

DERLEME / Review

Türkiye’de Servikal Kanser Tarama Programı Saha Değerlendirmesi

Field Evaluation of the National Screening Program For Cervical Cancer in Turkey

Gökben YASLI

ÖZ

Servikal kanserler sık görülmesi, sık ölüme neden olması sebebi ile ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Servikal kanser kadınlar arasında en sık görülen 4. kanserdir. Toplum tabanlı tarama programlarının serviks kanseri mortalitesi ve insidansını önemli ölçüde azalttığı bildirilmektedir. Serviks kanserinin yüksek riskli HPV enfeksiyonu ile güçlü bir ilişkisi olduğu bilinmektedir. WHO 2020 yılında Servikal Kanser Eliminasyon Programını başlatmıştır. Bu programa göre servikal kanserle tek tek değil global bir mücadelenin gerektiğine karar veren örgüt tüm ülkelere uygun tarama programları ve HPV aşılmasını önermiştir. Ülkemizde de 2014 yılından bu yana Servikal Kanser Tarama Programı yürütülmektedir. Tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır. HPV aşısı, tarama programları ile servikal kanserler bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkacaktır

Anahtar Kelimeler: Servikal Kanser, Kanser Tarama Programı, HPV

GİRİŞ

Servikal kanserler sık görülmesi, sık ölüme nedeni ile ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından yayımlanan verilere göre, tüm dünyada 2020 yılında 604.000 yeni servikal kanser vakası ve 342.000 servikal kansere bağlı ölüm görülmüştür. Servikal kanser meme, kolorektal ve akciğer kanserlerinden sonra kadınlar arasında en sık görülen 4. kanserdir. Kadınlar arasında 2020 yılında; meme, akciğer ve kolorektal kanserden sonra mortalite hızı en yüksek 4. kanserdir (1). Türkiye’de mevcut kayıtlara göre kadınlarında serviks kanserinin yaşa göre düzeltilmiş insidans hızı 100 binde 4,8 ve mortalite hızı ise 100 binde 2,2’dir. Kadınlarda görülen kanserler içinde 2020

ABSTRACT

Cervical cancer is a serious public health problem due to its frequent occurrence and frequent mortality. Cervical cancer is the 4th most common cancer among women. It is reported that population-based screening programs significantly reduce the mortality and incidence of cervical cancer. It is known that cervical cancer is strongly associated with high-risk HPV infection. WHO launched the Cervical Cancer Elimination Program in 2020. According to this program, the organization, which decided that not one by one but a global struggle is needed. WHO recommended screening programs and HPV vaccination to all countries. Cervical Cancer Screening Program has been carried out in our country since 2014. According to screening standards, it is planned that woman in the 30-65 age group will be screened with an HPV test every 5 years, and positive cases are re-evaluated with a smear. With the HPV vaccine and screening programs, cervical cancers will no longer be a public health problem.

Keywords: Cervical Cancer, Cancer Screening Program, HPV

yılında hem yeni vaka hem de ölümler içinde 12.sıradadır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılında ilk defa bir kanser için Servikal Kanser Eliminasyon Programını başlatmıştır. Bu programın gerçekleşmesi halinde 2030 yılında tüm dünyada 15 yaşına gelmiş kızların %90’ı HPV aşısını yaptırmış, 35-45 yaş arasındaki kadınların %70’i hassasiyeti yüksek bir test ile taranmış ve servikal hastalık tanısı almış kadınların %90’ı tedaviye ve bakıma ulaşabiliyor olacaktır (3). DSÖ’nün eylem çağrısına göre, HPV aşısı, tarama programları ve gereken müdahaleler ile servikal kanserler bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkacaktır (4).

Serviks kanseri gelişiminde en önemli risk faktörü Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyonudur. HPV Papillomaviridae ailesine ait bir DNA virüsüdür. Serviks kanserinin %99,7 sinde HPV ile birliktelik saptanmıştır. Hatta

1-Uzm.Dr.Halk Sağlığı Uzmanı, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi

E-posta: gokben.yasli@gmail.com, ORCID: 0000 0003 2464 2238

Gönderim Tarihi:06.04.2022 - Kabul Tarihi: 03.11.2022

serviks kanseri HPV arasındaki ilişkinin sigara- akciğer kanseri arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğu gösterilmiştir (5). HPV, en sık cinsel yolla bulaşmaktadır (6). Servikte bulunan skuamöz epitel toksik maddelere ve enfeksiyonlara karşı koruyucu bir bariyer görevi vardır. HPV enfeksiyonu ve kolaylaştırıcı faktörlerin birlikteliği ile transformasyon zonunda bulunan metaplastik skuamöz hücreler displaziye uğrar ve prekanseröz lezyonlar oluşturur. HPV enfeksiyonunun çoğunluğu geçicidir ve kendiliğinden düzelir. Kanser oluşumu bu tür geçici enfeksiyonlardan meydana gelmez. Persistan enfeksiyon vakalarında ise servikal intraepitelyal premalign lezyon ve adenokarsinoma gelişebilir. Servikal kanser lezyonlarının ileri evre kansere dönüşmesi yaklaşık 10-20 yıllık süreci kapsar (7).

