



Kanser Konusunda Genel Bilgiler

Doç. Dr. Tezer KUTLUK
Doç. Dr. Ayşe KARS



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı



ÖNSÖZ

Kanser, günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere önemli sağlık sorunları arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Kanser oluşumuna neden olan faktörlerin nitel ve nicel artışının yanı sıra tanı olanaklarının gelişmesi ile paralel bir artış gösteren vaka sayıları, konuyla ilgili kişi ve kuruluşların kanserle daha fazla ilgilenmesi sonucuna yol açmıştır.

Ülkemizde de kanserle mücadelenin özel bir ilgi alanı olması ve klinik düzeyde gerek araştırma gerekse uygulama yönünden çalışmaların yoğunluk kazanmasının yanı sıra, koruyucu müdahalelerin geliştirilmesi ve hayata geçirilmesi açısından yapılacak çok işin olduğu, konunun uzmanları ile birlikte ilgili pek çok kişi ve kuruluşun bu çalışmalarda yer alması gerektiği tartışılmaz bir gerçekliktir. Bu açıdan bakıldığında, yalnızca sağlık personelinin yürüttüğü çalışmalar dışında, daha geniş kapsamlı ve kalıcı bazı girişimlerin de uygulamaya konması şarttır. Bu tür girişimlerin en önemlilerinden biri de kanserle ilgili genel bilgi ihtiyacının giderilmesi; kişileri kanserden korunma konusunda bilgili hale getirme ve kanserle ilgili duyarlı kılmasıdır.

Anlaşılır bir dille ve güncel bilgilerle hazırlanmış eğitim materyali, bu alanda duyulan ihtiyacın karşılanmasında son derece önemlidir. Konunun uzmanlarınca hazırlanmış ve mevcut bilgi açığının kapatılmasında büyük bir boşluğu dolduracağına inandığımız bu yayının yeni baskısı için başta yazarları Doç. Dr. Tezer KUTLUK ve Doç. Dr. Ayşe KARS olmak üzere emeği geçen herkese teşekkür eder, bu eserin kanserle savaşa gönül verenlere yararlı olmasını dileriz

Dr. Latif ATASEVER
Kanser Savaş
Daire Başkanı

Dr. S. Haluk ÖZSARI
Sağlık Projesi
Genel Koordinatörü

ÖNSÖZ (Yazarlara Ait)

Sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması nedeni ile kanser bir halk sağlığı sorunudur. Tanı olanaklarının gelişmesi, diğer sağlık sorunlarının çözümlenmesi, ortalama yaşam süresinin uzaması, çevresel karsinogenlerle temasın artmış olması bu sorunun önemini daha da arttırmaktadır.

Yıllardan beri çaresiz bir hastalık olarak bilinen kanserin tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler olmuştur. Erken tanı ve tedavinin büyük yararlarına rağmen, toplumun bu konuda eğitilmemesi ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle kanser savaşında sadece sağlık kuruluşlarının hizmeti yeterli olmamakta, eğitimcilere, gönüllü kuruluşlara, diğer devlet kuruluşlarına da büyük görevler düşmektedir. Toplumun gereksinimi olan doğru bilgileri vermek amacı ile, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu tarafından daha önce basılan bu kitabı yeniden hazırladık.

Kitabın ilk bölümünde ülkemizde 1947'den beri kanser savaşına gönül vermiş olan Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu tanıtıldı. Sonraki bölümlerde kanser hakkındaki genel kavram ve bilgilerin yanı sıra, değişik kanser türlerine ait özet bilgiler verildi.

Anlatımda, tıbbi terimlerin mümkün olduğunca herkesin anlayabileceği karşılıklarını kullanmaya özen gösterdik. Kitabın, ülkemizdeki kanser savaşına katkıda bulunması en büyük dileğimizdir.

Ankara, 1992
Doç.Dr. Tezer Kutluk
Doç.Dr. Ayşe Kars

İÇİNDEKİLER

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu.....	9
Kanserin Tanımı ve Önemi.....	14
Nedenleri.....	17
Belirtileri.....	20
Tanı Yöntemleri.....	22
Tedavi.....	26
Korunma.....	32
Dünya'da Kanser.....	39
Türkiye'de Kanser.....	43
Sosyoekonomik ve Ruhsal Sorunlar.....	47
Sigara ve Kanser.....	50
Beslenme ve Kanser.....	52
Radyasyon ve Kanser.....	55
Deri Kanseri.....	58
Baş Boyun Kanserleri.....	61
Akciğer Kanseri.....	64
Meme Kanseri.....	67
Sindirim Sistemi Tümörleri.....	70
Kadın Üreme Organı Kanserleri.....	75

8

Böbrek, İdrar Torbası ve Erkek Üreme

Organları Kanseri	79
Lösemiler	83
Lenfomalar	86
Kemik ve Yumuşak Doku Tümörleri.....	89
Beyin Tümörleri	92
Çocukluk Çağı Kanserleri	95
Kaynaklar.....	98

TÜRK KANSER ARAŞTIRMA VE SAVAŞ KURUMU

Kanser günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Tanı yöntemleri ve tedavideki yenilikler, sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması, diğer hastalıkların tedavisindeki gelişmeler ve buna bağlı ortalama yaşam süresinin uzaması gibi çeşitli nedenlerle kanserin önemi günümüzde giderek daha da artmakta, her yıl daha çok sayıda kanserli hastaya tanı konabilmektedir. Bu boyutlardaki bir sağlık sorunu ile baş edebilmek için, devlet, üniversiteler, gönüllü sağlık kuruluşları, toplum, toplumun diğer idari ve sosyal kuruluşları işbirliği yapmak zorundadır. Önemli noktalardan birisi de tüm yurttaşlarımızın kanser ve tedavisi hakkında doğru bilgileri edinmelerinin sağlanmasıdır. Bu amaçlarla kanserle savaşta çağdaş düzeye ulaşabilmek, kanserle savaş olanak ve yöntemlerini saptamak, . kanserli, hastalara yardımcı olmak, halkın ve hekimlerin eğitimlerini desteklemek ve kanserle savaşa katılımlarını sağlamak, kanser konusunda araştırmaları desteklemek için 18 Şubat 1947'de Ankara'da zamanın seçkin bilim adamları ve aydınlarının önderliğinde "Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu" adı altında bir bilim ve yardım derneği kurulmuştur. Kısa bir süre içinde başarılı çalışmaları ile dikkat çeken ve takdir toplayan kurum, Bakanlar Kurulunun 6 Ekim 1947 tarih ve 3-6502 sayılı kararnamesi ile "Kamuya Yararlı" dernek olarak kabul edilmiştir. Sadece büyük ve başarılı derneklere verilen "Türk" kelimesini kullanma yetkisi de Bakanlar Kurulu Kararı ile 15 Ekim

1973 tarihinde verilmiş ve kurum "Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu" adını almıştır.

