Meme Kanseri ve Kolon Kanseri

Tarama

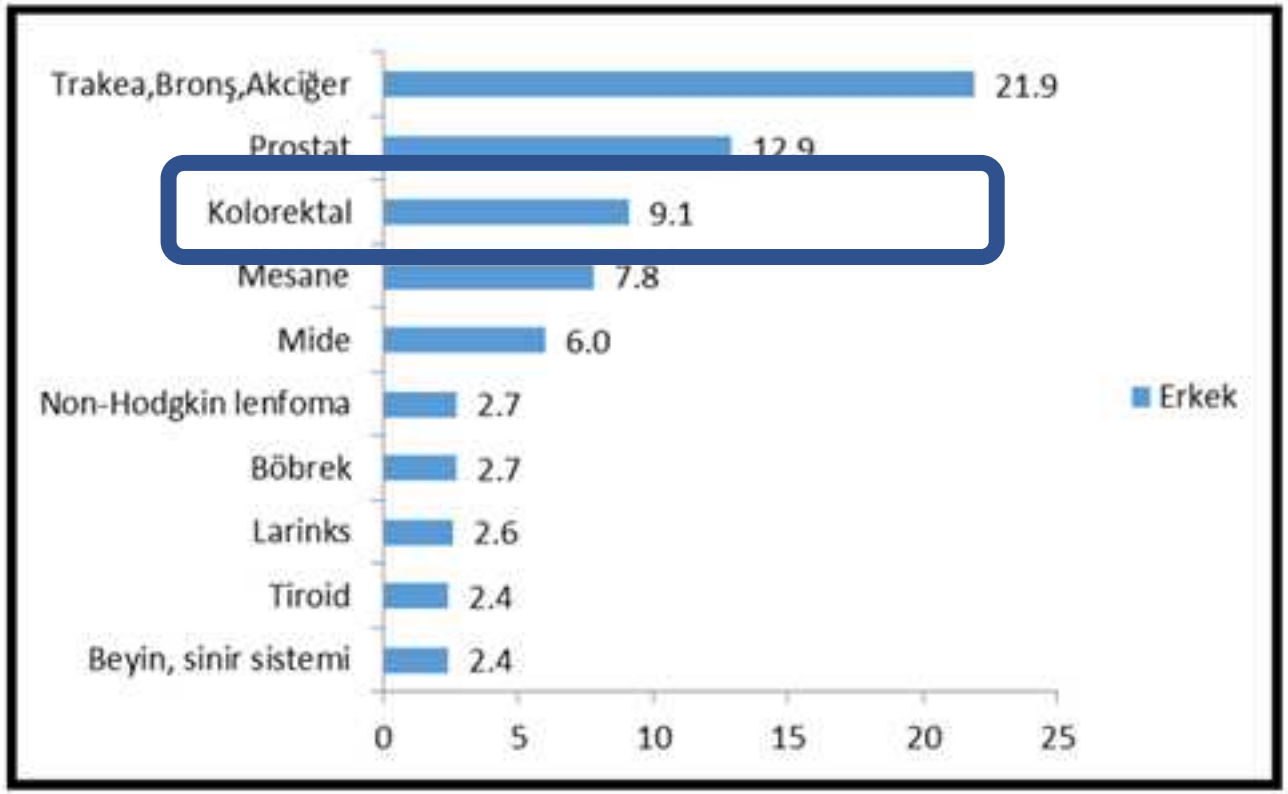
Tedavi Sonrası Takip

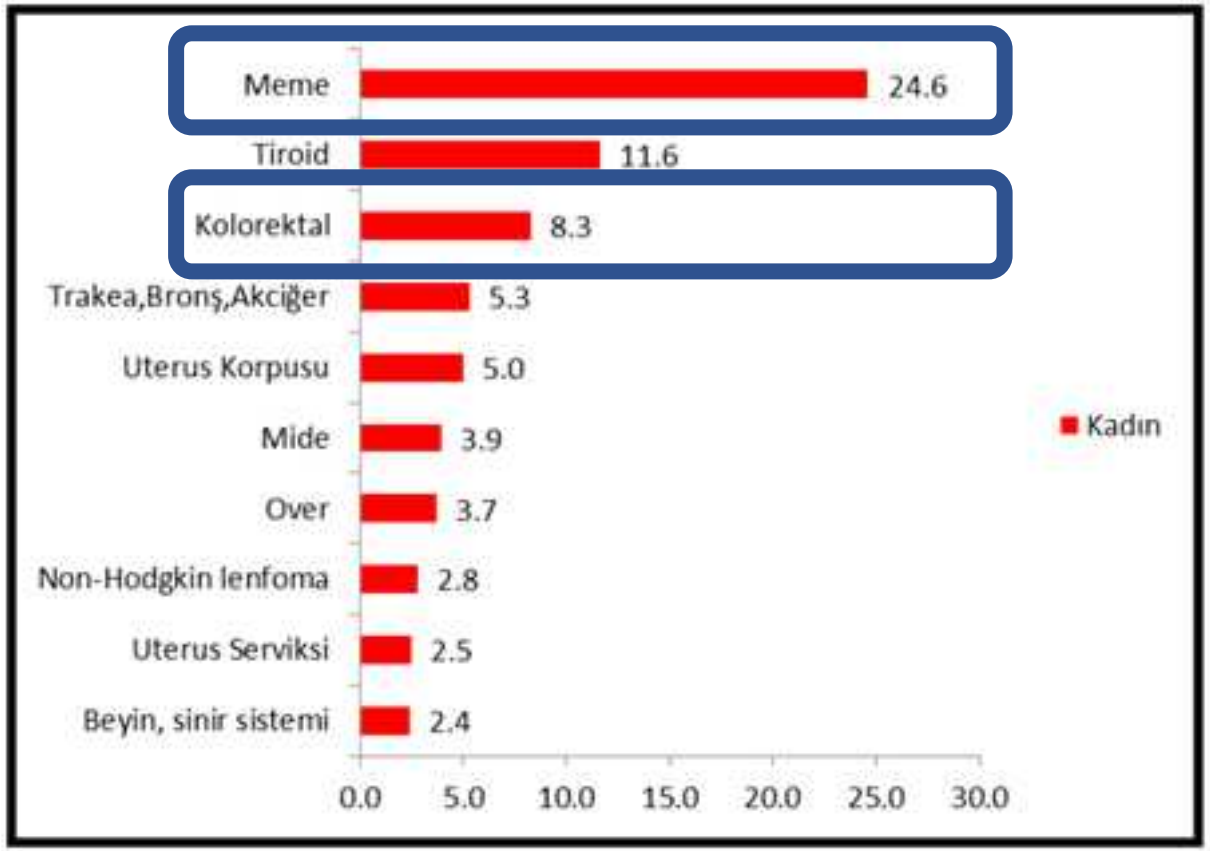
Anıl Çubukcu

İçerik

- Meme kanseri taraması
- Meme kanseri takibi
- Kolon kanseri taraması
- Kolon kanseri takibi

Türkiye'de Kanser Sıralaması



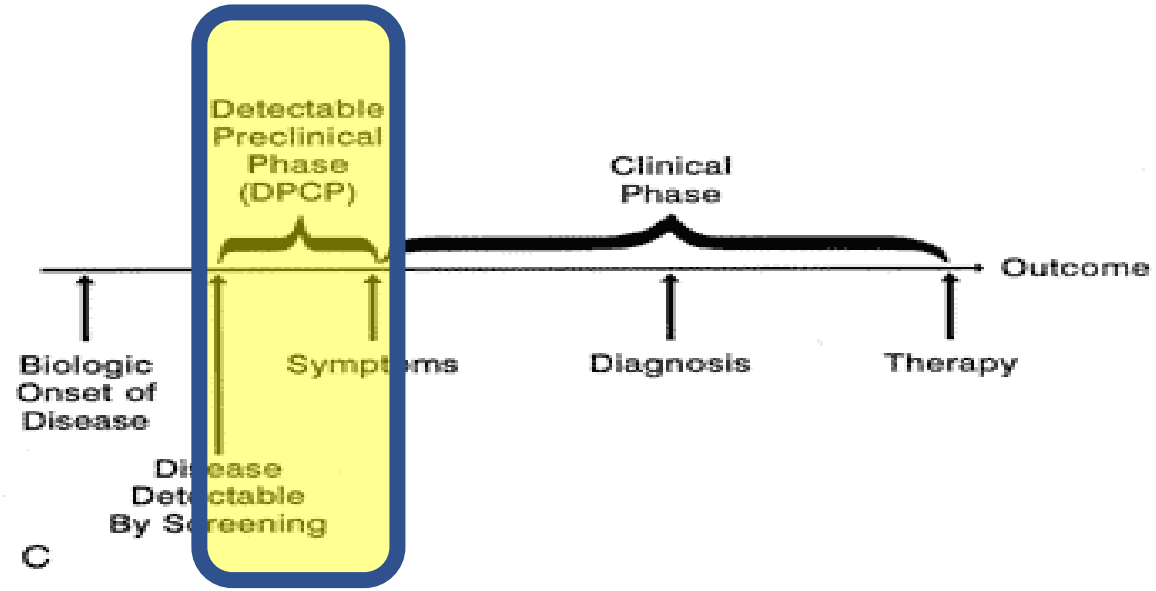