HPV’nin cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olması sebebiyle ilk cinsel ilişki yaşı, partner sayısı, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, tütün kullanımı, immun sistemin durumu serviks kanserinin gelişiminde önemli risk faktörleridir (8-11). Ayrıca sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu da bilinmektedir. Düşük sosyoekonomik durumla birlikte yetersiz beslenme, hijyen eksikliği, sağlık hizmetine ulaşımında yetersizlik de diğer kolaylaştırıcı risk faktörleri arasında sayılabilir (12). Bu risk faktörlerinin ya virüsle karşılaşma oranını arttırdığı ya da viral persistansın karsinogenik süreci hızlandırmada önemli rol oynadığı bilinmektedir. Erken teşhisin önemi tedaviyi mümkün kılabilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu sebeple servikal kanserler için çeşitli tarama programları geliştirilerek erken tanı ve tedavi amaçlanmaktadır (13).

DSÖ, kanserlerin üçte birinin erken tanı ve tarama programları ile engellenebileceğini bildirmektedir. Serviks kanseri kontrol programlarında korunma, birincil, ikincil ve üçüncül korunma adımları ile sağlanmaktadır (14,15). Birincil korunma; serviks kanseri oluşmadan önce risk faktörlerine karşı alınacak tüm koruyucu önlemleri içerir. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, sağlıklı cinsel yaşam eğitimleri, tütün kullanımı ile ilgili sağlık bilgileri, aile planlaması yöntem kullanımı, erkek sünneti ve aşılama bu koruma kapsamında yer alır (2,16). Özellikle yaş aralığı uygun kadınların en

az %50’sinin aşılandığı ülkelerde, HPV 16 ve 18 enfeksiyonları %70’e yakın azalmıştır (15,17). İkincil korunmada; sağlıklı kişilere uygulanan erken tanı ve tarama yöntemleri ile hastalık klinik olarak ortaya çıkmadan önce etkisini en aza indirilmesini amaçlamaktadır. Günümüzdeki tarama programları, bu koruma kapsamındadır (18). Serviks kanseri tarama programları yürüten ülkelerde, servikal kanserlerin çoğunun düzenli taramaya katılmayan kadınlarda ortaya çıktığı görülmüştür. Bu nedenle taramaya katılım arttırılmadıkça, serviks kanseri oranlarında ciddi bir azalma beklenmemelidir. Toplum tabanlı tarama programlarının serviks kanseri mortalitesi ve insidansını önemli ölçüde azalttığı bildirilmektedir (19). Ayrıca riskli gruplarda tarama programlarıyla da iyi sonuçlar alınması sağlanmaktadır (20). Üçüncül korunma ise; hastalık semptomlarını gösterdikten klinik bulguların ortaya çıkmasından sonra hasta bireylerin yaşam kalitesini arttırmak için, uygun kanser tedavisinin başlanması (ameliyat, radyoterapi, kemoterapi palyatif bakım vb.) ve rehabilitasyon danışmanlıklarıdır (15).

Aşı geliştirilmesi servikal kanser eliminasyonu sürecinde önemli gelişmelerdendir. HPV aşısı DNA içermez ve HPV’nin dış kapsid proteini olan L1 ve L2’den yararlanır. Food and Drug Administration (FDA) tarafından ruhsatlandırılmış üç rekombinant HPV aşısı vardır. Gardasil quadrivalan bir aşıdır ve HPV 6, 11, 16, 18’e karşı etkilidir. Cervarix HPV 16, 18’e karşı etkili bivalan aşıdır. Gardasil 9 ise Gardasil’in etkili olduğu HPV tiplerine ek olarak HPV tip 31, 33, 45, 52 ve tip 58’e de etki eden nonavalan aşıdır (21,22). Gardasil ve Cervarix 3 doz şeklinde uygulanır. Cervarix 0, 1, ve 6 ay şeklinde uygulanırken Gardasil 0, 2, ve 6 ay şeklinde uygulanır. DSÖ’ye göre ilk aşı 9-15 yaşlarında yapılmalı ancak bu yaşlarda aşılama yapılamazsa 13-26 yaşlarda aşı yapılması önerilmektedir. Aşıların daha önce ilişkiye girmemiş kişilere uygulanması önerilir ve aşı öncesi seroloji kontrolü ya da smear yapılması önerilmez (23). Türkiye’de 2007 yılından itibaren iki tür HPV aşısı ruhsatlandırılmıştır (yüksek riskli HPV tiplerinden HPV-16 ve HPV-18’e ait

antijenleri içeren ikili aşı ve yüksek riskli HPV tiplerinden HPV-16 ve HPV-18'e ilaveten daha düşük riskli HPV-6 ve HPV-11'e ait antijenleri içeren dördümlü aşı). Her iki aşı da 11-25 yaş arası kadınlarda kullanımı ruhsatlandırılmışken dördümlü aşı ek olarak 11-25 yaş arası erkeklerde kullanım için de ruhsatlandırılmıştır. Türkiye'de ulusal aşı programında henüz HPV aşuları yer almamaktadır (2). Erkeklerin aşılınması, anal ve penil kanserler ve genital siğillerin önlenmesi ve toplum bağışıklığını artırmada katkıda bulunacağı için desteklenmektedir (24). HPV aşularının ulusal aşılama programlarına dahil edilmesi önemlidir. Yüksek gelirli ülkeler nispeten yüksek oranda HPV aşılama oranlarına sahipken, özellikle düşük gelirli ülkeler HPV aşısına ulaşma konusunda sıkıntı yaşamaktadır. Tarama programlarının daha etkili olabilmesi için aşılama programları ile yürütülmesi ve aşının herkes için ucuz ve ulaşılabilir olması önemlidir.