Kuruluşundan beri çalışmalarını aralıksız sürdüren Ankara'daki genel merkez teşkilatına ek olarak 1964'de Adana, 1966'da İzmir, 1967'de Kayseri 1985'de Antalya şubeleri hizmete açılmıştır. Halen bu şubeler genel merkeze bağlı olarak faaliyet göstermektedirler.

Kurumun Çalışmaları

İlk yıllardan itibaren kanserden korunma, erken tanı ve tedavi konularında halkın bilgi edinmelerini sağlamak için, broşür, afiş, kitapçıklar bastırılmakta, tüm yurttaki halkımıza, en uzak bölgelerdeki okullara, sağlık kuruluşlarına bile dağıtılması sağlanmaktadır. Ayrıca konferanslar düzenlenmekte, radyo, televizyon, gazete, dergi ve diğer yayın organları ile toplum aydınlatılmaya çalışılmaktadır.

Halk eğitimi amacı ile 1952 yılından beri "Türk Kanser Haberi" isimli dergi yayınlanmakta ve ücretsiz olarak dağıtılmaktadır.

Hekim ve diğer sağlık personelinin eğitimi konusunda da çalışmalar yürüten kurum, Tıp Fakülteleri ile işbirliği yaparak tıbbi konferans, seminer ve kongreler düzenlemektedir.

1953 yılından itibaren, ülkemizde kanser savaşının başlamasında büyük hizmetleri geçmiş olan "Prof. Dr. Hamdi Suat Aknar" anısına düzenlenen konferans geleneksel hale gelmiş olup, her yıl başka bir bilim adamı tarafından verilmektedir.

Kurum, 1952 yılında Ankara belediyesinin bağışladığı arsa üzerinde, devletten hiç bir destek almaksızın tamamen yardımsever vatandaşların desteği ile başlattığı hastane kurma çalışmalarıyla 1956 yılında Türkiye'nin ilk kanser hastanesini hizmete açmıştır. Yardımsever insan Sayın Ahmet Andiçen'in çok büyük katkıları nedeni ile hastaneye "Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ahmet Andiçen Kanser Hastanesi" adı verilmiştir. 1960 yılına kadar iç donanım ve aletleri sağlanan hastane önceleri sadece poliklinik hizmeti vermiş, 1962 yılında da Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yönetiminde yataklı tanı ve tedavi

kurumu haline dönüştürülmüştür. 1964 yılında devlet ve halkın desteği ile hastanenin artan ihtiyaçlarını karşılamak üzere poliklinik, idare bölümleri, laboratuvar ve ışın tedavilerini kapsayan ek bir inşaat gerçekleştirilmiştir. 1990 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı kurumun başka bir binaya taşınması üzerine Ahmet Andiçen Hastanesi'nde yine Sağlık Bakanlığı'na bağlı "Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi" açılmıştır. 1991 yılında Sağlık Bakanlığının katkıları ile başlanan modernizasyon çalışmaları ile hastane kısa bir süre içinde tekrar yataklı kurum olarak çalışmaya başlamıştır.

.....

1956 yılında kurumumuzun teklifi ve Milli Eğitim Bakanlığı Talim Terbiye Dairesi Başkanlığı'nın 30 Mart 1970 tarih ve 1600 sayılı Tebliğler Dergisi'nde yayınlanan karar ile birçok Dünya ülkesinde olduğu Nisan ayının ilk haftası, Türkiye'de de "Kanser Savaş Haftası" olarak kabul edilmiştir. Bu hafta içinde tüm yurttaki üniversiteler, sağlık kuruluşları ve okullarda toplantı ve konferanslar düzenlenmekte, basın yayın kuruluşları ile halk eğitimi de yapılmaktadır. Bu hafta içinde kurumumuz kanserle ilgili afiş, broşür ve kitapçıklar dağıtmakta, video gösterileri düzenlemekte, okul ve benzeri yerlerde konferanslar düzenlemektedir. Kanser konusundaki genel bilgileri içeren kitapçık hafta içinde halkımıza ve öğrencilere dağıtılmaktadır.

1965 yılında 'Yakın ve Ortadoğu Ülkeleri I. Kongresi', 1975 yılında I. Ulusal Kanser Kongresi", 1979 yılında "III. Ulusal Kanser Kongresi", 1980 yılında "II. Ulusal Pediatrik Tümörler Sempozyumu", 1982 yılında "V. Ulusal Kanser Kongresi", 1987 yılında "VII. Ulusal Kanser Kongresi ve IV. Pediatrik Tümörler Sempozyumu", 1991 yılında "IX. Ulusal Kanser ve VI. Pediatrik Tümörler Kongresi" Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun katkıları ile düzenlenen bilimsel toplantıların başlıcalarıdır. Her yıl düzenlenmekte olan ve onüçüncüsü 1991 yılında yapılan Türk-Fransız Kanser günleri de kurumumuzun katkıları ile düzenlenmektedir. Kurum bunlardan başka her yıl üniversitelerin düzenledikleri çeşitli kanser sempozyum ve kongrelerine de maddi ve manevi destek sağlamaktadır.

1969 yılında kurumumuzun şimdiki genel merkez binası satın

alınarak artan faaliyetlerin gerçekleştirilmesine imkan tanınmıştır. Tüm çalışmalarını İzmir, Adana, Antalya ve Kayseri'deki şubeleri ile düzenli bir işbirliği içinde yürüten kurumumuz, 1978 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Vakfı'nın kuruluşuna da destek olmuştur.

1969 yılında Türkiye'nin ilk bilimsel "Kanser" dergisi çıkartılmaya başlanmış, 1976 yılından beri İngilizce olarak yayınlanmaya başlanmıştır. Böylece kanser konusunda ülkemizde yapılan çalışmaların dış ülkelere duyurulması amaçlanmıştır.

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu 1973 yılında Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (UICC) üyeliğine seçilmiştir. Bu yolla dış merkezler ile bilgi alışverişi sağlanmaya başlanmış, bu kuruluşun Klinik Onkoloji, Kanser Hemşireliği gibi kitapları Türkçe'ye çevrilmiştir.