Meme Kanseri Taraması

- Batı’da başladı
- 1960’ların sonlarından itibaren
- Randomize kontrollü 8 çalışma
- > 40 yaş kadınlarda meme kanserinden ölüm oranı düştü

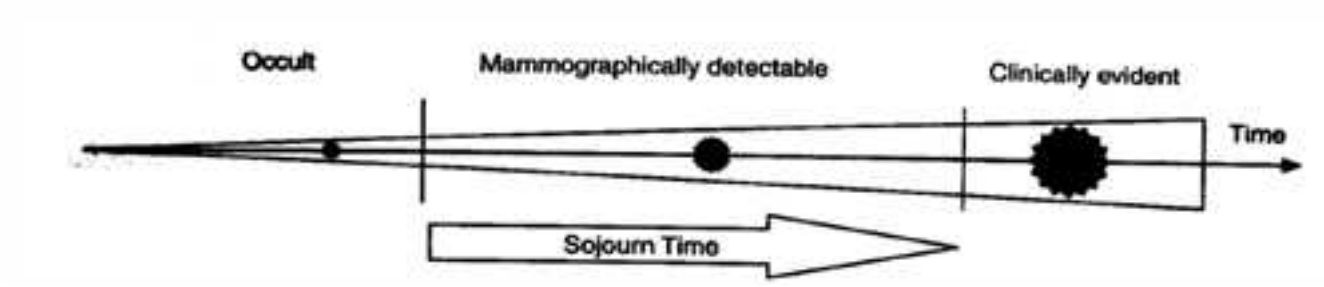
Meme Kanserinde Erken Tanı

- Amaç: Tümörü klinik olarak semptom vermeden önce tespit etme.....