Hastalıkların erken tanısı için 2 yol bulunmaktadır. Birincisi hastalığın belirtilerini en erken dönemde yakalamak, ikincisi ise hastalığın daha klinik olarak bulgu vermediği kişileri yakalamaktır. 2007 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün erken tespit rehberine göre serviks kanseri erken tanı (early diagnosis) ve tarama (screening) açısından uygundur. Erken tanı (early diagnosis) sadece belirtileri olan kişiler için sağlanan hizmet, tarama ise (screening) sağlıklı hedef nüfus için sağlanan hizmet olarak bilinmektedir (25).

Kanser taramaları, görünüşte sağlıklı olan kişilere bazı testler uygulanarak henüz tanısı konulmamış, hastalıkların tespit edilmesidir ki bu yöntemle tespit edilen kanserlerin tedavisi hem daha kolay hem de daha maliyet etkindir. Tarama testlerinin kesin tanı koydurucu olması gerekmez. Sonucun pozitif ya da şüpheli olması kanser tanısı anlamına gelmez. Bu durumda vakalar başka tetkiklerin yapılması amacıyla daha ileri merkezlere gönderilmelidir (26). Rahim ağzı kanseri taraması, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) toplum tabanlı tarama programı için gerekli gördüğü ön koşulları sağlamaktadır. Bir başka deyişle rahim ağzı kanseri önemli bir halk sağlığı sorunudur, erken evrelerde prekanseröz lezyonlara tanı koyulabilmekte ve güvenli, etkili

ve uygun yöntemlerle tedavi edilebilmektedir, prekanseröz lezyonların kansere ilerleme süreci oldukça uzun olduğu için tanı ve tedavi için geniş bir zaman aralığı bulunmaktadır, ve erken dönemdeki lezyonların tedavisi invaziv kansere kıyasla çok daha ucuzdur (27).

Serviks kanseri ile yüksek riskli HPV ile persistan enfeksiyonunun yüksek oranda ilişkisi tespit edildiğinden beri, HPV DNA'nın tespiti için bir test kullanılması yaygınlaşmaya başlamıştır. HPV'nin çoğu servikal kanser için gerekli bir faktör olduğunun anlaşılması, serviks kanserinin önlenmesi için iki önemli gelişmeye yol açmıştır. Oldukça etkili bir birincil önleme stratejisi olarak HPV aşılması ve tarama ve/veya tarama pozitifliğinin yönetimi için yeni bir yaklaşım olarak HPV DNA testi yapılmasıdır (28). Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) Rahim Ağzı Kanser Tarama Programı 2018 verilerine göre 21-29 yaş arası kadınların 3 yılda bir sitoloji taranmasını tavsiye etmektedir. 30-65 yaş arası kadınların 3 yılda bir sitoloji ile veya 5 yılda bir tek başına HPV testi ile ya da 5 yılda bir sitoloji ve HPV testi ile taranmasını önermektedir (29). Amerikan Kanser Derneği (ACS) 2020 tarama kılavuzunda ise rahim ağzı kanser tarama programında serviks olan tüm bireylerde kanser tarama programının 25 yaşında başlatılmasını, 65 yaşına kadar sürdürülmesini, her 5 yılda bir HPV testi ile tarama yapılmasını önermektedir (30). Amerika Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ise; taramanın 21 yaşında başlamasını, 21-29 yaş arası 3 yılda bir sitoloji, 30-65 yaş arası 5 yılda bir HPV DNA veya 3 yılda bir sitoloji testi yapılmasını önermektedir (31). Serviks kanseri taraması için standart yöntem olarak kabul edilen Papanicolaou (Pap) smear testinde serviks ve vajen epitelinden dökülen normal hücreler ve hastalık nedeni ile değişmiş hücrelerin incelenmesine dayanan bir testtir (32,33,34). Birçok serviks kanseri önleme programı, aşıli kadınların tarama yaşına gelmesi ve yeni moleküler testlerin tanıtılmasıyla şu anda önemli bir geçiş aşamasından geçmektedir. Bu konuyla ilgili önceki birkaç çalışmanın incelemesiyle birlikte, HPV taramasının kanser öncüllerinin

daha erken saptanmasına olanak sağladığı sonucuna varmaktadır ve sitoloji taramasından daha etkilidir (35,36,37). Metaanalizler HPV testlerinin daha sensitif olduğunu gösterirken HPV testinin tek bir pap-smear testinin kaçıracağı vakaların %25-50’sini yakalayabilmektedir (38). Çalışmalar hem pap testi hem de HPV testi ile test kullanımının, CIN III tespitini önemli ölçüde iyileştirebileceğini ve invaziv kanser oranlarını önemli ölçüde azaltabileceğini göstermiştir. Bu bulgulara dayanarak, 30 ila 65 yaş arasındaki kadınların birincil taraması için en iyi seçenek olarak birlikte test önerilmektedir (39).

