

>KOLOREKTAL KANSER TARAMASI ULUSAL STANDARTLARI

31.12.2008 tarih ve 3239 sayılı onay ve 11.08.2009 tarih ve 2669 sayılı değişikliğe ait makam onayı ile yürürlüğe girmiştir.

Kolorektal Kanser gelişmiş ülkelerde ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan önemli bir hastalıktır. Ülkemizde ise en sık görülen 10 kanser sıralamasında 7,24/100.000 insidans ile 7. sırada olup (2004 KSDB verileri), yılda yaklaşık 5000 yeni vaka görülmekte ve yaklaşık 3200 kolorektal kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir. Ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olan kolorektal kanseri gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için tarama testlerine ihtiyaç vardır. Kolorektal kanser tarama yöntemleri invazif kanser morbiditesi ve mortalitesini azalttığı düşünölen ve bu açıdan etkinliği kanıtlanmış az sayıdaki tarama yöntemlerinden biridir. Kalın bağırsağın (kolon ve rektumun) polip ve kanserleri çoğu kez iyice büyüyene kadar belirti vermezler. Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (prealign) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür. Bu açıdan bakıldığında kolorektal kanserler için önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu söylenebilir. Yapılan birçok prospektif çalışma, vaka-kontrol çalışmaları ve prediktif çalışmalarda da çeşitli tarama stratejilerinin ve tarama testlerinin kolorektal kanser mortalitesini azalttığı kanıtlanmıştır [1].

Ülkemizde bireylerin, bilinen tarama yöntemleri ile kanser taramalarının yapılması ve etkin bir biçimde tedavi edilmeleri kanser vakalarına bağlı ölümlerde önemli bir oranda azalmaya neden olacaktır. Fakat bu taramaların yapılması için ülke gerçekleri (alt yapı sorunları ve maliyet) ile uyumlu bilimsel tarama standartlarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle en azından risk altındaki grupların taramasının yapılması çok önemlidir. Bu nedenle risk grubunun tanımlanması gerekmektedir. Yaş ve aile hikayesi en önemli risk faktörü başlıklarıdır. Kalın bağırsak kanseri herhangi bir yaşta ortaya çıksa bile hastaların %90'ından fazlası 40 yaşın üzerinde olan kişilerdir. Bu yaştan sonra risk, her 10 yılda ikiye katlanır. Bu gerçekten yola çıkarak risk faktörleri şöyle sıralanabilir:

- 50 yaş üzerindeki bireyler
 - Yüksek yağlı, düşük lifli beslenme
 - Aşırı kalori alımı
 - Ailede (birinci ve ikinci derecede akrabalar) ve /veya kendisinde
 - Kolorektal kanser hikayesi
 - Kolorektal adenomatöz polipi öyküsü olanlar
 - Ülseratif Kolit ve Crohn hastalığı öyküsü olanlar (8-10 yıldan fazla süre ile hasta olanlarda risk artar)
 - Kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendromlar (Lynch, Gardner, Turcot, Peutz-Jegher Sendromları, Ailesel juvenil ve adenomatöz polipozis)(2,3)
-
- **AMAÇ:**Önemli bir sağlık sorunu olan kolorektal kanserler, prealign lezyonların varlığı

ve nispeten kolay erişilebilir bir organ olması nedeniyle erken yakalamaya uygun bir hastalıktır. Bu nedenlerden ötürü temel amaç; ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, kolorektal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit edip, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle invazif kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürmek, aksi takdirde uygulanması gereken karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir.

