

Sağlık Taramalarında Danışmanlık Nasıl Yapılmalıdır?

How Should Counseling Be Done in Health Screenings?

Basri Furkan Dağcıoğlu¹, Yusuf Üstü¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öz

Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM), sağlıklı görünen kişilerin yaş, cinsiyet ve risk faktörlerine göre belirlenen sıklıkta değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmenin önemli bir bileşeni de tarama testleridir. Uygulanacak tarama testi kişiler tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Hekimlerin önerilen PSM ile ilgili yarar/zarar oranı hususunda, görüşmeci model prensipleri doğrultusunda hastaları bilgilendirmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Koruyucu hizmetler, periyodik sağlık muayenesi, danışmanlık

Abstract

Periodic Health Evaluation (PHE) is the assessment at a frequency that is shaped according to the age, gender, and risk factors of healthy-looking people. An important component of this assessment is screening tests. The screening test to be performed should be acceptable to persons. It is important for physicians to inform patients about the benefit / damage ratio related to the suggested PHE by the principles of interviewer model.

Key words: Preventive care, periodic health evaluation, counseling

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Basri Furkan Dağcıoğlu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bilkent / Ankara

e-posta: bfurkan@gmail.com

Geliş Tarihi: 04.03.2019

Kabul Tarihi: 20.03.2019

İnsanların sağlıklı olma arayışları ilk çağlara kadar dayanmaktadır. Ancak, sağlığın korunması için toplumsal ölçekteki girişimlerin tarihçesi ise daha yakın bir geçmişe dayanır. 1970'li yıllarda gündeme gelen check-up uygulamaları, zamanla yerini Periyodik Sağlık Muayenelerine (PSM) bırakmıştır. Halen bazı sağlık kuruluşlarında sürdürülen check-up, yarar-zarar dengesinin bilinmediği ve bilimsel dayanağı olmayan bir uygulamadır. PSM ise, sağlıklı görünen insanların yaş, cinsiyet ve risk faktörlerine göre belirlenmiş aralıklarla değerlendirilmeleridir. Böylece hem birey için gerekli görülen uygulamaların güvenceye alınması, hem de sık karşılaşılan gereksiz test ve müdahalelerin de önüne geçilmesi hedeflenir.¹⁻⁶

Bir hastalığa yönelik tarama yapılması için toplumda yüksek prevalans ile seyreden, morbidite ve mortaliteyi en fazla etkileyen hastalıklar öncelikle dikkate alınmalıdır. Ayrıca taranacak hastalıkların, önceden tahmin ettirecek risk faktörleri ve kabul edilebilir maliyette erken tanı testleri olması, bunun yanı sıra asemptomatik dönemde yakalandığında tanı ve tedavisinin mümkün olması gerekir.¹⁻⁶

Tarama testleri önemli hastalıkları erken dönemde yakalayabilmek ve müdahale edebilmek için fırsat sunmaktadır. RATE akronimi aile hekimine herhangi bir sebeple başvuran asemptomatik bireylere genel yaklaşım için hatırlatıcı olarak kullanılabilir. Buna göre:

- Riski değerlendir
- Aşlamayı gözden geçir
- Tarama testlerini değerlendir
- Eğitim ve danışmanlık ver

şeklinde özetlenebilecek bir yaklaşım uygulanabilir.⁷

Tarama testleri zararlı olabilir mi?

Uygun olmayan koruyucu müdahalelerin çoğunun zarar verme potansiyeline sahip olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle koruyucu bir müdahalenin etkinliğinin uygulamaya geçilmeden önce ispatlanmış olması gerekir.⁷ Öncelikle, gereksiz istenen tarama amaçlı tetkikler maliyet artışına neden olur. Bu fazladan maliyet, devlet bütçesi için olduğu kadar, tarama yaptırmak için işine ara vermek zorunda olan, hatta bazen ulaşım ve yemek gibi ekstra harcamalar yapmak zorunda kalan bireyler için de geçerlidir. Ayrıca, bazı taramalar için önemli bir zaman harcamak gerektiği ve iş gücü kaybı yaşandığı da hatırdta tutulmalıdır.