Türkiye’de Servikal Kanser Tarama Programı Uygulama Prosedürü

Türkiye’de Servikal Kanser Taramaları 1992’den beri servikal smear ile fırsatçı tarama şeklinde yürütülmektedir. Ülkemizde uzun zamandır smear tabanlı yapılan bu tarama birçok nedene bağlı olarak hedeflenen kapsama oranı olan %70 kapsama oranına ulaşamamıştır. Taranması planlanan kadın nüfusunun %20’si tarama programı kapsamında taranabilmiştir. Servikal kanser taramasındaki sorunları aşmak için tarama stratejisinde değişikliğe gidilmesine karar verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda yurt içi ve yurt dışı uzman, kurum ve kuruluşlardan görüş istenmiştir (40). 2014 yılı itibari ile ülkemizde ulusal serviks kanseri tarama programı yürürlüğe konmuştur. Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartlarına göre: 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi sonrasında beş yıllık aralıklarla tekrarlanması ve son üç testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramaya son verilmesi; CIN II/III nedeniyle histerektomize olmuş olgularda üç adet dokümanite edilebilen, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji yokluğunda taramanın kesilmesi; HIV enfeksiyonu olanlar/immünosupresif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçları negatifse yılda bir kez alınması öngörülmüştür(41). Ulusal tarama programına göre aile hekimliği birimine kayıtlı 30- 65 yaş arasındaki hedef nüfusun birinci basamak sağlık kuruluşlarında çağrı sistemleri ile davet edilmektedir. Tarama grubundaki kişi

listesi aile hekimlerinin kullandığı yazılım programlarında kanser hedef listesinden listelenir. Kanser Randevu Sistemi ya da telefonla davet edilir. Öncelikle Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden kişinin geçmiş taraması, tarama giriş ekranından kontrol edilir ve kişiye uygun zaman için randevu verilir. (örn:5 yıl içinde smear alınmış, ise mükerrer olacağından sistem giriş kaydı yapılamayacaktır). Ek olarak poliklinik başvuruları sırasında da bilgilendirme yapılır ve tarama için kayıt altına alınmaktadır. Ayrıca 1 Temmuz 2021 tarihi itibariyle başlatılan Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kronik hastalık taramalarında da davet yapılır. Ancak bu programda iyileştirme çalışmaları halen daha devam etmektedir. Aile hekimlerinin tarama için ikna edemediği kişiler Toplum Sağlığı Merkezi ya da Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi (KETEM)’lerde görevli sağlık personeli tarafından aranarak uygulama hakkında bilgilendirilmektedir. Bu uygulama şu an için bazı illerde yürütülebilmektedir. Numune alma işlemi hali hazırda birinci basamak sağlık kurumları olan; Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) yapılmaktadır. Başvuran kadınlardan onam/ret formu imzalatıldıktan sonra, bu konuda eğitim almış personel tarafından örnek materyaller alınmaktadır. Örnek almak için gereken tüm malzemeler (HPV fırçası, HPV tüpü, lam, lam kabı, fiksatif, kilitli zarf, broşür, onay formu, 4 adet barkot) KETEM, SHM ve aile hekimliği birimlerine dağıtılmıştır. Davet edilen kadınlara HPV-DNA testi ve pap smear testi birlikte yapılmaktadır Taramayı kabul eden kişilerden alınan HPV ve sitoloji örnekleri İstanbul ve Ankara’daki program kapsamında kurulan 2 merkezi laboratuvara İl Sağlık Müdürlüğü Kanser birimleri tarafından kargolanmaktadır. Bu laboratuvarlarda öncelikle HPV DNA numunesi incelenir eğer sonucu pozitif gelirse o zaman Pap smear sonucuda değerlendirmeye alınır. Numunelerin girişi, kargolanması, nakli ve sonuçlanması yine tarama programı kapsamında geliştirilen HPV Yazılım programı kapsamında takip edilebilir, istatistiksel değerlendirmeleri yapılabilir. HPV

sonucu pozitif olgularda, refleks sitoloji yapılmakta, smear sonucu anormal çıkan kişiler referans hastanelere 'KETEM İkinci Basamak Yönlendirme Formu' ile sevk edilir. Bir hastanenin referans hastane olabilmesi de belirli kurallara bağlanmıştır. Ulusal ve uluslararası kılavuzlara göre belirlenen minimal tanı kriterlerini karşılayabileceğini bildiren hastaneler referans hastane olarak değerlendirilmektedir. Taraması pozitif çıkan kadınlara taramanın yapıldığı kurum tarafından referans hastanelerindeki irtibat elemanlarının telefon numaraları verilir. Kadınlar bu kişileri arayarak referans hekimlerden bu irtibat elemanları aracılığıyla randevu alır. Hastaneye giderken tarama hastası olduğu anlaşılması için ellerinde KETEM ikinci basamak yönlendirme formu olması gerektiği bilgisi verilir. Ancak uygulamalarda hastalar, bu konuda çok da hassas davranmamaktadır. Kişilere sonuçları takip etme ve sonuçlarını almak için AHB/SHM/KETEM' e gelmesi gerektiği bilgisi verilir. Sonuçlar kişiye barkod numarası verilmiş ise <https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/sonucorgula> adresinden de öğrenilebilir. Ayrıca kişiler kendi e nabız sistemi üzerinden de sonuçlarını görebilir. Tarama sonucu kişiye 'Tarama Sonuç Teslim Belgesi' ile teslim edilir. Smear sonucu normal çıkması durumunda, HPV 16,18 dışındaki tiplerinden biri çıkar ise bir yıl sonra tekrar tarama yapılması yeterli görülmektedir. HPV pozitif olgularda, test sonucu HPV tip 16,18 çıktığı durumlarda, sitoloji sonucu normal çıksa bile kolposkopi için ikinci basamak sağlık merkezlerine sevk edilmektedir. Son yapılan iki testte negatif sonuç alan 65 üzeri yaş grubu kadınlarda, serviks kanseri taraması sonlandırılmaktadır. Yeterli bilgilendirme yapıldığı halde, tarama yaptırmayı kabul etmeme durumlarında, kadınlardan tarama yaptırmak istememelerine dair imzaları alınmakta ve bu kadınlar bir yıl sonra tarama programına tekrar davet edilmektedir.