Tarama Sıklığı

- **Sojourn süresi**
  - Kanserin doğuşundan klinik olarak saptanabilir olana kadar geçen süre içinde, radyolojik olarak saptanabildiği zaman aralığıdır.
  - İdeal olan tarama sıklığının Sojourn süresinin yarısından kısa olmasıdır.



Tarama Mamografisi

- **Hasta seçimi / Endikasyon**
  - **Tarama mamografisi** 40 yaş ve üzeri asemptomatik olgular
  - Ancak yüksek risk grubunda daha erken

Elwood JM, Cox B, Richardson AK. The effectiveness of breast cancer screening by mammography in younger women. Online J Curr Clin Trials. 1993;32. (PMID:8305999)

Hendrick RE, Smith RA, Rutledge JH 3rd, Smart CR. Benefit of screening mammography in women aged 40-49: a new meta-analysis of randomized controlled trials. J Natl Cancer Inst Monogr 1997;22:87- 92. (PMID: 9709282)

Tarama Mamografisi

- Başlangıç yaşı 40
- **Batı'da --- 40-49 yaş grubunda etkili olduğuna dair güçlü kanıt???**
- İsveç çalışmaları ---- Yararlı
- **Türkiye'de meme kanserinin %50'si < 50 yaş**

Tabár L, Faberberg G, Day NE, Holmberg L. What is the optimum interval between mammographic screening examinations? An analysis based on the latest results of the Swedish two-county breast cancer screening trial. Br J Cancer. 1987;55:547-51. (PMID:3606947)

Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey. Meme Sağlığı Dergisi, 2008;4:2-5.

Meme Kanseri Taraması

- **Mamografik taramayı durdurma zamanı**
  - Beklenen yaşam süresi < 5 yıl ise bırakılmalı

Meme Kanseri Taraması

- **Ultrasonografi (US)**
  - Meme kanserinde taramada mortaliteye katkısını gösteren çalışma yok
  - Mamografik olarak **yoğun meme dokusu** olan kadınlarda US'nin mamografiye ek olarak meme kanserini saptayabildiğini gösteren, yapılmış birçok çalışma var.
  - Bu çalışmalarda US'nin MG ile saptanamayan lezyonları gösterebildiği bulundu.

Lee CH, Dershaw DD, Kopans D, Evans P, Monsees B, Monticciolo D, Brenner RJ, Bassett L, Berg W, Feig S, Hendrick E, Mendelson E, D'Orsi C, Sickles E, Burhenne LW. Breast Cancer Screening With Imaging: Recommendations From the Society of Breast Imaging and the ACR on the Use of Mammography, Breast MRI, Breast Ultrasound, and Other Technologies for the Detection of Clinically Occult Breast Cancer. J Am Coll Radiol 2010;7:18-27 (PMID: 20129267)

Nothacker M, Duda V, Hahn M, Warm M, Degenhardt F, Madjar H, Weinbrenner S, Albert US. Early detection of breast cancer: benefits and risks of supplemental breast ultrasound in asymptomatic women with mammographically dense breast tissue. A systematic review. BMC Cancer. 2009 Sep 20;9:335. (PMID: 19765317)

Yüksek Riskli Grupta Meme Kanseri Taraması

- 1. derece akrabasında meme kanseri olanlar
- BRCA mutasyon taşıyıcıları
- Çocuk yaşlarda göğüs bölgesine radyoterapi almış olanlar

Yüksek Riskli Grupta Meme Kanseri Tarama

- **Yüksek riskli hastada meme kanseri taraması**
  - Yüksek riskli popülasyonda MG + US vs **MG + MRG**
  - En duyarlı ve özgül yöntem MRG
  - Duyarlılık… MRG: % 77-100, MG: %13-40… US: %13-33
  - Yüksek riskli hasta grubunda yapılan tarama çalışmalarında… US'nin diagnostik kazancı MRG'ye göre düşük

- Warner E, Messersmith H, Causer P, Eisen A, Shumak R, Plewes D. Systematic review: using magnetic resonance imaging to screen women at high risk for breast cancer. Ann Intern Med. 2008 May 6;148:671-9. (PMID: 18458280)
- Aisenberg AC, Finkelstein DM, Doppke KP, Koerner FC, Boiv in JF, Willett CG. High risk of breast carcinoma after irradiation of young women with Hodgkin's disease. Cancer 1997; 79:1203–1210. (PMID: 9070499)

Yüksek Riskli Grupta Meme Kanseri Tarama

1. derece akrabasında meme kanseri olanlar
BRCA mutasyon taşıyıcıları
Çocuk yaşlarda göğüs bölgesine radyoterapi almış olanlar

- **Tarama ne zaman başlamalı?**
  - Çeşitli çalışmalar var.
  - Önerilen: < 40 yaş (30 yaş)
  - En büyük alt grup: 1. derece akrabasında meme kanseri bulunanlar…
    - **1. derece akrabada meme kanserinin tanımlandığı yaştan 10 yıl önce**

Dershaw DD. Mammographic screening of the high-risk woman. Am J Surg 2000; 180:288–289. (PMID: 11113437)

Yüksek Riskli Grupta Meme Kanseri Taraması

1. derece akrabasında meme kanseri olanlar
BRCA mutasyon taşıyıcıları
Çocuk yaşlarda göğüs bölgesine radyoterapi almış olanlar

- **BRCA1 ve BRCA2 geninde mutasyon taşıyıcılığı**
  - **BRCA (-) --- kadınlarda < 30 yaş meme kanseri yok/düşük**
  - **BRCA pozitif değilse --- Meme kanseri taramasının alt limiti 30 yaş**
  - **BRCA1 taşıyıcıları arasında 20'li yaşlardaki meme kanseri gelişme riski, aile hikayesi olmayanlarda 40'lı yaşlardaki kadınların taşıdığı riskten daha fazladır.**
  - **National Comprehensive Cancer Network (NCCN) rehberi:**
    - **BRCA1 için tarama yaşı 25**
    - **BRCA-2 için tarama yaşı 25-30**