Daha da ötesinde, tarama testlerinin yanlış negatif/pozitif sonuçları psikososyal yönden kişileri olumsuz etkileyebilmektedir. Test sonucunun “normal” bulunduğu durumların bir kısmının gerçekte “yalancı negatif” olması, yani aslında hastalık mevcutken testin kişiyi sağlıklı göstermesi, gereksiz bir güven hissi ile tanıda gecikmeye sebep olurken, öte yandan sonucun “anormal” bulunduğu durumların da bir kısmının “yalancı pozitif” olması, yani kişi sağlıklı olduğu halde test sonucunun hastalık saptaması ise bireylerde ciddi anksiyeteye yol açabilmektedir.⁸⁻¹⁰ Böyle bir durumda testin yalancı pozitif olduğunun ispatlanması ve bireyin gerçek anlamda rahatlaması için pek çok farklı sağlık tesisine başvuru yapılabilenekte, büyük bir zaman ve maliyet kaybı yaşanabilmektedir.

Tarama testlerinin kabul edilebilirliği

PSM; görüşme, danışmanlık ve sağlık eğitimi, aşılama, fizik muayene, bazı laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri gibi işlemler kullanılarak yapılır.^{2,8} PSM nin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için gereken önemli koşullardan bir de kabul edilebilirliktir. Danışmanlık, muayene, kan tahlili gibi yöntemler hemen her hasta için yüksek kabul edilebilirliğe sahipken, mamografi, PAP smear ve kolonoskopi gibi yöntemler bazı bireylerce kabul edilebilir bulunmamaktadır. Bu durum da tarama oranlarının düşük olması ile sonuçlanmaktadır.⁷

Tarama için uygulanacak müdahalenin risk ve yararlarını hasta ile paylaşmak, kişinin değer yargılarını da görüşmenin içine katarak ortak bir tutum belirlemek ideal olmaktadır.¹⁰ Bu anlamda, uygulanacak testlerin tam olarak nasıl yapılacağı, ne kadar güvenilir olduğu, negatif ya da pozitif çıkmasının gerçekte ne anlama geldiği ve bu durumlarda nasıl bir yol izleneceği kişilere anlatılarak, kendi sağlıkları konusunda aktif karar verme yetisi kazandırmak hem bireylerin memnuniyetini artıracak hem de hekimlerin sorumluluklarını paylaşmalarına imkân sağlayacaktır.

Örneğin 40-49 yaş arasında olan ve meme kanseri için normal risk grubunda bulunan bir kadının mamografi taraması konusunda bilgi almak istediği düşünülebilir. Bu kişiye karar vermesini kolaylaştırmak adına şu bilgiler verilebilir:^{11,12}

“Bu yaş aralığında, 1900 kadın 10 yıl boyunca mammografi ile tarandığında, 1 kadın meme kanserinden ölmekten kurtulabilmektedir. Bu kişi siz olabilirsiniz.”

“Öte yandan, 10 yıl sonunda mamografiden yanlış pozitif sonuç elde etme ihtimali %61’e ulaşabilmekte, bu sebeple alınan biyopsinin yanlış pozitif çıkma ihtimali de %7’ye ulaşabilmektedir.¹³ Bu durum sizde gereksiz endişeye ve zaman/para kaybına sebep olabilir.”

Ancak, mamografinin meme kanseri açısından yüksek riskli popülasyonda (ailede meme kanseri öyküsü, yüksek meme dansitesi, meme biyopsisi öyküsü, BRCA gen mutasyonu vs.) uygulanması yararı maksimize edecek ve bu grup mamografiden en çok fayda görecektir.^{14,15}

Bir başka örnek de prostat kanseri taraması için verilebilir. USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) 2018 yılı prostat kanseri tarama önerisine göre, 55-69 yaşlarındaki erkeklere PSA taramasının yararları ve zararları konusunda danışmanlık yapmak, D kanıt düzeyinden C düzeyine yükseltilmiştir. Bu danışmanlık sırasında şu bilgileri danışan birey ile paylaşmak faydalı olacaktır:¹⁶

“13 yıl boyunca taranan her 1000 erkekten 1,3’ünde prostat kanserinden ölüm önlenilmekte ve taranan her 1000 erkekten 3’ünde ise metastatik prostat kanseri vakaları önlenilmektedir.”