1979 ve 1990 yıllarında düzenlenen kanser afişleri yarışmaları büyük ilgi görmüş, yarışmaya katılan eserler sergilenmiş ve derece alan afişler çoğaltılarak yurfsathında dağıtılmıştır.

Ülkemizde kanser konusunda daha çok sayıda ve daha üst düzeyde uzman yetiştirilmesini vermiş olduğu eğitim bursları ve ödüller ile desteklemektedir. Halen de kanser konusunda uzmanları ve araştırmaları desteklemek amacı ile bilim uzmanlığı, doktora ve onkoloji yan dallarında çalışanlara karşılıksız eğitim bursları vermekte ve çeşitli araştırmaları desteklemektedir.

Kanser konusunda çeşitli kitapların basımını da yürüten kurumumuz, Türkiye'de mevcut kanser istatistiklerinin biraraya toplanması ve derlenmesinde de öncülük etmiştir.

Hedeflerimiz

Kuruluşundan bu güne büyük ölçüde halkımızın yardımları ile kanser savaşıma öncülük eden kurumumuz bu çalışmalarını geliştirerek sürdürmek amacındadır. Bu amaçlarla;

1. Kanserli hastalara verilen hizmetin sürekliliğini sağlamak ve geliştirmek için Kanser Hastanemizin modernizasyonuna katkıda bulunmak,

2. Öğrenciler ve halkın kanser hakkında bilgi edinmelerini sağlamak, yanlış bilgiler verilmesini önlemek, erken tanı ve tedavinin önemini vurgulamak için konferanslar düzenlemek, afiş, broşür, kitaplar hazırlamak, diğer basın ve yayın organlarından yararlanarak kanser eğitimini sağlamak,

3. Daha çok sayıda kanser uzmanının yetişmesi ve eğitimlerinin sağlanabilmesi için burslar vermek,

4. Bilimsel konferans, seminer, kurs, kongreler düzenleyerek hekim ve diğer sağlık personelinin eğitimlerine katkıda bulunmak. Bu toplantılara katılacak genç araştırmacılara destek sağlamak,

5. Kanser araştırmalarına destek sağlamak ve teşvik etmek,

6. Yurt içi ve yurt dışı kanser örgütleri ve diğer sağlık örgütleri ile işbirliği yapmak,

7. Kanser konusunda kitap ve dergiler yayınlamak,

8. Türkiye'de kanser kayıt sisteminin gelişmesini desteklemek.

Yaptığı tüm çalışmaları ile yurdumuzda kanser savaşıma katkıda bulunmayı ve önder bir kuruluş olmayı amaçlayan Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun çalışmaları büyük maddi imkanları gerektirmektedir. Desteğini halkımızın yaptığı yardımlardan alan kurumumuza yapılan her türlü yardım, kurumun daha ileriye daha da iyiye gitmesine yol açacaktır. Kanser gibi günümüzün önemli hastalığına karşı savaşta elele verelim ve onun nasıl yenilenebileceğini görelim.

KANSERİN TANIMI VE ONEMI

Vücudu oluşturan hücreler biraraya gelerek dokuları, dokular bir araya gelerek organları oluşturmaktadır. Organ ve dokular oluşurken hücreler belirli bir düzen içinde, belirli iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Organizmanın temel birimi olan bu hücreler belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlar. Öte yandan yaşlanan hücrelerde belirli bir hızda yıkılmaktadırlar.

Kanser en kısa tanımı ile hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları demektir. Bu çoğalma sırasında kanser hücrelerinde, normal hücrelere göre yapısal farklılıklar çıktığı gibi, işlevleri açısından da farklılıklar çıkacaktır; bazen hücre normalde yaptığı işlevlerini yapmazken, *bazen* de normalde olmayan bazı yeni işlevleri de yapmaya başlayabilecektir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler buldukları yerdeki doku ve organları işgal edecek hatta daha uzaktaki organları işgal edecek ve işgal ettiği bu bölümlerin görevlerini engelleyecektir. Hücre kontrolünün bozulup bir hastalık olarak kanser tablosu çıkıncaya kadar geçen kanser oluşum süresi, kanser cinslerine göre değişkenlik göstermekle birlikte ortalama 15-20 yıldır. Sebebi iyi bilinmeyen bu hastalıkların oluş mekanizması da tam olarak bilinmemektedir. Ancak bu konuda son yıllarda önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilirler. Belirti, bulgu ve tedavileri de kanserin cinsine göre değişmektedir. En sık görülen kanser türleri ise deri, akciğer, meme, sindirim ve üreme sistemlerinden kaynaklanan kanserlerdir.

Halk sağlığı açısından en önemli hastalıklar en sık görülen, en sık sakat bırakan ve en çok öldüren hastalıklardır. Bu açıdan incelendiğinde tanı imkanlarının artması, toplumlara daha yaygın sağlık hizmeti sunulması nedeni ile her gün daha çok sayıdaki kanserli hastaya tanı koymak mümkün olmaktadır. Ayrıca, günümüzde enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere bir çok hastalığın kontrol altına alınıyor olması, yaşam standardının yükselmesi nedeni ile ortalama yaşam süresinin uzamış olması, kanserde tedavi olanaklarının artması ile daha çok hastanın hekime başvurması da kanserle daha çok karşılaşmamıza neden olmaktadır. Gelişen teknoloji ile insanların kanser yapıcı maddelere daha çok maruz kalmaları da kanser sıklığını etkilemektedir.

Kanserde lm oranlarının yüksek olması konunun önemini daha da arttırmaktadır. Günümüzde kanser en sık ölüm nedenleri arasında, birçok gelişmiş ülkede, kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırayı almaktadır. Ülkemizde de 0-1 yaş grubu hariç tutulursa ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta ve 10 ölümden birisi kanser nedeni ile olmaktadır.

Grlme sıklığı yüksek ölüm oranına ek olarak kanser tedavisinin pahalılığı da sosyoekonomik bazı sorunları ortaya çıkarmaktadır.