Servikal Kanser Tarama Programının Değerlendirilmesi

1. Tamdık Sağlık Personeli: Türkiye'de aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanıyan, aynı zamanda ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının kendisine kayıtlı

bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Aile hekimi toplumda vatandaşa en yakın kişidir. Bunun için hedef nüfusa ulaşabilmenin en iyi yolu aile hekimlerinin tarama programına dahil edilmesidir. Programın topluma anlatılmasında, aktarılmasında ve katılımın artırılmasında, programa katılacak olan hedef nüfusun davet edilmesinde, tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde anahtar fonksiyona sahiptir. Bu nedenlerle aile hekimleri bu konuda hem maddi hem de manevi olarak desteklenmelidir. Ancak halen gelinen noktada en büyük sorun aile hekimlerinin yoğun poliklinik iş yükleridir. Poliklinik hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine vakit ayıramamaktadırlar. Genel olarak bakıldığında aile hekimleri de bu konudan sıkıntı duymaktadır. Son dönemde uygulamaya başlanan Hastalık Yönetim Platformunun maddi anlamda aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına ek bir ödeme yapılmasına neden olmuştur. Ancak bu konuda da en büyük sorun aile hekimlerinin yaptığı tarama ve izlem sayılarının ödemeye esas teşkil eden bakanlık yazılımlarına birebir yansımamasıdır.

2. HPV Yazılım Programı: Numunelerin girişi, kargolanması, nakli ve sonuçlanması yine tarama programı kapsamında geliştirilen HPV Yazılım programı kapsamında takip edilebilir, istatistiksel değerlendirmeleri yapılabilir. Bu program sayesinde numune kaybı olmamaktadır. Ayrıca ilde alınan numune sayısı, numunenin alındığı kurum, pozitiflik sayısı, sonuçlanan HPV tipi, vb. tüm sonuçlar görülebilmektedir.

3.Çabuk Sonuç: Numunelerin değerlendirilmesi engeç bir hafta on gün içinde sonuçlandırılmaktadır. Böylelikle hastaların kaygılı bekleyişleri çok kısa zamanda son bulmaktadır.

4. Güvenilir Sonuç: HPV DNA testinin pap smear testine göre duyarlılığı ve tekrarlanabilirliği yüksek olduğu için hastanın sonucunun objektif bir değerlendirmeye açık, daha uzun süre saklanmasını sağlanabilmektedir. Ayrıca HPV testi negatif prediktif değeri yüksek olduğundan negatif test sonrası kadınlar bir sonraki taramaya kadar kendilerine daha yüksek oranda güvende hissedecektir.

5. Tarama programı sayesinde ülkemizde HPV aşılı tartışılmaya başlanmıştır. Halen ulusal tarama programında yer almayan HPV aşılı kamuoyu tarafından da tartışılır hale gelmeye başlanmıştır. Ancak biliyoruz ki bireysel aşılama istenilen sonucu vermez, aşılama ve tarama birlikte bir kamu hizmeti olarak verilmelidir. Ayrıca tarama programı Türkiye’nin HPV tip haritası çıkaracak ve gelecekte muhtemel bir aşı programının yapılmasını sağlayacaktır.

6. Hasta test sonuçları kolaylıkla öğrenilebilir:

Kişiler sonuçları AHB/SHM/KETEM’ e başvurarak ya da

<https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/sonucorgula> adresinden de öğrenilebilir. Ayrıca e-nabız sistemi üzerinden de kendi sonucuna bakabilir. Tarama sonucu taramayı yaptıran kişi haricinde bir ikinci kişiye kesinlikle açıklanmaz. Ancak son zamanda kişisel verilerin gizliliği kanunu kapsamında aile hekimleri tarama sonuçlarını ancak kişi aile hekimine sağlık bilgisini görme yetkisi vermişse görebilmektedir. Bu durum programın uygulanabilirliği konusunda sıkıntı yaratmaktadır. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kayıtlarına onay almadan ulaşabilmeli ki tarama sonucu pozitif çıkan hastasını en kısa zamanda bilgilendirerek ilgili kurumlara yönlendirebilmeli.

7.HPV laboratuvarı olanakları: Şu an Türkiye’ de İstanbul ve Ankara’da olmak üzere 2 tane laboratuvar var. İstanbul’daki laboratuvar sadece İstanbul’da alınan numuneleri değerlendirirken, Ankarada’ki laboratuvar tüm Türkiye’den gelen numuneleri değerlendirmektedir. Ve her iki laboratuvar da teknik olanaklar ve fiziki koşullar açısından üst düzeydedir.