“Öte yandan, bu süre zarfında taranan her 1000 erkekten 240 tanesinde PSA yüksek saptanacak olup, bunların yarısından fazlası yalancı pozitiflik olacaktır. Bu durum sizde gereksiz bir endişeye ve zaman/para kaybına sebep olabilir.”

“PSA yüksekliğini araştırmak için yapılan girişimsel müdahaleler sonucunda, her 240 erkekten 15’inde idrar kaçırma artışı olacak ve 50 kişide erektil disfonksiyon başlayacaktır.”¹⁷

Tarama testlerinin güvenilirliği

Tarama testleri yorumlanırken, bu testlerin tanı testleri olmadığını hatırlamak önemlidir. Bir tarama testinin sonucu pozitif çıktığında, bunun önemli bir oranda yalancı pozitif olabileceğini, kesin tanıya gitmek için ileri tetkikler yapılması gerektiğini danışanlara anlatmak gerekir. Burada testin pozitif prediktif değeri (PPV) ve negatif prediktif değeri (NPV) yanı sıra, Number Needed to Screen (NNS) ve Number Needed to Harm (NNH) gibi kavramların bilinmesi önem arz etmektedir.^{18,19}

Pozitif Prediktif Değer (PPV), bir tarama testinin sonucu pozitif geldiğinde, taranan hastalığın gerçekten bulunma ihtimalini gösterir. PPV değeri taranan hastalığın prevalansı ile doğrudan ilişkilidir.¹⁹

Negatif Prediktif Değer (NPV), bir tarama testinin sonucu negatif geldiğinde, taranan hastalığın gerçekten bulunmama ihtimalini gösterir.¹⁹

Number Needed to Screen (NNS), bir kişinin fayda görmesi için kaç kişiyi taramak gerektiğini gösteren bir parametredir. Bu değer ne kadar düşükse, testin o kadar etkili olduğu söylenebilir.¹⁹

Number Needed to Harm (NNH) ise, bir kişinin fayda görmesi uğruna kaç kişinin zarar gördüğü konusunda aydınlatıcıdır.¹⁹

Örnek vermek gerekirse; toplumdaki prevalansı 1/5000 olan bir hastalık için geliştirilen bir tarama testi olduğunu düşünelim. Bu testin duyarlılığının %100 ve seçiciliğinin %99 olduğunu varsayalım. Bu test uygulandığında ve sonuç pozitif

geldiğinde, birey ne kadar endişelenmelidir? Mevcut veriler ışığında hesaplama yapıldığında, testin pozitif prediktif değeri, yani bireyin gerçekten hasta olma ihtimali sadece %2 civarındadır. Bir başka deyişle, ileri tetkikler yapıldığında birey %98 ihtimalle sağlıklı çıkacaktır.^{7,8} Eğer bu hastalığın prevalansı 1/500 olsaydı, aynı testin PPV değeri yaklaşık %17 olacaktı.

Taramaların mortaliteyi ne kadar azalttığına bakıldığında, ilginç sonuçlara rastlanmaktadır. Örneğin, gaytada gizli kan (GGT) taramasının ve mamografi tarama programlarının genel mortaliteyi anlamlı oranda azaltmadığı görülmüştür.^{20,21} Kansere bağlı ölümleri azaltmadaki etkilerine bakıldığında ise, 5 yıl boyunca düzenli olarak yıllık GGT taramasının kolon kanserine bağlı ölümleri azalttığı ancak NNS değerinin 1274 olduğu görülmüştür. 50-59 yaş aralığındaki kadınların mamografi ile 5 yıl taranması sonucunda da meme kanserine bağlı ölümlerde azalma olduğu, ancak NNS değerinin 2451 olduğu görülmüştür.^{20,22} Başka bir deyişle, her 1 kişiyi kolorektal kanser sebepli ölümden korumak için 1273 kişi ve her 1 kişiyi meme kanserine bağlı ölümden korumak için 2450 kişi gereksiz yere taranmak zorunda kalmaktadır.

