ise % 30,9’dur. Çalışmalar arasında az da olsa bir farklılık bulunmaktadır Bunun sebebi katılımcıların farkındalık düzeyinin yüksek olması ve daha erken dönemde taramaya başlayıp erken yaşta tanı alması olabilir.

Taramayla meme kanseri daha erken dönemde tanınmakta ve daha erken dönemde tedaviye başlanmaktadır(22)(35)(36)(37). 718 meme kanseri tanılı hastada yapılan bir çalışmada mamografi yöntemi ile taranarak kanser teşhisi almış kadınların % 60’ına Meme Koruyucu Cerrahi ve Radyoterapi uygulanabilmiştir (38). Çalışmamızda; tanı alanların %89,3’ne tedavi uygulanmıştır. Tedavi alanların %84,1’ine cerrahi tedavi, %54,9’una radyoterapi, % 48,3’üne de kemoterapi uygulanmıştır.

Meme kanseri taramalarının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada olguların %61,4’ünde tümörün üst dış kadranda yerleştiği, histopatolojik olarak %60,2’sinin invaziv duktal karsinom tanısı aldığı tespit edilmiştir(34). Ege Üniversitesinde yapılan bir başka çalışmada da meme kanseri olgularının en sık yerleşim yeri üst-dış kadranda (%46), en sık histolojik alt tip invaziv duktal kanser (%57,3) olarak izlenmiştir(39). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kanser olgularının en sık yerleşim yeri (%62,4) memenin üst dış kadranda olarak görülmektedir. Benzer şekilde olguların histopatolojik tipi en sık %70,5’i invaziv duktal karsinomdur.

Çalışmamızın güçlü yanları; İzmir ilinde kanser tarama programında görevli ekibin deneyimli olması, halkın kanser taramaları konusunda farkındalığının yüksek olması ile ait Mobil KETEM’in bulunması ve güçlü bir kanser kayıt veri tabanının olmasıdır. Zayıf yönleri ise; kurumlar arası veri akışını sağlayacak yazılımsal bir alt yapının olmaması, ileri tanı ve tedavi için referans kurumlara giden hastaların teşhis ve tedavi uygulamaları bakımından sağlıklı bilgi alınamamasıdır. Bir kanser kayıt merkezinin istenen tamlık ve kalite standartlarında yeterli güvenilirlikte veri toplama ve raporlama sürati; sona eren yıldan 12-24 ay sonrası olduğu için çalışmanın daha sonraki yıllarda da devam etmesi sebebiyle daha çok tanı almış hastaya ulaşılabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ

Meme kanseri tarama oranları, ilimizde ulusal tarama programının başlamasından itibaren yıllar içinde artış göstermektedir. Görüldüğü üzere hedef nüfusa ulaşma oranı ne kadar fazla ise meme kanseri tanısını erken

evrede saptama oranı da artmaktadır. Erken tanı yöntemleri, meme kanserinden korunmada, morbidite ve mortaliteyi azaltmada önemini sürdürmektedir. Erken tanı davranışlarının yaygınlaştırılabilmesi için öncelikle kadınların bu davranışları gerçekleştirmesinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi, daha sonra eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerin hatırlatıcılarla desteklenmesi önem taşımaktadır.