Erken tanı ve tedavi ile kanserli hastalarda önemli oranda iyileşme mümkün olabilmektedir. Halbuki bilgi eksikliği, korku, ihmal gibi nedenlerle insanlarımız zamanında hekime başvurmamakta, böylece tanı gecikmekte, tedavi de güçleşmektedir. Değişik nedenlerle insanlar etkisiz, bilimsel olmayan tedavi yöntemlerini bile derlemektedirler. Bu nedenlerle periyodik sağlık kontrolleri yaptırılmalı, kanser belirtisi olabilecek şikayetleri olan insanlar en kısa zamanda hekime başvurmalıdır. Aşırı güneş ışınlarından kaçınmalı, sigara, radyasyon gibi bilinen kanser yapıcı madde ve etkenlerden kaçınmalı, kadınlar zaman zaman kendi kendilerinin memelerini kontrol etmelidirler. Ülkemizde bu konularda yol gösterebilecek merkezler mevcuttur. Birleşmiş Milletler ocuklar Yardım Fonu (UNICEF) teşkilatının 2000 yılı için (Türkiye hedefi olarak, 2005 yılı için) planladığı sağlık hedefleri

arasında 65 yaşın altında kanser nedeni ile ölüm oranının %15 azaltılması da vardır. Bu hedefin gerçekleştirilmesi sigara kullanımının azaltılması, serviks kanseri tarama çalışmaları, kanserde erken tanı ve tedavi çalışmalarının yoğunlaştırılması ile yapılacaktır.

Ülkemizde de kanser savaşında başta Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, gönüllü kuruluşlar, basın yayın kuruluşlar olmak üzere herkesin kanser savaşına katılması erken tam ve tedavi imkanlarının genişletilmesi, daha da önemlisi koruma yöntemlerinin topluma anlatılması gerekmektedir.

KANSERİN NEDENLERİ

Kanserde en çok sorulan ve araştırılan konulardan birisi de kanserin sebebi olmuştur. Kanserın sebebi ve oluş mekanizması tam bilinmemekle birlikte yoğun olarak yürütölen çalışmalarla son yıllarda bazı bilgiler elde edilmiştir. Kanser bulaşıcı bir hastalık değildir. İnsanlardaki kanserlerin 1/3'ünde nedenler bilinmemekte ve çoğu kanserin çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Ancak genetik faktörlerin de kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir. Genel olarak genetik bazı faktörlerin zemininde çevresel karsinojenlerin (kanseri yapıcı etken) rolü olduğu ileri sürölmektedir. Başlıca faktörler şunlardır:

1. İyonize Radyasyon: Başta lösemiler ve epitelyal kanserler olmak üzere iyonize radyasyonun çeşitli kanserlere yol açtığı Japonya'ya atılan atom bombasına maruz kalanlarda, ankilozan spondilit hastalığı nedeni ile radyasyon verilenlerde ve diğer çeşitli nedenlerle radyasyon alanlarda gösterilmiştir. Burada radyasyonun dozu önemlidir. Lösemiler en sık, atom bombasının atılmasından 6-8 yıl sonra ortaya çıkmıştır.

2. Ultraviyole ışınları: Açık havada çalışanlar, deri rengi açık insanlar ve kontrolsüz şekilde güneş ışığına maruz kalanlarda deri kanserleri daha sık görölmektedir.

3. Hava kirliliği: Hava kirliliğinin tek başına veya sigara içilmesi ile birlikte akciğer kanserlerinin yaklaşık %10'unda rol oynadığı bilinmektedir.

4. Kimyasal karsinojenler: Çeşitli mesleklerde çalışan insanların katran ve kömürün yanma ürünleri, benzen, nafilaminler, asbest, vinil klorür, krom vb. maddelerle temaslarının kanser oluşumuna yol açtığı bilinmektedir. Örnek verilecek olursa boya sanayiinde çalışanlarda mesane kanserleri, plastik sanayiinde çalışanlarda karaciğer kanserleri, katranla uğraşanlarda deri kanserleri, asbestle karşılaşanlarda mezotelyoma görülmektedir. Mesleki nedenlere bağlı kanserlerin tüm kanserlerin %4 kadarını oluşturduğu sanılmaktadır. Ayrıca kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar, organ nakillerinden sonra kullanılan bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların da kanser oluşturuvcu etkileri vardır.

5. Beslenme faktörleri: Sindirim sistemi kanserleri belirli beslenme alışkanlıkları ile ilişkilidir. Bu nedenle düşük yağ ve yüksek lif içeren beslenme programları tavsiye edilmektedir. Ayrıca karsinojen olduğu bilinen katkı maddelerinden de kaçınılmalıdır. Beslenme ve kanser ilişkisi bu kitapta ayrı bir bölümde daha ayrıntılı anlatılmıştır.

6. Sigara: Sigara ile akciğer kanserinin ilişkisi kesin olarak kanıtlanmış olup, sigara ayrıca larenks, ağız boşluğu, yutak, mesane ve pankreas kanserleri riskini de arttırmaktadır. Sigara ve kanser konusu da ayrı bir bölümde anlatılmıştır.

7. Alkol: Çok miktarda ve uzun süreli alkol alımı ağız, yutak, gırtlak ve yemek borusu kanserleri riskini arttırmaktadır. Çok alkol içenlerin genellikle aynı zamanda sigara da içiyor olması bu kişilerde kanser tehlikesini kat kat arttırmaktadır. < ; j

8. Viruslar: Bilinen en küçük mikroorganizmalar olan virüsler insanlarda çeşitli bulaşıcı hastalıklara yol açarlar. Bazı virüslerin deney hayvanlarında kansere yol açtığı gösterilmiştir. İnsanlarda da bazı virüslerin kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir. Örnek olarak Hepatit-B virüsünün karaciğer kanseri ile, Ebstein-Barr virüsünün Burkitt lenfoma ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

9. Genetik faktörler: Kanser tek başına genetik bir hastalık değildir. Ancak çocuklarda görülen bir göz kanseri olan retinoblastom gibi bazı kanser türlerinde ailevi geçiş görülmektedir. Kendisi kanser olmayan bazı ailevi hastalıklarda da kanser

gelişmektedir. Kalın barsakta poliplerle giden ailevi hastalık buna örnek olarak verilebilir. Bazı ailelerde ise, hiç bir ailevi geçiş olmadığı halde bazı kanserler daha sık görülmektedir. Örneğin, meme, kalın barsak, mide kanserleri gibi.

Sonuç olarak kanser tek bir sebebe değil birden çok sebebe bağlı olarak gelişen bir hastalıktır. Sebepleri öğrenildikçe kanserle savaşta daha ileriye gidilecektir.