Tarama testlerinin etkinliği hakkında yapılan araştırmalarda yanıltıcı olabilen bir diğer önemli sorun ise yanlılık (bias)'tır.^{18,23} Bilindiği gibi pek çok kanser türü önce uzunca bir asemptomatik dönemle başlamaktadır. Bir süre sonra semptomlar ortaya çıkmakta ve bu aşamadan sonra daha agresif bir seyir görülmektedir. Varsayımsal olarak X kanserinin bir kişide 50 yaşında saptandığını ve erken müdahale ile kişinin 10 yıl daha yaşadığını düşünelim. Aynı kanser türüne yakalanmış olan 50 yaşındaki bir diğer kişinin ise taranmadığını, kanserin asemptomatik olarak 58 yaşına kadar devam ettiğini ve bu yaşta belirtilerin ortaya çıktığını, bu aşamadan sonra bu kişinin 2 yıl daha yaşayabildiğini düşünelim. Bu durumda tarama testi yapılan kişinin sağkalım süresi 10 yıl olarak saptanırken, tarama yapılmayan bireyinki ise 2 yıl olarak saptanacaktır. Peki bu tarama testi sağkalımı uzatmış mıdır? Aslında her iki kişi de 50 yaşında X kanserine yakalanmış ve 60 yaşına kadar yaşamıştır. Başlangıç zamanı yanlılığı denen bu durum, hastalığın erken saptanmasına rağmen sonuçların değişmemesi şeklinde özetlenebilir.²⁴

Genel uygulamaya bakıldığında, hekimlerin tarama testlerinin gerekliliği konusunda fikir birliği içinde olmadıkları görülmektedir. Bunun önemli nedenlerinden biri de hiç şüphesiz kılavuzlar arasındaki belirgin farklılıklardır. Mesela, meme kanseri taraması için ülkemizde halen önerilmekte olan, 20 yaş üstü kadınlarda ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi, American Academy of Family Physicians (AAFP) tarama kılavuzlarında önerilmemektedir. Çünkü bu yöntem, düşük ve orta riske sahip kadınlarda yüksek yalancı pozitiflik oranlarına sahiptir ve artmış anksiyete yanı sıra, gereksiz hastane başvuruları, artmış meme biyopsi oranları ve artmış radyolojik incelemeler ile ilişkili bulunmuştur.⁶ Diğer bir örnek olarak erişkinlerde glokom taraması verilebilir. Branş bazlı bazı kılavuzlarda bu tarama önerilirken, birinci basamak yönelimli kılavuzlarda yeterli kanıtı sahip olmadığı gerekçesiyle önerilmemektedir.^{25,26} Kanıtlar arasındaki bu farklılıkların, araştırılan popülasyonun karakteristiklerinden mi yoksa bazı çıkar çatışmalarından mı kaynaklandığını belirlemek kolay görünmemektedir.⁷ Bir diğer zorlaştırıcı faktör de, en yüksek kanıt değerine sahip olan ve ülkemizde de uygulanmakta olan tarama testlerinin dahi PPV, NNS, NNH gibi değerlerinin net olmaması, bu tarama testlerinin etkinliği hakkında yapılan çalışmaların sonuçlarının ise tutarsız olmasıdır.^{21,22,27,28}

Yeni kanıtlara ve sağlık önceliklerine dayalı olarak ülkelerin kendilerine özgü rehberlerinin belirli periyotlarla güncellenmesi ve yapılan değişikliklerin hekimlere bildirilmesi önem taşır.²⁹ Aksi durumda “kanaate” dayalı farklı uygulamalar kaçınılmaz olur. Hem aşırı tanı ve aşırı tedavinin önlenmesi, hem de sağlık kaynaklarının verimli kullanılması açısından, sağlık taramalarının güncel ve güvenilir kanıtlar ışığında yapılması bir gerekliliktir.