- **YÖNTEM:** Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında ideal yöntem **Tarama** Bir yılda bir uygulanacak Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve 10 yılda bir yapılacak kolonoskopi yöntemleri ile yapılacak olan taramadır. (4) **Gaitada Gizli Kan Testi;** Poliklonal veya monoklonal antikolar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını kantitatif olarak gösterebilmeli ve testlerde kullanılan antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı, gıdalarla alınabilecek hayvan kaynaklı hemoglobinlerle reaksiyona girmemeli ve bu şekilde yalancı pozitif sonuçlara yol açmamalıdır
- **HEDEF POPÜLASYON, TARAMANIN BAŞLANGIÇ VE BİTİŞ YAŞLARI, TARAMA SIKLIĞI:** Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayacak ve 70 yaşında bitecek olan toplum tabanlı taramadır. Taranacak popülasyon, ETF'ler (Ev halkı Tespit Fişi) esas alınarak tanımlanmalı ve geliştirilecek davet yöntemleriyle bir yıllık intervallerle tekrarlanmalı ve son iki testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir. (4)
 - **Özel Durumlar**
Yüksek Riskli ve Çok Yüksek Riskli Olgu Gruplarında: Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan bireylerde normal popülasyonla aynı prosedürler 40 yaşından itibaren başlamak şartıyla, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkan bireylerde ise akrabalarında kanserin çıkış yaşından 5 yıl önce tarama prosedürü başlamalıdır. Yukarıda ifade edilen genel durumlar dışında tarama ve izlem prosedürleri olguyu takip eden kliniklerce belirlenecektir.(2)
- **YER:** Bu çalışmalar Aile Sağlığı Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), AÇSAP'lar, Sağlık Ocakları ve Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından yürütülebilir. Bu kuruluşlar sonuçları, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığına gönderilmek üzere, Sağlık Müdürlüğüne periyodik olarak her ay bildirmelidirler. Sağlık müdürlüğünde Toplum Tabanlı Tarama çalışmalarının koordinasyonundan, toplu kayıt ve izleminden İl Kanser Kontrol Koordinatörünün sorumluluğunda İl Kanser Kontrol Birimi sorumludur.
- **Malzemenin Temini:** Tarama için gerekli olan malzemeler Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca hazırlanacak teknik şartnamelere göre Sağlık Müdürlükleri kanalı ile temin edilmeli ve ilgili merkezlere tutanak karşılığı dağıtılmalıdır.
- **GGK TESTİNİN DAĞITILMASI:** Aile Sağlığı Merkezlerindeki aile Hekimleri ile Toplum Sağlığı Merkezleri , Sağlık Ocakları, AÇSAP'lar ve KETEM'lerde görevli pratisyen hekim, ebe, hemşire ve laboratuvar teknisyenleri tarafından davet edilen bireylere

kolorektal kanserlerle ilgili genel eğitim verilir. Daha sonra ücretsiz GGK kitinin uygulanması ile ilgili kişilere birebir demonstrasyon eğitimi verildikten sonra, yeni kit, bilgilendirme (uygulama) broşürü ile teslim edilir ve kişi bilgileri Kolorektal Kansere Tarama Veri Tabanına işlenir.