Hiçbir finansal kaynak kullanılmamıştır ve yazarlar bu makalenin yayınlanmasıyla ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2015;386:85-96
2. Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM. Acute pancreatitis. *N Engl J Med*. 2016;375:1972-81
3. Garg PK, Singh VP. Organ failure due to systemic injury in acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019;156:2008-23
4. Bálint ER, Fúr G, Kiss L, Németh DI, Soós A, Hegyi P, et al. Assessment of the course of acute pancreatitis in the light of aetiology: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2020 Oct 21;10(1):17936.
5. Bush N, Rana SS. Ascites in acute pancreatitis: clinical implications and management. *Dig Dis Sci*. 2021 May 25.
6. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis – 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62:102-11
7. Zeng QX, Wu ZH, Huang DL, Huang YS, Zhong HJ. Association Between Ascites and Clinical Findings in Patients with Acute Pancreatitis: A Retrospective Study. *Med Sci Monit*. 2021;27:e933196. Published 2021 Nov 5.
8. Balthazar EJ. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation. *Radiology* 2002;223(3):603–613.
9. Zerem E. Treatment of severe acute pancreatitis and its complications. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13879-13892.
10. Maringhini A, Ciambra M, Patti R, et al. Ascites, pleural, and pericardial effusions in acute pancreatitis. A prospective study of incidence, natural history, and prognostic role. *Dig Dis Sci*. 1996;41:848-52
11. Samanta J, Rana A, Dhaka N, Agarwala R, Gupta P, Sinha SK, et al. Ascites in acute pancreatitis: not a silent bystander. *Pancreatol*. 2019 Jul;19(5):646-652.
12. Chen H, Li F, Sun JB, Jia JG. Abdominal compartment syndrome in patients with severe acute pancreatitis in early stage. *World J Gastroenterol*. 2008;14:3541-48
13. Mifkovic A, Skultety J, Sykora P, et al. Intra-abdominal hypertension and acute pancreatitis. *Bratisl Lek Listy*. 2013;114:166-71
14. Kumar P, Gupta P, Rana S. Thoracic complications of pancreatitis. *JGH Open*. 2018;3(1):71-79.
15. Liang Y, Zhao X, Meng F. Procalcitonin, C-Reactive Protein, and Neutrophil Ratio Contribute to the Diagnosis and Prognosis of Severe Acute Pancreatitis. *Iran J Public Health*. 2019 Dec;48(12):2177-2186.
16. Zhong Y, Yu Z, Wang L, Yang X. Combined detection of procalcitonin, heparin-binding protein, and interleukin-6 is a promising assay to diagnose and predict acute pancreatitis. *J Clin Lab Anal*. 2021 Aug;35(8):e23869
17. Mofidi R, Suttie SA, Patil PV, Ogston S, Parks RW. The value of procalcitonin at predicting the severity of acute pancreatitis and development of infected pancreatic necrosis: systematic review. *Surgery*. 2009 Jul;146(1):72-81.
18. Ocskay K, Vinkó Z, Németh D, Szabó L, Bajor J, Gódi S, et al. Hypoalbuminemia affects one third of acute pancreatitis patients and is independently associated with severity and mortality. *Sci Rep*. 2021 Dec 17;11(1):24158.
19. Hong W, Lin S, Zippi M, Geng W, Stock S, Basharat Z, Cheng B, Pan J, Zhou M. Serum Albumin Is Independently Associated with

- Persistent Organ Failure in Acute Pancreatitis. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2017;2017:5297143.
20. Egi M, Kim I, Nichol A, Stachowski E, French CJ, Hart GK, et al. Ionized calcium concentration and outcome in critical illness. *Crit Care Med.* 2011;39:314–21
 21. Pokharel A, Sigdel PR, Phuyal S, Kansakar PBS, Vaidya P. Prediction of Severity of Acute Pancreatitis Using Total Serum Calcium and Albumin-Corrected Calcium: A Prospective Study in Tertiary Center Hospital in Nepal. *Surg Res Pract.* 2017;2017:1869091
 22. Gutiérrez-J.,Castro-J., R. Lagunes-C.C., Total serum calcium and corrected calcium as severity predictors in acute pancreatitis *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, Volume 79, Issue 1, January–March 2014, Pages 13-21
 23. Shin SH, Kim SC, Song KB, Hwang DW, Lee JH, Lee D, ve ark. A comparative study of laparoscopic vs. open distal pancreatectomy for left-sided ductal adenocarcinoma: a propensity score-matched analysis. *J Am Coll Surg.* 2015;220:177-85.