- National Comprehensive Cancer Network. National clinical practice guidelines in oncology: breast cancer screening and diagnosis. Version 1.2008. Published April 15, 2008
- Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, Morris E, Pisano E, Schnall M, Sener S, Smith RA, Warner E, Yaffe M, Andrews KS, Russell CA, on behalf of for the American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening with MRI as an Adjunct to Mammography. CA Cancer J Clin 2007; 57:75-89. (PMID:17392385)

Yüksek Riskli Grupta Meme Kanseri Taramas

1. derece akrabasında meme kanseri olanlar
BRCA mutasyon yaşıyıcıları
Çocuk yaşlarda göğüs bölgesine radyoterapi almış olanlar

- Bunlarda RT'yi izleyen 8. yılda meme ca görülebilir ve 15. yılda meme ca riski en yüksek orana ulaşır.
- Çocuklukta göğüs/mediastene > 20 Gy'den radyasyon alanlarda RT'yi takip eden 8. yıl / **25 yaş**'ta (hangisi daha sonra ise) yıllık mamografi ve MRG taramanın başlatılmasını önerilmiştir.

Aisenberg AC, Finkelstein DM, Doppke KP, Koerner FC, Boiv in JF, Willett CG. High risk of breast carcinoma after irradiation of young women with Hodgkin's disease. Cancer 1997; 79:1203–1210. (PMID: 9070499)

Landier W, Bhatia S, Eshelman DA, Forte KJ, Sweeney T, Hester AL, Darling J, Armstrong FD, Blatt J, Constine LS, Freeman CR, Friedman DL, Green DM, Marina N, Meadows AT, Neglia JP, Oeffinger KC, Robison LL, Ruccione KS, Sklar CA, Hudson MM. Development of risk-based guidelines for pediatric cancer survivors: the Children's Oncology Group Long-Term Follow-Up Guidelines from the Children's Oncology Group Late Effects Committee and Nursing Discipline. J Clin Oncol 2004; 22:4979–4990. (PMID: 15576413)

Tarama Ne Zaman Bitirilmeli?

- Randomize çalışmalarda 70-74 yaşlar
- Mamografik taramanın mortaliteye faydası başlangıçtan 5-7 yıl sonra görülür. Bundan dolayı yıllık mamografik tarama yaşam beklentisinin 5 yıldan fazla olduğu sürece devam ettirilmelidir.
- Tarama programları Amerika ve İngiltere'de 64 yaşta, İsveç'te ise 59 yaşta biter.
- 69 yaştan sonra rutin taramanın sıklığının azaltılabileceği belirtilmekte, 69 yaşın üstünde tarama hastanın başka bir eş zamanlı hastalığı olmadığı hallerde 1-2 yılda bir tavsiye edilmektedir Yüksek riskli hasta grubu için de bu genel prensipler geçerlidir.
- KMD yüksek olanlarda taramaya devam edilebilir.

Özet

1. Yıllık mamografik tarama başlangıç yaşı 40.
2. Yüsek riskli grup:
   a) 1. ^{0} akrabada meme ca tanısı konulan yaştan 10 önce! 30'dan önce başlanmaz! İstisna BRCA taşıyıcılığı
   b) Meme ca tanısından sonra hangi yaşta olursa olsun tarama başlanır!
   c) MKC yapılan olgularda RT'den 6 ay sonra! İlk 2 yıl boyunca istenirse 6 ayda bir. Sonra yıllık.
   d) Meme biyopsi sonucu **lobuler intraepitelyal neoplazi** veya **atipik duktal hiperplazi** gelenler
   e) BRCA2 gen mutasyonu --- 25-30 arasında başlanır.
   f) BRCA1 gen mutasyonu --- Genellikle 25te başlanır.
   g) Göğüs / mediastene RT --- 8. yıl veya 25 yaşla birlikte (hangisi geç ise) tarama başlanır.
3. Mamografik taramayı bırakma yaşı 69

Genetik mutasyon test endikasyonları

- 50’den önce teşhis edilmiş meme kanseri
- Bilateral meme kanseri
- Meme ve over kanseri
- Erkek meme kanseri
- Ailede meme veya over kanseri olan iki veya daha fazla kişi
- Meme kanserli yakın erkek akraba
- 50’den önce meme veya over kanserli veya BRCA mutasyonlu yakın akraba

- **Taramaya karşı argümanlar**

The Royal Society of Medicine

Essay

Journal of the Royal Society of Medicine; 2012, Vol. 105(9): 341–348
DOI: 10.1177/0141076815602453

Mammography screening is harmful and should be abandoned

Peter C Gøtzsche
Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Dept 7811, Denmark
Corresponding author: Peter C. Gøtzsche. Email: pcg@cochrane.dk

Journal of the Royal Society of Medicine, 2011, Vol. 108(9) 341–345
DOI: 10.1177/0141076815602452

Mammography screening is harmful and should be abandoned

Peter C Gøtzsche
Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Dept 7811, Denmark
Corresponding author: Peter C. Gøtzsche. Email: pcg@cochrane.dk

Mammography screening is controversial and systematic reviews conducted by organisations with no conflicts of interest, such as the Nordic Cochrane Centre, the US and the Canadian Task Forces, the Independent UK Panel and the Swiss Medical Board have found substantial problems with the randomised trials.[1–5] It is therefore difficult to know what the true effect is.