KANSERİN BELİRTİLERİ

Kanserin belirtileri çok çeşitlidir. Öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler gösterir. Örneğin kalınbarsak kanserlerinde dışkılarına alışkanlıklarında değişiklikler olup kabızlık, ağrı, kanama gibi belirtiler çıkarken, idrar yolları kanserlerinde idrar yapmada güçlük, ağrı, idrardan kan gelmesi, akciğer kanserinde göğüs ağrısı, kanlı balgam, öksürük gibi belirtiler olabilir. Ayrıca aynı hastalık kişiden kişiye değişiklikler de gösterebilir. Kimi *zaman* da hastanın hiç yakınması yok iken kontrol muayenelerinde tesadüfen bulunur. Aslında her bireyin periyodik olarak kontrol muayenelerini yaptırması gereklidir. Kansere belirtilerinin çeşitliliğine rağmen, aşağıda üzerinde önemle durulması gereken ve doktora başvurmayı gerektiren belli başlı belirtiler verilmiştir.

1. Vücudun herhangi bir yerinde şişlik: Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan şişlikler kişileri uyarmalıdır. Bunlar memede şişlik, boyunda, koltuk altında, kasıklarda bezelerde şişlik, karında ele gelen şişlikler olabilir. Böyle bir şişliğin varlığı mutlaka kanser anlamına gelmez, iltihabi hastalıklar ve diğer bazı hastalıklarda da benzer şişlikler olabilir. Ancak şüphelenilip de erkenden kanser tanısı konabilirse tedavi ve iyileşme şansı çok yüksek olacaktır. Örneğin meme kanseri vakalarının büyük kısmı memede ağrısız şişlik yakınması ile doktora başvururlar. Erken tanı ile de iyileşme şansı çok yüksektir.

2. İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara: Özellikle de-

ride, dudakta, ağız ve makat bölgesinde olmak üzere vücudun herhangi bir bölgesinde iyileşmeyen yaralar kanser yönünden kişiyi uyarmalıdır.

3. Ben ve siğillerdeki değişiklik: İnsanlarda çok yaygın olan rak rastlanan ben ve siğillerin çoğu zararsızdır. Ancak bunlarda ortaya çıkabilecek olan hızlı büyüme, renk değişiklikleri, üzerinde yaraların açılması gibi değişiklikler de mutlaka bir hekime danışılmalıdır.

4. Olağan dışı kanama: Değişik bölgelerden olan kanamalar kanser açısından uyarıcı olmalıdırlar. Örneğin yıllardan beri siğara içen bir bireyin balgamında kan görülmesi başka bir nedene bağlı olabileceği gibi akciğer kanserine de bağlı olabilir. Kalın barsak kanserlerinde en erken ve başta gelen belirtilerden birisi dışkıda kan olmasıdır. Aynı şekilde idrar yolları kanserlerinde de idrarda kanama görülür. Adetten kesileli yıllar olmuş bir kadında tekrar kanamaların başlaması da kanser açısından uyarıcı olmalıdır. Böyle bir kanama varlığında kişinin vakit geçirmeden ilgili hekime başvurması gerekmektedir.

5. Yutma güçlüğü: Yemek borusu kanserlerinde sık rastlanan bir belirtidir.

6. Sürekli öksürük ve ses kısıklığı: Ses kısıklığı gırtlak (Larenks) kanserinin erken bir belirtisi olabilir. Özellikle uzun süreden beri sigara içen bireylerde daha da uyarıcı olmalıdır. İltihabi hastalıklarda da ses kısıklığı olabilir. Ancak gırtlak kanseri erken tanınırsa tedavi şansı da yüksek olacağından mutlaka kulak-burun-boğaz uzmanına başvurulmalıdır. Uzun süreli düzelmeyen öksürüklerde akciğer kanseri de akılda tutulmalıdır.

7. İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik: Kalın barsak kanserinde hastalar bazen kabız, bazen ishal, bazen de hem kabız hem ishal olmaktan yakınırırlar. Birlikte ağrı ve kan varlığı da kalın barsak kanserini akla getirmelidir. İdrar yolları kanserlerinde ise idrar güçlükleri ortaya çıkabilir.

Şüphesiz bu belirtiler her zaman kanser demek değildir. Ancak bunları kendisinde farkedenden bir kimsenin derhal bir doktora başvurması gerekmektedir.

TANI YÖNTEMLERİ "Erken Tanı Hayat Kurtarır"

Kanser tanısında kullanılan çok sayıda yöntem vardır. Herhangi bir kanser cinsine tanı konulacağı zaman bu yöntemlerin çoğu birlikte kullanılmaktadır. Sadece bir yöntemle tanı koymak çoğu zaman mümkün olmadığı gibi farklı kanser türlerinde de farklı yöntemler öncelik kazanmaktadır. Bu yöntemlerle sadece tanı koymakla kalmayıp hastalığın yaygınlığı da değerlendirilmektedir.

1. Hikaye: Tüm diğer hastalıklarda da olduğu gibi hangi şikayetlerin olduğu, bunların ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü şeklinde soruşturma tanı koymanın ilk basamağıdır. Bu soruşturma ile elbette ki kesin tanı mümkün olmayacaktır. Ancak hızlı ve pratik olarak olası tanıları düşündürerek, hekime sonraki basamakta nasıl davranması, hangi tetkikleri yapması gerektiği konusunda yol gösterecektir.

2. Muayene: Tanının temel basamaklarından birisidir. Vücudun her bölümü ayrıntılı olarak muayene edilmelidir. Kesin tanı konmamakla birlikte hekim muayene sonunda bazı kanser türlerinden kuvvetle şüphelenebilir ve sonraki aşamalara kendisini ve hastasını hazırlar.

3. Laboratuvar incelemeleri: Teknoloji insanlığın hizmetine çok gelişmiş laboratuvar testleri sunmuştur. Bu yöntemler sayesinde kanser tanısı daha kolay ve güvenli hale gelmiştir. Hekim, aşağıda verilen belli başlı tanı yöntemlerinden

şüphelendiği kanser türüne göre uygun olanını planlar ve yaptırır.

a. Kan sayımı: Tüm hastalarda yapılan temel bir tetkiktir. Hastanın alyuvarlarının ve akyuvarlarının hastalıktan etkilenip etkilenmediğini gösterir.

b. Biyokimyasal analizler: Kanda ve vücut sıvılarında çeşitli biyomoleküllerin (enzimler, elektrolitler, mineraller, hormonlar, immün kompleksler, antikorlar, eser elementler vb.) düzeyleri ölçülür. Bu maddeler normalde vücutta bulunan maddeler ise miktarlardaki azalma veya artma anlamlı olabilir. Normalde vücutta bulunmayan bazı maddelerin de vücutta bulunması tanı da yol gösterici olabilir. Bu analizler sadece tanıda değil hastalarda uygulanan tedavinin izlenmesinde de yararlı olurlar. Ancak biyokimyasal incelemeler tek başlarına yeterli değildirler, diğer tanı yöntemleri ile desteklenmelidirler.

c. Röntgen incelemeleri: Çok sık kullanılan yöntemlerdir. Düz akciğer, kemik filmleri, ağızdan Radyopak madde verilerek çekilen sindirim sistemi filmleri, damardan radyopak madde verilerek çekilen böbrek-idrar yolları filmleri sık kullanılanlarıdır. Memedeki şüpheli kitlelerin gösterilmesinde "Mammografi" özel bir tanı yöntemidir.