Aile hekimliğinin temel ilkelerinden olan, hastanın kendi sağlığı ile ilgili karar verme sürecine dâhil edilmesi (patient empowerment) yöntemi, pek çok konuda olduğu gibi, sağlık taramalarında da aile hekimlerince uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Aile Doktorları için Kurs Notları, 1.Aşama. Ankara: TC.Sağlık Bakanlığı; 2004:99-109.
2. Kligman EW, Hale FA. Family Medicine: Principles and Practice. Taylor RB, ed. *Family Medicine, Principles and Practice*. 5th ed. New York: Springer-Verlag; 1997:29-52.
3. United States Preventive Services Task Force (USPSTF): Guide to Clinical Preventive Services, U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. 2019; <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/>. Erişim Tarihi: 03.03.2019.
4. Birtwhistle R, Bell N, Thombs B, Grad R, Dickinson J. Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services. *Canadian Family Physician*. 2017;63(11):824-6.
5. Canadian Task Force on Preventive Health Care. <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/>. Erişim Tarihi: 03.03.2019.
6. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2017; https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf. Erişim Tarihi: 05.03.2019.
7. Viera A, Power D. Koruma ve Taramaya Genel Bakış. Sloane PD, ed. (Palandüz A.çev.) *Aile Hekimliğinin Esasları*. 6. ed. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2015:29-35.
8. Warner EA, Herold AH. Interpreting Laboratory Tests. Rakel RE, ed. *Textbook of Family Practice*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016:157-80.
9. Galen RS, Gambino SR. *Beyond normality: The Predictive Value and Efficacy of Medical Diagnosis*. New York: John Wiley & Sons; 1975:171-5.
10. Duane M, Mishori R. Sağlam Erişkin Bakımı. Sloane PD, ed. (Palandüz A.çev.) *Aile Hekimliğinin Esasları*. 6. ed. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2015:61-75.
11. Nelson HD, Tyne K, Naik A, et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009;151(10):727-37, W237-42.
12. Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, et al. Effects of Mammography Screening Under Different Screening Schedules: Model Estimates of Potential Benefits and Harms. *Annals of Internal Medicine*. 2009;151(10):738-47.
13. Hubbard RA, Kerlikowske K, Flowers CI, Yankaskas BC, Zhu W, DL M. Cumulative probability of false-positive recall or biopsy recommendation after 10 years of screening mammography: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2011;155(8):481-92.
14. Schousboe JT, Kerlikowske K, Loh A, Cummings SR. Personalizing mammography by breast density and other risk factors for breast cancer: analysis of health benefits and cost-effectiveness. *Ann Intern Med*. 2011;155(1):10-20.
15. van Ravesteyn NT, Miglioretti DL, Stout NK, et al. What level of risk tips the balance of benefits and harms to favor screening mammography starting at age 40? *Ann Intern Med*. 2012;156(9):609-17.
16. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;319(18):1901-13.

17. Hamrick IM. Reports From the AAFP FMX Conference: Top 10 Updates in EBM. <https://www.practiceupdate.com/content/reports-from-the-aafp-fmx-conference-top-10-updates-in-ebm/75261/62>. Erişim Tarihi: 10.03.2019.
18. Campos-Outcalt D. Preventive Health Care. Rakel RE, ed. *Textbook of Family Medicine*. 9th ed.: Elsevier; 2016:85-7.
19. Lalkhen AG, McCluskey A. Clinical tests: sensitivity and specificity. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 2008;8(6):221-3.
20. Rembold CM. Number needed to screen: development of a statistic for disease screening. *BMJ*. 1998;317:307-12.
21. Kalager M, Adami HO, Bretthauer M, Tamimi RM. Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from the Norwegian screening program. *Ann Intern Med*. 2012;156(7):491-9.
22. Kopans DB. The positive predictive value of mammography. *AJR Am J Roentgenol*. 1992;158(3):521-6.
23. Grimes DA, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. *The Lancet*. 2002;359(9309):881-4.
24. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med*. 2012;156(5):340-9.
25. *Guideline on Impaired Vision*. Canadian Task Force on Preventive Health Care;2018. <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/impaired-vision/>. Erişim Tarihi: 10.03.2019.
26. Altinel M, Akçakaya MA. Yaşlılık ve Göz. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2013;29(2):110-5.
27. Ohuchi N, Suzuki A, Sobue T, et al. Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial (J-START): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2016;387(10016):341-8.
28. Starting M. Mammography screening for breast cancer. *N Engl J Med*. 2012;367:31.
29. *Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme D. Başkanlığı;2015. <https://www.pediatridunyasi.org/common/getCommonFile.aspx?document=200026>. Erişim Tarihi: 10.03.2019.