An additional problem is that trials are old. All but one started between 1963 and 1982,[1] and back then, women did not receive much adjuvant therapy such as anti-hormonal treatment and chemotherapy.[1] The introduction of effective drugs has reduced substantially the potential for screening to work. Screening can have no effect for women who, thanks to improved therapy, now live so much longer that they die of a heart attack before their breast cancer becomes life-threatening. Furthermore, as the effect of adjuvant therapy is largely independent of nodal status and other tumour characteristics,[6] it works whether or not the cancer is detected 'early'.

Essay

The Royal Society of Medicine

Journal of the Royal Society of Medicine; 2015, Vol. 108(9) 341–345
DOI: 10.1177/0141076815602452

Mammography screening is harmful and should be abandoned

Peter C Gøtzsche
Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Dept 7811, Denmark
Corresponding author: Peter C. Gøtzsche. Email: pcg@cochrane.dk

The effect of screening today

A carefully conducted systematic review and other observational studies have found that screening does not decrease the incidence of advanced cancers, whether defined as those larger than 20 mm[10] or belonging to higher stages.[11] One study reported an 8% decline in late-stage cancer over 30 years,[12] but that could easily have been caused by greater breast cancer awareness. In Denmark, for example, the average tumour size decreased by 9 mm in just 10 years, which was before screening was introduced.[8]

Essay

The Royal Society of Medicine

Journal of the Royal Society of Medicine, 2015, Vol. 108(9) 341–345
DOI: 10.1177/0141076815602452

Mammography screening is harmful and should be abandoned

Peter C Gøtzsche
Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Dept 7811, Denmark
Corresponding author: Peter C. Gøtzsche. Email: pcg@cochrane.dk

There is so much overdiagnosis that the best thing a women can do to lower her risk of becoming a breast cancer patient is to avoid going to screening, which will lower her risk by one-third.[13] We have written an information leaflet that exists in 16 languages on www.cochrane.dk, which we hope will make it easier for a woman to make an informed decision about whether or not to go to screening.

I believe that if screening had been a drug, it would have been withdrawn from the market long ago. Many drugs are withdrawn although they benefit many patients, when serious harms are reported in rather few patients. The situation with mammography screening is the opposite: Very few, if any, will benefit, whereas many will be harmed. I therefore

Nordic Cochrane Centre
Rigshospitalet, Dept. 7811
Blegdamsvej 9
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel: +45 35 45 71 12
Fax: +45 35 45 70 07
E-mail: general@cochrane.dk

Screening found many small tumours that would never have come to the women's attention without screening in their remaining lifetime. This is called overdiagnosis. This well-known harm of cancer screening is the main reason why we do not screen for prostate cancer. The main findings from the study are that:

- Screening did not reduce the number of late stage tumours (those bigger than 2 cm), which means that breast screening is unlikely to reduce breast cancer mortality or lead to less invasive treatment.

- 1 in 3 breast cancers detected in women offered screening are likely overdiagnosed.

Cevaplar

Benefits of Screening Mammography

Wendie A. Berg, MD, PhD
American Radiology Services, Johns Hopkins Green Spring, Lutherville, MD 21093; phone 410-583-2703; fax 410-583-2797

Wendie A. Berg: wendieberg@gmail.com

RCTs underestimate the true benefits of mammographic screening[2]. RCTs assess mortality reduction among women randomized to the group *invited* to be screened rather than those who actually participated in screening. In an RCT, an invited woman who never has a mammogram and dies of breast cancer is counted as having been screened, just as a woman in the control group who decides to have a mammogram outside the trial is counted as having not been screened. In several RCTs, mammographic quality was quite poor or only a single mammographic view was obtained, both of which reduce cancer detection.

A few indolent cancers that would not spread during the lifetime of the woman may be detected on the first mammogram, and can result in potentially unnecessary treatment. Such overdiagnosis is likely uncommon (estimated at 4% of ductal carcinoma in situ) among new or enlarging findings on subsequent annual screens as the lesion has shown itself to be growing.[2]

Country and organisation	Age to start screening, y	Age to stop screening, y	Frequency of assessment	Comments
United States				
United States Preventive Services Task Force	50	74	Every 2 y (for women at average-risk of breast cancer)	Screening for women aged 40-49 y is a "Grade C" recommendation (offer or provide this service for selected patients depending on individual circumstances)
American Cancer Society American Society of Breast Surgeons American Society of Surgical Oncology	45	As appropriate based on life expectancy	Annually then biennially at age 55 y and older	Recommend continuing screening as long as the individual is in good health and has a life expectancy exceeding 10 y
American College of Obstetricians and Gynecologists	40; no later than 50 (if does not start at 40)	As appropriate based on life expectancy	Every 1-2 y	(1) Emphasise shared decision-making with discussion of benefits and harms of screening; incorporate patient's values and preferences; (2) Suggest discussing cessation of screening with physician starting at age 75 y
American College of Radiology/ Society of Breast Imaging	40	As appropriate based on life expectancy	Annually	Suggest continue screening as long as life expectancy exceeds 5-7 y
National Comprehensive Cancer Network	40	Stopping age depends on co-morbidity and therapeutic decisions	Annually	
Canada				
Canadian Task Force on Preventive Health Care	50	74	Every 2-3 y	Not applicable
Sweden				
Socialstyrelsen	40	74	Every 18-24 mo	Not applicable
United Kingdom				
National Health Service	50	70	Triennially	Expanding the age range of invited women to 47-73 y is being considered
The Netherlands				
National Breast Screening Programme	50	75	Biennially	Not applicable
Australia				
Royal Australian College of General Practitioners	50	74	Biennially	Not applicable

Türkiyede durum nedir?