Sadece röntgen filmleri ile kanser tanısı koymak yanıltıcı olabilir. Çünkü kanser dışındaki bazı hastalıklarda benzer bulguları gösterebilirler. Bu nedenle kanserde kesin tanı için mutlaka biyopsi ve histopatolojik inceleme gereklidir.

d. Radyoizotop taramalar: Bunlar yardımcı tanı yöntemi olup tek başına tanı koydurucu değildirler. Karaciğer, dalak, tiroid, beyin, kemik sintigrafileri en sık yapılanlarıdır. Bu yöntemde radyoaktif işaretli belirli bazı maddelerin vücuda verildikten sonra bu organlardaki dağılımları o maddelerin yaydığı radyoaktivitenin özel cihazlarla ölçülmesi esasına dayanır.

e. Endoskopi: İçi boş organların içine özel aletle girilerek hasta bölge doğrudan görülerek incelenebilir. Aynı sırada kanser şüphesi taşıyan bölgeden de biyopsi yapılabilmesi de bir avantaj oluşturmaktadır. Bu yöntemlerle yemek borusu, mide, oniki par-

mak barsağı, kalın barsak, solunum yolları, mesane ve kadın üreme organları incelenebilir.

f. Ultrasonografi: Yüksek frekanslı ses dalgalarının organlara gönderilmesi ve bu organlardan yansıyan ışınların kaydedilerek ekrana yansıtılması esasına dayanır. En yaygın kullanılan yöntemlerdendir. Çünkü verdiği güvenilir bilgilere ek olarak en zararsız yöntem olması nedeni ile günümüzde vazgeçilmez tanı yöntemlerinden olmuştur. Özellikle karın bölgesi kanserlerinde daha sık kullanılmaktadır.

g. Bilgisayarlı tomografi: Diğer radyolojik yöntemler ile görülemeyen ayrıntıların gösterilebildiği radyolojik bir yöntemdir. Yöntemde röntgen ışınları ile bilgisayar teknolojisi birleştirilmiştir. Bir cm'lik tümörleri bile gösterebilmektedir. Özellikle diğer yöntemlerle iyi gösterilemeyen beyin tümörlerinin gösterilmesinde olmak üzere, tüm kanser türlerinde çok yaygın olarak kullanılmaktadır.

h. Magnetik rezonans görüntüleme: Hastaya zarar vermeyen, radyasyonun kullanılmadığı en yeni görüntüleme yöntemidir. Bunlara ek olarak daha ayrıntılı, daha net görüntü vermesi nedeni ile de çığır açmış ve çok yaygın kullanım alanı bulmuştur. Pahalı bir tetkiktir. Ancak teknolojik gelişmelerle birlikte maliyetinin de düşürülmesi umut edilmektedir. Ülkemizde de büyük merkezlerde bulunmaktadır.

i. Sitoloji: Son yıllarda vücut salgılarına dökülen veya müköz membranlardan kazınan hücrelerin mikroskop altında incelenmesi ile birçok kanser türünde tanı konması mümkün olabilmektedir. Solunum sisteminde, idrar yollarında, özellikle kadınlarda üreme sisteminde sık kullanılan bir yöntemdir. Özellikle balgam incelemesi, kadınlarda rahim ağzından alınan örneklerin incelenmesi oldukça yararlı olmaktadır. Son yıllarda radyolojik tetkiklerin yardımı ile kanserli dokulardan alınan ince iğne aspirasyonları da kanser tanısında çok kullanılmaya başlamıştır.

j. Biyopsi ve histopatolojik tam: Kanser tanısı histopatolojik inceleme ile yapılır. Bu kanserli dokudan biyopsi ile alınan örneklerin mikroskop altında incelenmesi demektir.

Ŗüphelenilen dokulardan mutlaka biyopsi alınmalıdır. Ayrıca başka nedenlerle ameliyat edilen hastalardan alınan doku parçaları da mutlaka histopatolojik olarak incelenmelidir. Çünkü başlangıçta kanserden Ŗüphelenilmediđi halde kanser çıkan durumlarda olabilir.

Yukarıda da anlatıldığı gibi kanser tanısında, yaygınlığının değerlendirilmesinde ve tedavi planlamasında birden çok tanı yöntemi birlikte kullanılmalıdır. Bu da kanserin tanı ve tedavisinde hasta ve hasta yakınları ile değişik uzmanlık dallarındaki doktorların işbirliğini gerektirmektedir.

KANSER TEDAVİSİ

Kanser halk arasında tedavisi olmayan amansız bir hastalık olarak bilinmektedir. Hastalığın çaresi olmayan bir hastalık olarak görülmesi tanıda gecikmelere yol açmakta, bu da tedaviyi güçleştirmektedir. Ayrıca insanlar kanserin çaresiz bir hastalık olduğunu düşünerek bilimsel olmayan, gerçek tıbbi tedavinin gecikmesine yol açan ve oyalayan, hatta boş yere para harcanmasına yol açan yöntemleri tedavi olarak kullanma eğiliminde bile olabilirler. Oysa kanser, tedavisi mümkün bir hastalıklar grubudur. Daha önce de anlatıldığı gibi kanser sadece tek bir hastalık değildir, değişik cinsleri vardır ve değişik organları tutabilir. Elbetteki kanserin bazı türlerinde tedavi güçtür, ancak bir çok kanser türünde tedavi mümkündür. Kanser tedavisinde başarı kanserin cinsi, yaygınlığı ve tedavinin düzenliliğine bağlıdır. Düzenli olmayan bir tedavi en iyi kanser türlerinde bile başarısızlıkla sonuçlanır. Kanser tedavisi tek bir hekim tarafından değil, konu ile ilgili uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından yapılır. Bu ekipte onkolog, radyoterapist, cerrah ve patolog bulunmalıdır.