8.HPV+Smear birlikteliği gereksiz kolposkopiye azaltıyor. Alınan numunelerden öncelikle HPV DNA numunesi incelenir eğer sonucu pozitif gelirse o zaman Pap smear sonucu değerlendirmeye alınır. Pap smear testinin düşük sensitivitesi ve yüksek yanlış negatiflik oranı sorun teşkil ediyor. HPV-DNA testi, neredeyse tüm rahim ağzı kanserlerine neden olan yüksek riskli HPV suşlarını tespit eder. Bu durumda gereksiz kolposkopi yapılması engellenmiş olur ve

hastane yükü azalır. HPV pozitif kadınlar, sınırlı kaynaklara sahip ortamlarda tanı doğrulaması yapılmadan tedavi edilebilir.

9. Serviks kanseri tarama aralığının geniş olması HPV negatif kadınlar için kanser olma olasılığını azaltıyor: Aşılı kadınlarda smear sonuçları değerlendirilmesinde de sıkıntılar olacaktır. Ancak HPV testine dayalı taramada, HPV pozitif kadınlar, özellikle HPV16/18 ve sitoloji olmak üzere genotiplendirmeye dayalı olarak yönetilebilir.

10. Tek başına Pap Smear testinde yalnızca pozitiflik fazladır. HPV DNA testi ise daha sensitif, tekrarlanabilir, objektif ve basit olduğu, daha fazla kanser öncesi ve kanseri önlediği ve daha fazla hayat kurtardığı gösterilmiştir. Ayrıca ‘pap smear’ testinden daha uygun maliyetlidir. Serviks kanserinin erken dönemlerde yakalanması ile insan sağlığı açısından sağlıklı yaşam yılı süreleri artacaktır.

11. HPV DNA testinin menstrasyon döneminde yapılabilmesi avantajdır. Pap smear testi için gerekli koşullar (3 gün cinsel ilişki yasağı, vajinal duş ve ilaç kullanım yasağı ve menstrasyon dönemi olmaması vb.) HPV DNA için gerekli değildir. Özellikle zaman problemi olan, çalışan veya bir daha gelmek istemeyen hastalar ilk başvurularında taramalarını yaptırabilir.

12. Türkiye’de uygulanan tarama programı halen daha tam bir toplum tabanlı tarama programı olarak yürütülememektedir. Bu durum her ildeki personel sayısının farklı olması, illere göre kültürel farklılıklarının olması gibi katılım oranının etkilenmesiyle açıklanabilir. Bu sebeple toplum tabanlı tarama programı yürütemeyen illerde özellikle serviks kanserinin kentsel bölgelerde daha sık olması sebebiyle bu riskli bölgelerde mi yürütülmeli? sorusunu gündeme getirmektedir. Ancak bizim deneyimlerimize göre bir bölgede tarama programına katılımı özellikle sağlık yöneticisiyle bağlantılı olabiliyor. Eğer yönetici bu işe sahip çıkıyorsa aile hekimlerinin de taramaya katılımı artıyor sonuç olarak kişilerde tarama programlarına katılıyor.

13. Tarama testi artık toplum genelinde kabul görmeye başlayıp taramaya katılan birey sayısı yeterince artınca o tarama programının başarısından söz etmeye başlayabiliriz. Tarama programlarına toplumun farklı sosyokültürel ve sosyoekonomik gruplarında katılım durumunda farklılık görülebilir. Dini inanışlar, kültürel problemler, serviks kanseri ve jinekolojik muayene hakkındaki yanlış algı korku ve endişe tarama programına katılımı çok ciddi oranda etkilemektedir. Asıl risk altında olan sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda farklı yöntemlerin geliştirilmesi bu kadınlara yönelik kültür ve eğitim düzeyine özel strateji geliştirilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu sebeple daha fazla sağlık okuryazarlığına, toplumsal farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır.

14. Programın ilk başladığı dönemlerde sadece toplumda değil aynı zamanda sağlık personeli arasında da farkındalık azdı. Sağlık personeli arasında dahi jinekolojik muayene yapma konusunda direnç vardı. Özellikle hizmet içi eğitimlerle bu konuda çok ilerleme kaydedildi.

15. En büyük sorunlardan birisi de yetersiz insan gücü: Halen daha aile hekimliği birimlerinde aile sağlığı çalışanı olmayan aile hekimliği birimleri mevcut. KETEM/SHM'lerdeki personel aynı anda başka görevleri de yürütmekle sorumlu olabiliyor. Personel hareketliliği olabilir. Özellikle salgın durumlarında, aşılama kampanyalarında KETEM/SHM'lerden personel çekilebiliyor. Konuyla ilgili yetişmiş ve nitelikli insan gücünün sınırlı sayıda olması nedeniyle sahip olunan kaynakların tüm ülke genelinde en ekonomik bir biçimde kullanılabilir olması önemlidir.

16. Aynı zamanda bu personel hareketliliği sürekli bilgi güncellemesi ihtiyacını doğuruyor: Yetişmiş personel görev değişikliği yapabiliyor, tayin, emeklilik işlemleri vb. olabiliyor. Hem kanser tarama programı uygulama süreci hem de ikinci basamakta kolposkopi eğitim sürecinin sürekli olması gerekiyor.