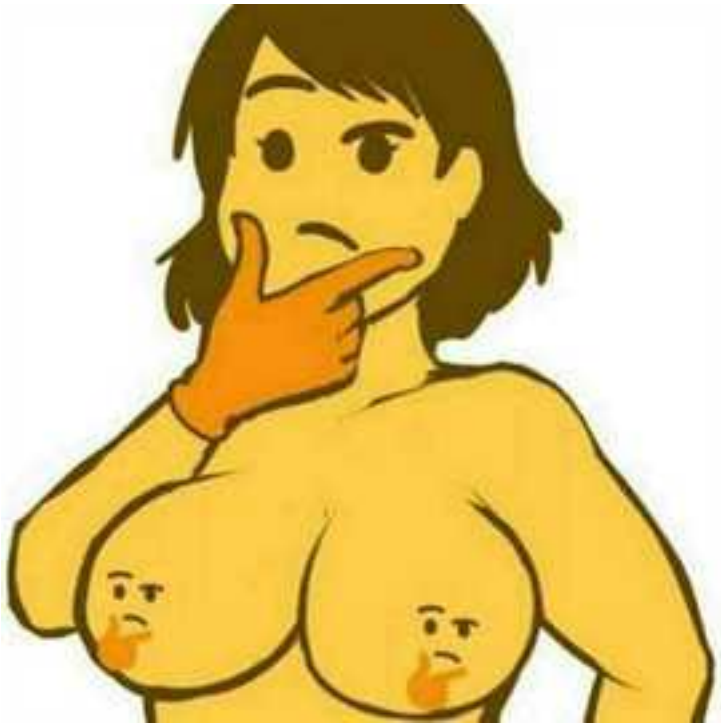
Avrupa ülkelerinden farklı olarak nüfusun genç olduğu ve meme kanserli olguların yaklaşık yarısının 50 yaş altında ve premenopozal dönemde olduğu bilinmektedir. Bu nedenle 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından toplum tabanlı meme kanseri tarama programı çalışmaları sırasında uyulması gereken standartlar yeniden belirlenmiştir. **"Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na"** göre yüksek risk grubunda olmayan kadınlarda taramaya 40 yaşında başlanması ve taramanın 40-69 yaş arasında ve 2 yılda bir yapılması önerilmektedir (6).

Meme Kanseri Taraması

- **Sonuç**
  - Ulusal meme kanseri 2010 konsensus toplantısı
  - **40 yaştan sonra her yıl en az 70 yaşına kadar tarama mamografisi yapılması kararı verildi.**
  - **Önerilen sıklık 2 yılda bir**
  - Mammografi + Fizik Muayene

Meme Kanseri Takip

- **Kim takip etsin?**
  - Medikal onkolog?
  - Radyasyon onkoloğu
  - Cerrah?
  - Pratisyen hekim?
  - Aile hekimi?



Meme Kanseri Takip

- **Hikaye ve fizik muayene (farklı öneriler var)**
  - **5 yıl boyunca 6 ayda bir; daha sonra senede bir**
    - **Yeni kitle (koltukaltı, boyun)**
    - **Meme ve göğüs duvarında döküntü, ciltte renk değişikliği**
    - **Göğüs ağrısı**
    - **Meme şekil ve boyut değişikliği**
    - **Kol çevresinde artış**

Meme Kanseri Takip

- **Mamografi**
  - Yılda bir
  - MKC yapılmış ise RT sonrası 6-12 ayda bir
- **Diğer görüntüleme yöntemleri (BT, MRI, PET, vs.)**
  - Rutin kullanımın sağkalımı artırmada yararı yok
  - Nüks veya metastaz şüphesi varsa!
- **Tümör belirteçleri (tartışmalı)**
  - CEA, Ca 15.3, Ca 27.29, vs.

Meme Kanseri Takip

- **Jinekolojik muayene**
  - Tamoksifen alan kadınlar yılda bir
- **Kemik mineral dansitometrisi (bazal ve periyodik)**
  - Aromataz inhibitörü alan kadınlar