Kanser tedavisinde kullanılan başlıca yöntemler cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve immünoterapidir. Birçok durumda hastalığın cinsi ve yaygınlığına göre bu yöntemler birlikte kullanılırlar. Bu yöntemler aşağıda verilmiştir.

1. Cerrahi

Eski zamanlardan beri kullanılan bir yöntemdir. Bugün kan-

serden iyileşen hastaların büyük kısmında (%75-80) ilk tedavi olarak yerini korumaktadır. Cerrahi, kanserde değişik amaçlarla kullanılmaktadır. Bunlar tanısal cerrahi, önleyici cerrahi, küratif (radikal) cerrahi ve palyatif cerrahidir.

Tanısal cerrahide kanserin kesin tanısı için kanserli dokudan örnek alınır. Burada kanserin cinsi ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden ya sadece biyopsi alınır ya da kanserli dokunun tümü çıkartılır.

Önleyici cerrahi "kansere öncesi lezyonlar" olarak bilinen ve kendisi kanser olmadığı halde mutlaka kansere dönüşeceği bilinen dokuların çıkarılmasıdır. Örneğin kalın barsaktaki poliplerin kansere dönüşme riski çok yüksek olduğundan mutlaka çıkarılmalıdır.

Küratif cerrahi ise kanserli dokunun ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılmasıdır. Kanser cerrahisinde istenen de esasında budur. Ancak birçok kanser türünde, kanserli dokular ameliyatla tamamen çıkarıldığı halde gösterilemeyen mikroskopik yayılımlar söz konusudur. Bu nedenle ilaç tedavisi ve radyoterapi de çoğu zaman cerrahiye ek olarak gereklidir. Erken dönemde tanı konulan hastalarda hastalık yayılmadan yakalandığı için başarı şansı çok yüksek olacaktır. Erken dönemde tanı konmuş olan meme, rahim, barsak, mide, mesane, prostat kanserlerinde, çocuklardaki böbrek kanserlerinde cerrahi yaklaşım başarılı sonuçlar vermektedir. Kadınlarda rahim kanserlerinde erken tanı ve cerrahi ile büyük gelişmeler olmuştur.

Palyatif cerrahi, ilerlemiş kanser vakalarında hastalığın acil sorun yaratan bazı bulgularını düzeltmek, önlemek, yaşamı uzatmak amacı ile yapılır. Örnek olarak, barsak kanserlerinde barsak tıkanmalarını gidermek, kanamaları durdurmak, solunum yollarında hava alıp vermeyi engelleyen tıkanıklıkları açmak gibi ameliyatlara yapılabilir.

Son yıllarda teknik alandaki gelişmeler ve ameliyat sonrası bakımındaki gelişmelerle ameliyata bağlı ölümler ve ameliyat sonrası komplikasyonlar çok az düzeye indirilebilmiştir. Bu nedenle

bu tür ameliyatların uzman bir hastanede, yeterli bilgi ve donanıma sahip uzman ekiplerce yapılması gereklidir.

Özellikle ülkemizde, unutulmamalıdır ki, sadece cerrahi, bir çok kanser türünde yeterli olmamakta, diğer tedavilerin de eklenmesini gerektirmektedir.

2. Radyoterapi

Radyasyon tedavisi kanser tedavisinde X-ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınların kullanılmasıdır. Bu ışınlar kanserli hücreyi tahrip ederek etki etmektedirler. Ancak bazı kanser cinsleri radyoterapiye duyarlı iken bazıları da dirençli olabilmektedir. Radyoterapide, cerrahi gibi radikal ve palyatif amaçlarla kullanılmaktadır. Radikal radyoterapiye örnek olarak bazı erken dönem beze kanserleri, beyin tümörlerinde cerrahiden sonra radyoterapi uygulanması, rahim ağzı kanserleri gibi kanserler verilebilir. Palyatif radyoterapi ameliyat şansını yitirmiş hastalarda, ameliyat riski yüksek hastalarda kanama, ağrı, organ tıkanıklıkları gibi durumları düzeltmek amacı ile yapılır.

Radyoterapide kullanılan ışınlar geliştirilen özel aletler aracılığı ile uygulanırlar. Günümüzde radyoterapide kullanılan çok gelişmiş cihazlar vardır. Lineer akseleratör, betatron gibi araçlarla yüksek enerjili ışınlar elde edilebilmektedir. Kobalt-60 tedavi üniteleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastaların radyasyonun yan etkilerinden korunması için her kanser türünde ayrı ayrı tedavi planlamaları yapılmaktadır. Bazı kanser türlerinde radyoaktif iyot gibi radyoizotoplardan yararlanılmaktadır. Ayrıca brakiterapi denilen metot ile sadece kanserli bölgeye radyoterapi uygulanması, son yıllarda giderek daha yaygın kullanılmaya başlamıştır. Böylece sağlam dokuların radyasyonun yan etkilerinden korunması da amaçlanmıştır.

3. Kemoterapi

Kanser konusunda yıllardır yapılmış olan çalışmalar, kanserin lokal tedavisi (sadece cerrahi ve/veya radyoterapi ile kanserin bulunduğu yerin tedavisi), başlangıçta saptanmamış olsa bile daha sonra uzun yayılımların gelişmesi nedeni ile vakaların %50'sinden fazlasında başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Cerrahi

ve radyoterapi sadece erken tanı konan, vücuda yayılım göstermeyen kanserlerde tek başına etkili olabilir. Bu nedenlerle geçmiş yıllarda cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi arasındaki rekabet şimdi faydalı ve etkili bir işbirliğine dönüşmüştür. '-

Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi demektir. Kanser kemoterapisi yerleşmiş bir tedavi yöntemidir. 1940larda mustard gazının kan hücrelerine etki ettiğinin gözlenmesi ile başlayan kemoterapi bugün çok yaygın olup, halen kullanılan 50'den fazla kanser ilacı mevcuttur. Kemoterapi sistemik bir tedavidir; sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücrelere etki eder. Bu amaçlarla kullanılan ilaçlar içinde çeşitli kimyasal maddeler, alkaloidler, antibiyotikler ve bazı hormonlar vardır.