- **GGK TESTİNİN YAPILMASI:** Aile Sağlığı Merkezlerindeki Aile Hekimleri ile Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlık Ocakları, AÇSAP'lar ve KETEM'lerde görevli pratisyen hekim, ebe, hemşire ve laboratuvar teknisyenleri ve tarafından ücretsiz dağıtılan GGK kiti kişi tarafından evinde uygulandıktan sonra sadece kit içindeki test kaseti verilen merkeze geri getirilir.
- **GGK TESTİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:** Değerlendirme, kitleri dağıtan Aile hekimleri ve merkezlerdeki pratisyen hekim, ebe, hemşire ve laboratuvar teknisyenleri tarafından yapılır ve veri tabanına işlenir. Kit içerisindeki değerlendirme kasetini getiren kişi, sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır.
 - **GGK TESTİ (-) OLAN KİŞİLERDE UYGULANACAK YÖNETİM:**
Normal sonuç, test örneğinde kan bulunmadığı anlamına gelir. Çoğu kez (her 100 kişiden yaklaşık 98'inde) sonuç normal çıkmaktadır. Bu kişilerden bazıları, daha önceki sonuç belirsiz çıktığı için testi tekrarlamış olanlardır. **Normal sonuç kolorektal kanser olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez,** bu nedenle kolorektal kanser belirtileri ile ilgili bilgiler tekrarlanarak, kişiye yeniden kolorektal kanser bilgilendirme broşürü verilir ve 1 yıl sonra tekrar davet edileceği ve kolorektal kanseri taraması yaptırma imkanının tanınacağı söylenir .(5)
 - **GGK TESTİ (+) OLAN KİŞİLERDE UYGULANACAK YÖNETİM:**
Anormal sonuç, dışkıda kan bulunmuş olduğunu gösterir - **kanser tanısı değildir, ancak kolonoskopi yaptırılması gerektiği anlamına gelir.** Anormal sonucun nedeni kolorektal kanserden çok, poliplerdeki kanama olabilir. Hemoroid (basur) gibi başka hastalıklardan kaynaklanmış olması da mümkündür. Sonuç anormal çıkarsa, tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için kalın bağırsağın (kolonun) daha ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesini (kolonoskopi) görüşmek üzere, Devlet Hastaneleri, Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde gastroenteroloji, genel cerrahi veya gastro cerrahisi servislerine yönlendirilmesi gerekir. Test yapılan her 100 kişiden yaklaşık ikisinde sonuç anormal çıkmaktadır.(5)
 - **GGK TESTİ BELİRSİZ OLAN KİŞİLERDE UYGULANACAK YÖNETİM:**
Belirsiz sonuç, gaitada gizli kan (GGK) testi için aldığınız örnekte, kan olabileceğine dair belirti görülmemesidir. **Belirsiz sonuç kanser olmadığını anlamına gelmez, sadece tekrar test yaptırılması gerektiğini gösterir.** Sonuç belirsiz çıkarsa, en fazla iki kere daha gaitada gizli kan (GGK) testi yapmanız istenir. Bu gereklidir, çünkü polipler ve kanserler sürekli kanama yapmazlar ve dışkıda kan olup olmadığının saptanması önemlidir. Her 100 kişiden yaklaşık dördünde sonuç belirsiz çıkmaktadır. Daha sonra testi tekrarlayanların çoğunda

normal sonuç alınmaktadır.(5)

- **EĞİTİMLER ve DÖKÜMANLAR:** Bu hizmetlerin verileceği merkezlerdeki personelin eğitimi "Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri Personelinin Eğitimlerinin Düzenlenmesi ve Sertifikalandırılması Yönergesi" hükümlerince Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca gerçekleştirilir. KETEM'lerde çalışan doktorlar, hemşireler, ebeler ve tıbbi teknologlar eğitici eğitimi almakla yükümlüdürler ve aldıkları eğitimi bölgelerindeki Aile sağlığı Merkezlerindeki Aile Hekimleri ile AÇSAP,Toplum Sağlığı Merkezi ve Sağlık Ocaklarında çalışan doktor, hemşire, ebe ve laboratuvar teknisyenlerine ve uygun bir program dahilinde vereceklerdir. Konu ile ilgili bilgileri ve öğrenim rehberlerini içeren dokümanlar Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanır ve taramaya katılan tüm merkezlere dağıtılır.
- **DEVLET HASTANELERİ, EĞİTİM HASTANELERİ ve ÜNİVERSİTELER:** Bu konu ile ilgili standartlar Devlet,Eğitim ve Üniversite Hastanelerine bildirilmeli, eğitim ve halkın bilgilendirilmesi faaliyetlerinde işbirliği içinde olunmalı, ileri tedavi gereken hastaların sevki sonrası tedavilerinin planlanması ve sonrasında geribildirimlerin zamanında ve eksiksiz verilmesi sağlanmalıdır.
- **TANITIM:** Taramanın tanıtılması, halkın bilgilendirilmesi ve talep oluşturulabilmesi için yazılı ve görsel basın başta olmak üzere kampanyalar düzenlenmeli, Türkiye'de sevilen sanatçılardan da yararlanılarak spot filmler çekilmeli bu filmlerin uygun saatlerde yayınlanması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR :

1. Mandel JS; Bond JH, Church TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. N Engl J Med 1993; 328:1365-1371.
2. UICC Klinik Onkoloji, sekizinci baskı, M.A. Gil-Delgado, D. Khayat, J.Taieb
3. American Cancer Society (ACS) Guidelines for the Early Detection of Cancer
4. UKDK Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu
5. NHS-Cancer Screening Programmes, Bowel Cancer Screening