Meme Kanseri Takip

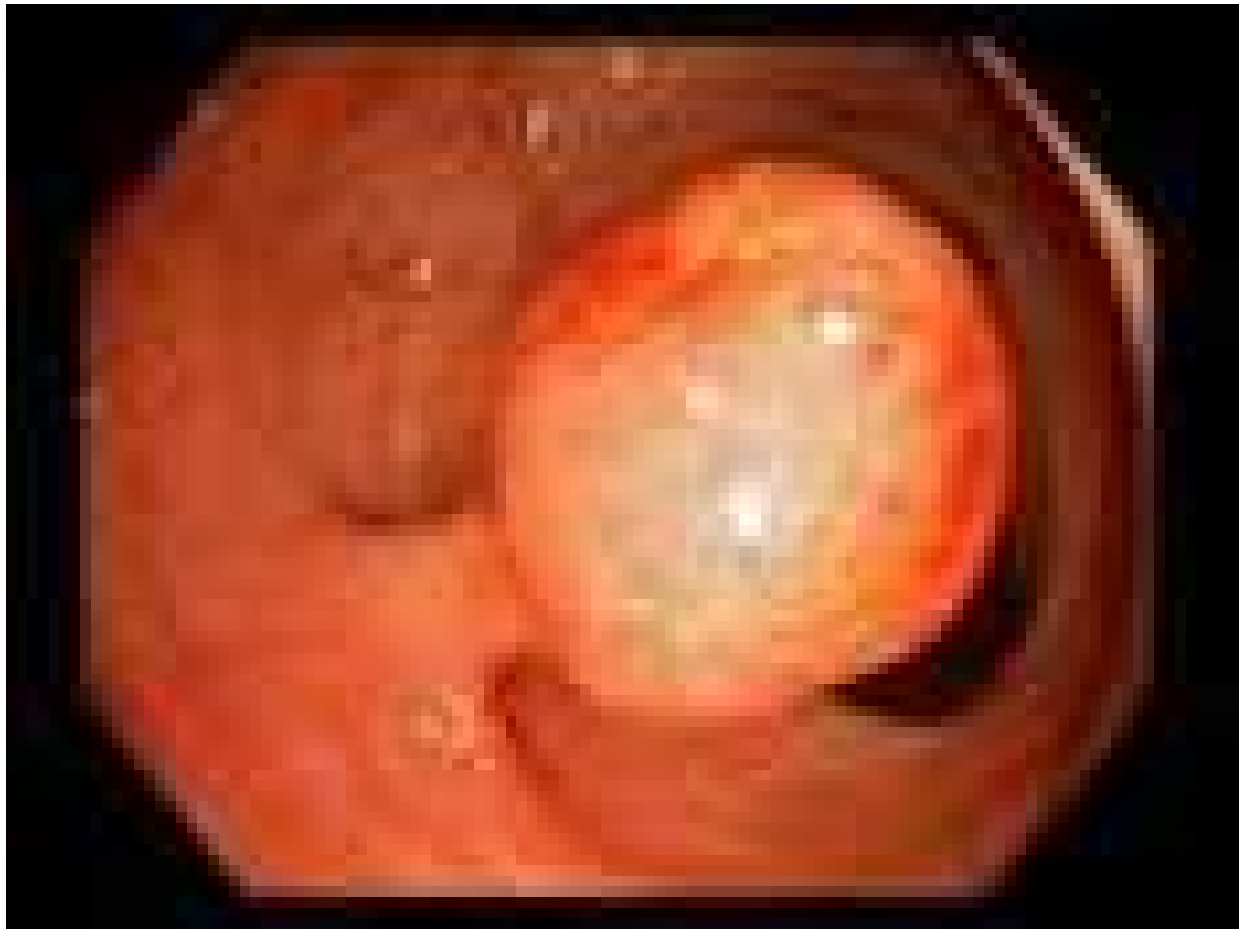
- **Yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin motivasyon**
  - VKİ: 20-25 arasında tutulmalı
  - Fiziksel aktivite: Haftada en az 150 dakika orta derecede veya 75 dakika güçlü aerobik egzersiz.

Kolon Kanseri

Kolon Kanseri Tarama

Amaç

1. Polip
2. Kanser



Kolon Kanseri Tarama

Risk grupları

- **Normal risk gurubu**
  - Herhangi bir şikayeti olmayan 50 yaş üstü erişkinler
- **Artmış risk grubu**
  - Önceki kolonoskopide polip saptanan hastalar
  - Kolorektal kanser tanısı almış ve tedavi edilmiş hastalar
  - Aile öyküsü olan hastalar
- **Yüksek risk grubu**
  - FAP (familial adenomatöz polipozis koli)
  - HNPCC (herediter nonpolipozis kolorektal kanser)

Kolon Kanseri Tarama

Gaitada gizli kan	Kolay, ucuz. Sık yapılırsa sensitivitesi iyi	**Birçok polipi atlayabilir. Spesifitesi düşük.** **Pozitif sonuç KOLONOSKOPİ ister**
Sigmoidoskopi	Sol kolon polipleri için çok duyarlı . Hazırlık gerektirmez (sadece lavman)	**İnvazif** **Proksimal lezyonları atlayabilir.** **Polip varsa KOLONOSKOPİ igerekir**
Kolonoskopi	Bütün kolonu inceler Çok duyarlı ve özgül Terapötiktir	**İnvazif** **Sedasyon gerektirir** **Bağırsak hazırlığı gerektirir. Pahalıdır**
Çift kontrast baryumlu grafi	Bütün kolonu inceler çok hassas >1 cm polip	**Bağırsak hazırlığı gerektirir.** **1 cm'den küçük polipleri atlayabilir Sigmoiddeki lezyonları atlayabilir** **Pozitif sonuçlar KOLONOSKOPİ gerektirir.**
BT kolonografi (sanal kolonoskopi)	Tüm kolonu inceler. Non - invaziv Duyarlılığı kolonoskopiye yakındır	**Bağırsak hazırlığı gerektirir Küçük polipleri atlayabilir** **Henüz veriler ve tecrübeler yetersizdir** **+ sonuçlar kolonoskopi gerektirir. Pahalıdır.**

Kolon Kanseri Tarama

Yeni Testler

Fekal immünohistokimyasal test	**Yıllık**	**Test pozitifse artmış kanser riski söz konusudur, KOLONOSKOPİ yapılmalıdır. Test negatifse yıllık kontrol yapılır.**
Fekal DNA (stool DNA, sDNA) testi	Belirsiz	Gaita örneği özel bir sıvı içinde laboratuvara taşınır. Pahalıdır. Test pozitifse **KOLONOSKOPİ** gerekir. Test negatifse tekrar zamanı belirsizdir.