17. Programdaki en sıkıntılı noktalardan birisi izleme ile ilgili yaşanan problemler: Hedef kitle

için takip uygulamalarının bulunmaması (tarama testi pozitif çıkan bir hastanın bu aşamadan sonraki sürecinin aile hekiminin bilgisinin dışında olması). Sonucu pozitif çıkan kişileri 2.basamak sağlık kuruluşlarına sevk edildiğinde tanı ve tetkik durumu konusunda birinci basamağın bilgisi olmuyor. Aile hekimi hastasının tanı alıp almadığını ancak kişi bilgi verirse öğrenebiliyor. Mevcut yazılım programlarında bu bilgiyi takip edebilecek bir entegrasyon söz konusu değil. AHBS/HSYS/HBYS entegrasyonun sağlanması konusunda çalışmalar mevcut ancak şu ana kadar tamamlanmış değil.

18. Tarama programı ile yakalanan vaka sayısı artıyor ancak 2. ve 3. basamak sağlık kurumları bu yükü hem personel hem de teknik anlamda karşılayabilecek durumda mı? Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sağlayan kurumların farklı olması bu süreçteki en büyük bürokratik sorun.

19. Ne yazık ki özel sağlık kurumlarında veya muayenehanelerinde çalışan kadın doğum hekimleri tarafından muayene edilirken kadınlara Pap smear testinin yapılmış olması da kadınların test yaptırmak için birinci basamağa başvuramalarına ve düzenli tarama yapılmamasına neden olmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak il genelinde bütün kurumlara bilgilendirme yazısı yazılmakta ayrıca sahadan pozitif gelen hastaya bir daha tarama prosedürünün işlenmemesi konusunda bilgi verilmektedir.

20.HPV taraması için muayene alanının yetersiz olması: Her aile sağlığı merkezi mevcut donanımı bağlamında mevcut donanımı jinekolojik muayene yapılmaya elverişli olmayabiliyor.

SONUÇ:

Serviks kanseri korunmayla önlenilecek kanserlere en iyi örnektir. Tarama programlarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için özellikle kadınlar tabii ki tüm toplumda farkındalığın artırılması gerekmektedir. Özellikle birinci basamakta (KETEM/SHM/AHB) sağlık eğitimi, sağlıklı cinsel yaşam eğitimi etkin bir şekilde verilmelidir. HPV aşılama programı özellikle kız

çocukları için öncelikli olarak ulusal aşı programı kapsamına alınmalıdır. Okullarda yaşa ve cinsiyete göre cinsel eğitim verilmelidir. Tarama süresince verilerin izlenebilmesi için birinci ve ikinci basamak, kanser kayıt ve ölüm kayıtları entegrasyonun yapılması gereklidir. Özellikle birinci basamakta yetişmiş konuya hâkim personelin desteklenmesi savunuculuk açısından çok önemlidir. Birinci basamakta özellikle başvuranların/ toplumun farkındalık eğitimleri ve aile hekimini destekleyici diğer hizmetler için ebe, hemşire gibi kadın sağlığında formal eğitimi olan personel istihdamına gerek olduğu karar vericiler tarafından iyi değerlendirilerek gereği yapılmalıdır. Ayrıca tarama faaliyetlerine ilişkin, aile hekimleri için mevzuatta geçen ücretlendirme kriterleri uygulanabilir olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. IARC. *Cancer Today*, GLOBOCAN, 2020. Erişim tarihi: 06.04.2022 from: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode>
2. Akin A, Topal E, Dünyada ve Türkiye’de Servikal Kanserlerin Eliminasyonu Hayal mi? Gerçekleşebilir mi? Başkent Üniversitesi-BUKÇAM 2021
3. Meeting of WHO Director General’s Expert Group on Cervical Cancer Elimination, 19 April 2022, Erişim tarihi: 01.04.2022 <https://www.who.int/publications>
4. International Agency for Research on Cancer. *World Cancer Report. 2020* Erişim tarihi: 06.04.2022 <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020>
5. Walboomers J, Jacobs M, Manos M, Bosch F, Kummer J, Shah K, vd. *Human Papillomavirus is a Necessary Cause Of Invasive Cervical Cancer Worldwide J Pathol.* 1999;189(1):12-9.
6. Ahmedin J, Paolo V, Freddie B, Lindsey T, David F. *Cancer Atlas. Second Edition.* Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014. Erişim tarihi: 06.04.2022. www.cancer.org/canceratlas
7. WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control. A Guide to Essential Practice.* WHO Libr. Cat. Data 2014
8. Berrington De González A, Green J. *Comparison Of Risk Factors for Invasive Squamous Cell Carcinoma and Adenocarcinoma of The Cervix: Collaborative Reanalysis of Individual Data on 8,097 Women with Squamous Cell Carcinoma and 1,374 Women with Adenocarcinoma from 12*

Epidemiological Studies. Int. J. Cancer 2007;120(4):885–891.

9. Rajkumar T, Cuzick J, Appleby P, et al. *Cervical Carcinoma and Reproductive Factors: Collaborative Reanalysis of Individualdata on 16,563 Women with Cervical Carcinoma and 33,542 Women Withoutcervical Carcinoma from 25 Epidemiological Studies Epidemiological Studies. Int. J. Cancer* 2006;119(5):1108–1124
10. Zhang S, Xu H, Zhang L, Qiao Y, *Cervical Cancer: Epidemiology, Risk Factors and Screening, Chinese Journal of Cancer Research, 2020;32(6):720-728*
11. Ntirenganya S, *Knowledge, Attitude, and Practice About Cervical Cancer Prevention Among Women Attending Maternity Department at Ruli Hospital, College of Medicine and Health Sciences School of Nursing and Midwife, Master of Sciences in Nursing, Ruanda, 2017*
12. Tuncer MA, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. *Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi Elkitabı,2010;7*
13. Karabulutlu, Ö. *Eğitim ve Danışmanlığın Serviks Kanseri Taramalarına İlişkin Bilgi Düzeyi, Sağlık İnancı ve Taramalara Katılmaya Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum,2012*
14. Kavukçu, E. ve Akdeniz, M. *Dördüncül Koruma: Önce Zarar Verme”. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,2017, 21(2),74-81.*
15. Kaya M. *Serviks Kanseri Tarama Programları, Halk Sağlığı Yaklaşımı ile Servikal Kanser Erişim,2020.*
16. Cohe, P. A, Jhingran, A., Oaknin, A. and Denny, L. (2019). “Cervical Cancer”. *Lancet (London, England), 393(10167), 169–182*
17. Dickinson, J., Tsakonas, E., Conner Gorber, S., Lewin, G., Shaw, E., Singh, H., Joffres, M., Birtwhistle, R., Tonelli, M., Mai, V., McLachlin, M. and Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013). “Recommendations on Screening for Cervical Cancer”. *Canadian Medical Association Journal, 185(1), 35–45.*
18. Basu P., Ponti, A., Anttila, A., Ronco, G., Senore, C., Vale, D. B., Segnan, N., Tomatis, M., Soerjomataram, I., Primic Žakelj, M., Dillner, J., Elfström, K. M., Lönnberg, S. And Sankaranarayanan, R. (2018). “Status of Implementation and Organization of Cancer Screening in the European Union Member States-Summary Results from The Second European Screening Report”. *International Journal of Cancer, 142(1), 44–56.*
19. Guglielmo Ronco et al., *Health Technology Assessment Report: HPV DNA Based Primary Screening for Cervical*

Cancer Precursors Epidemiol Prev, 2012;36:e1-72.

20. Bozkaya H, Güven S. HPV Aşılarının Güncel Durumu. *Türkiye Klin. J. Gynecol. Obstet. Top.* 2014;7(4):60–66.

21. Özerdoğan N, Gürsoy E. Serviks Kanserinde Korunma ve Hemşirelik. *Türkiye Klin. Obstet. Heal. Dis. Nursing-Special Top.* 2018;3(1):40–49.

22. Bozkaya H, Güven S. HPV Aşılarının Güncel Durumu. *Türkiye Klin. J. Gynecol. Obstet. Top.* 2014;7(4):60–66.

23. Özerdoğan N, Gürsoy E. Serviks Kanserinde Korunma ve Hemşirelik. *Türkiye Klin. Obstet. Heal. Dis. Nursing-Special Top.* 2018;3(1):40–49.

24. <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer>
Erişim tarihi:05.04.2022

25. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013 – 2018.

26. Koliopoulos G, Vn N, Santesso N, Bryant A, Ppl M, Ra M, vd. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PPL, Mustafa RA, Schünemann H, Paraskavidis E, Arbyn M. 2017.

27. Wentzensen N, Arbyn M. HPV-based Cervical Cancer Screening-Facts, fiction, and Misperceptions. *Prev Med (Baltim)*, 2017; 98: 33–5.

28. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, vd. Screening For Cervical Cancer Us Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA- J Am Med Assoc.*2018;320(7):674–86.

29. Fontham ETH, WolfAMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, vd. Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from The American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(5):321–46.

30. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, vd. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102–31.

31. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N. *Cervical Cancer: ESMO*

Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-Up. Ann. Oncol. 2017;28.72–83.

32. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks Kanseri ve HPV. *Androl Bul* 2018;20: 25–29.

33. Ahmedin J, Paolo V, Freddie B, Lindsey T, David F. *Kanser Atlası.* 2015. Article R. Kadınların Pap Smear Tarama Testini Yaptırmalarının Önündeki Engeller. 2020;29(1):0–3.

34. Joseph E. et al. Introduction of Molecular HPV Testing as The Primary Technology Incervical Cancer Screening: Acting on Evidence to Change Thecurrent Paradigm, *Preventive Medicine, Volume 98, May 2017, Pages 5-14*

35. Koch F, Stakemann G. Population-Screening for Cervical Cancer: Organisation and cytological aspects. *Acta Obstet Gynecol Scand*,1964;43.109–10.

36. Karsa L, Arbyn M, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, vd. *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Summary of The Supplements on HPV Screening and Vaccination. Papillomavirus Res* 2015;1: 22–31.

37. Mayrand MH et al. Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou Screening Tests for Cervical Cancer *N Engl J Med* 2007; 357:1579-88

38. Tao, X., Griffith, C. C., Zhou, X., Wang, Z., Yan, Y., Li, Z. and Zhao, C. History of High-Risk HPV and Pap Test Results in a Large Cohort of Patients with İnvasive Cervical Carcinoma: experience from the largest women's hospital in China". *Cancer Cytopathology*,2015,123(7), 421–427.

39. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Kanser Kontrol Programı,2021

40. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri 2016.