Kolon Kanseri Tarama

Popülasyon	Başlangıç Yaşı	Önerilen tarama testi
Ortalama risk	50 yaş	Yıllık GGK veya Fleksibl sigmoidoskopi 5 yılda bir veya Yıllık GGK + 5 yılda bir fleksibl sigmoidoskopi veya Çift kontrast baryumlu kolon grafisi 5 yılda bir veya **KOLONOSKOPİ** 10 yılda bir
Adenomatöz polipler	50 yaş	İlk tespitte kolonoskopi, 3 yıl sonra kolonoskopi. Başka polip yoksa 5 yılda bir kolonoskopi Polip varsa 3 yılda bir kolonoskopi > 5 adenom varsa yıllık kolonoskopi
Kolorektal kanser	Tanı anında	Ameliyattan önce kolonoskopi, ameliyattan 6-12 ay sonra kolonoskopi; yeni lezyon yoksa 3 yıl sonra kolonoskopi; yeni lezyon yoksa 5 yılda bir kolonoskopi
Ülseratif kolit / Crohn koliti	Tanı anında, daha sonrasında pankolit varsa 8, sol kolit varsa 15 yıl sonra	Her 1-2 yılda bir kolonoskopi ve multipl biyopsiler

Kolon Kanseri Tarama

FAP	10-12 yaş	Yıllık fleksibl sigmoidoskopi Polipler görüldükten sonra 1-3 yılda bir üst GİS endoskopi
Atenüye FAP	20 yaş	Yıllık fleksibl sigmoidoskopi Polipler görüldükten sonra 1-3 yılda bir üst GİS endoskopi
HNPKK	20-25 yaş	KOLONOSKOPİ 1-2 yılda bir Endometriyum ca için 25-35 yaşından itibaren pelvik muayene, transvajinal USG, endometrial aspirasyon biyopsisi 1-2 yılda bir İdrar yolları kanseri için 30-35 yaşından itibaren ultrasonografi ve tam idrar tahlili 1-2 yılda bir
Ailesel kolorektal kanser 1. derece akrabada	40 yaşında veya en genç kanserli akrabanın yaşından 10 önce	Kolonoskopi 5 yılda bir Eğer birden fazla kolon kanserli akraba varsa (özellikle 50 yaşından genç) daha sık kolonoskopi

Kolon Kanseri Tarama

- **Hedef Popülasyon ve Tarama Sıklığı**
  - Tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayan ve 70 yaşında biten toplum tabanlı tarama (50 ve 70 yaş dahil)
  - Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalı
  - **Gaitada gizli kan testi** geliştirilecek davet yöntemleriyle her iki yılda bir
  - **Kolonoskopi** her 10 yılda bir tekrarlanır.
  - Son iki Gaitada Gizli Kan testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir.

Kolon Kanseri Takip

- İlk 2 yıl
  - CEA, CA 19.9 (6 aylık aralarla)
  - BT (yıllık)
  - Kolonoskopi (1 yıl sonra, adenom varsa her yıl, yoksa 3 yılda bir)
- 2 yıl-5 yıl
  - CEA, CA 19.9 (yıllık)
  - BT (yıllık)

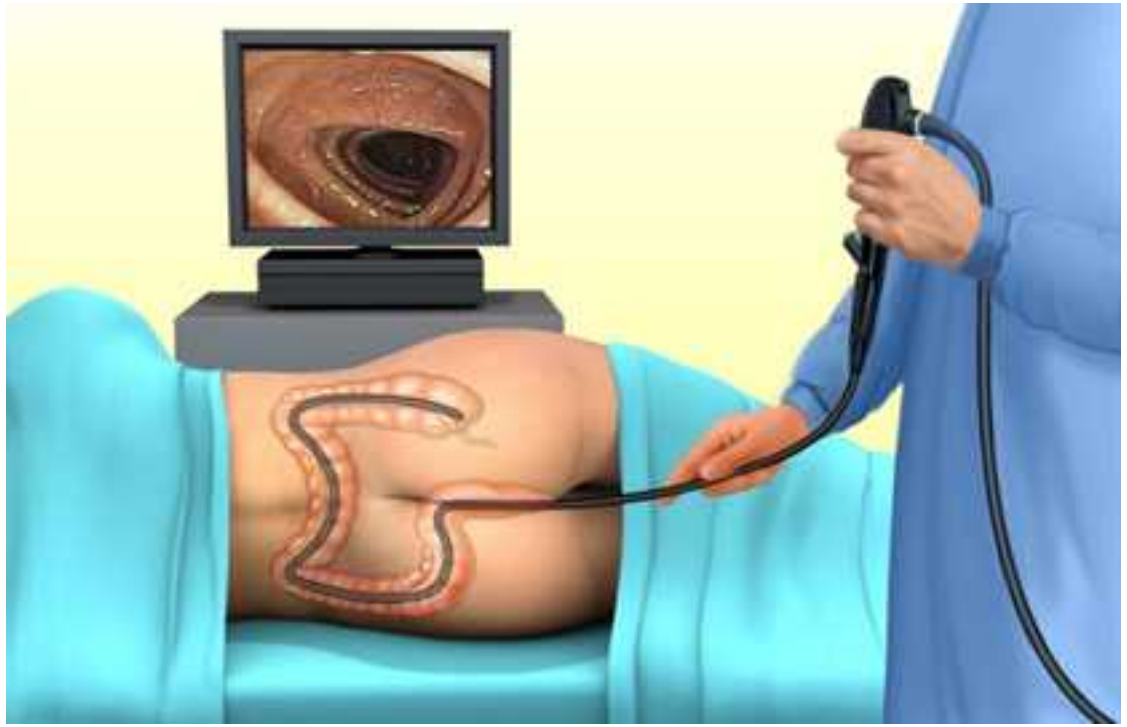
SONUÇ

Meme Kanseri Tarama

- Tartışmalar olsa da tarama mamografisi tek çare

Kolon Kanseri Tarama

- Kolonda her yol **kolonoskopi**ye çıkar.



TEŞEKKÜRLER