Bugün bir çok kanser türünde kemoterapi kullanılmaktadır. Meme kanseri, Burkitt lenfoma, Wilms tümörü, kan kanserleri, testis kanserleri, Hodgkin hastalığı, retinoblastom gibi kanser türleri kemoterapinin değerinin kanıtlandığı kanser türlerine örnek olarak verilebilir. Özellikle çocukluk çağı kanserlerinin büyük çoğunluğu artık tedavi edilebilir hastalık olarak kabul edilmektedir. Yakın yıllarda bu konuda çok daha iyi sonuçlar beklenmektedir.

Kemoterapide kullanılan ilaçlar kanser hücrelerinin çoğalmalarını durdurmakta ve yok etmektedir. Ancak bu ilaçlar vücuttaki normal hücrelere de etki edebilir ve ciddi yan etkilere yol açabilirler. Bu nedenle ancak bu konuda eğitim görmüş onkologlarca ve uzman hastanelerce kullanılmalıdırlar. Bu etkilerin başlıcaları bulantı, kusma, saç dökülmesi, kemik iliğinin baskılanması ve akyuvar sayısında düşmeler olmasıdır. Bu yan etkilerin çoğu geçicidir ve kolaylıkla kontrol altına alınabilirler. Bazı etkiler ise kalıcı olabilir; bunlar kalbe, akciğerlere, üreme sistemine olan etkilerdir. Uzun süre kemoterapi alanlarda kısırlık görülebilir. Hastalar veya hasta sahiplerinin bu ilaçları iyi geldi diyerek kendi kendine yaptırtmaları ya da bu ilaç yaramıyor diyerek ilaçlarını kullanmamaları sık yapılan hatalardır. Kemoterapötikler mutlaka hekim ile işbirliği içinde kullanılmalıdır.

Tüm tedavilerin başarılması büyük ölçüde insan ilişkilerine

bağlıdır. Tedavi uzun süreli ve zahmetli bir tedavidir. Hastalar tedavileri tamamlanıp iyüleşseler bile kontrol muayeneleri devam etmek zorundadır. Ancak unutulmamalıdır ki, tıpta tüm tedavilerin başarısı düzenli uygulanmasına bağlıdır.

4. Diğer tedavi yöntemleri

a. İmmünoterapi: Vücudun bağışıklık sistemini uyarmanın kanser tedavisinde etkili olabileceği yolunda kanıtlar vardır. Bağışıklık sistemini bozan çeşitli hastalıklarda daha sık kanser görülmesi de immünoterapinin etkili olacağını düşündürmektedir. Bu amaçlarla BCG aşısı gibi bağışıklık sistemini uyarıcılar, interlökin, interferon gibi biyolojik moleküller kullanılmaktadır. Fakat klinik uygulamalar bu konuda daha çok çalışma yapılmasının gerektiğini göstermiştir.

b. Hormon tedavisi: Hormona bağımlı olarak gelişen bazı tümörlerde örneğin meme ve prostat kanseri gibi kanserlerde özel bazı hormonlar tedavi amacı ile kullanılmaktadır.

c. Lazer tedavisi: Tıpta daha yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Ameliyatlarda yararlı olabilmektedir. Ancak kanserde henüz yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bazı durumlarda beyin tümörlerinde, gırtlak kanserlerinde kullanılmaktadır.

Kanser tedavisi mümkün olan bir hastalık olmasına karşın, toplumda daima ölümü akla getiren ürkütücü bir hastalık olarak görülmekte ve tedavisi imkansız diye düşünülmemektedir. Yardıma ve desteğe ihtiyacı olan insanların bu duyguları doktor olmayan bazı kişilerce suistimal edilmekte, bilimsel olmayan tedaviler ileri sürülmekte, fırsat buldukları zaman yasal boşluklardan bile yararlanmakta, maddi çıkar sağlamaktadırlar. Hatta kimi zaman konunun uzmanı olmayan hekimler bile kanseri tedavi ettiklerini ileri sürerek ortaya çıkmaktadırlar. Bütün bunlar hastanın hem maddi yükünü artırmakta, hem de tıbbi tedavinin boşuboşuna gecikmesine yol açmaktadır. Tıbbi tedavi ile iyileşme şansı olan hastaların bu şekilde geç kalarak iyileşme şanslarını yitirdikleri bile görülmüştür. Bu konularda öncelikle halka olmak üzere devlete, sağlık kuruluşlarına, gönüllü kanser kuruluşlarına, televizyon, radyo ve yazılı basına önemli görevler düşmektedir. Üniversitelerimizde kanser konusunda hizmet veren Onkoloji

bölümleri vardır. Ayrıca Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu gibi gönüllü kuruluşlar da kanser savaşına katkıda bulunmak amacıyla çalışmalarını yürütmektedirler. Gereği halinde bu kuruluşlara başvurulabilir.

KANSERDEN KORUNMA

Kanser oluşmasında bireyin genetik yapısının rolü olduğu biliniliyorsa da tüm kanserlerin %70-80'inde sebebinin çevresel faktörler olduğu tahmin edilmektedir. Kanser oluşumunda kanserleşmeyi başlatıcı ve devam ettirici faktörler bilinmektedir. Bu açıdan bilinen kanser yapıcı maddelere karşı alınan tedbirler yararlı olabilir. Tüm kanserlerin gelişmesinde %70-80 oranında çevresel faktörlerin rolü olduğu kabul edilirse, bu faktörlerle temasın önlenmesi ile kanser sıklığında bir azalma beklenebilir. Bu şekilde kanser yapıcı etkileri bilinen maddelerden korunmayı hedefleyen çalışmalara "birincil korunma" denilmektedir. Diğer bir yöntem ise kanserin erken tanısına yönelik çalışmalarda, çok erken dönemde kanser tanısı koyarak erken ve etkin tedavi yollarının uygulanmasıdır. Bu da "ikincil korunma" olarak isimlendirilmektedir.

Birincil korunma

Temasının önlenmesi ile kanser gelişmesinin azaltılabileceği bilinen başlıca maddeler şunlardır:

1. Tütün ve tütün ürünleri: Tüm kanser ölümlerinin %30-40 kadarı sigara ile ilgili olduğuna göre sigara içilmesinin önlenmesi, tüm kanserlerin tedavisine yönelik çalışmalardan daha çok yarar sağlayacaktır. Bu konuda daha ayrıntılı bilgi sigara ve kanser bölümünde verilmiştir.

2. Alkol: Uzun süre fazla miktarda alkol alanlarda ağız, yemek borusu, karaciğer kanserleri daha sık görülmektedir. Fazla alkol

alınması tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %5'inden sorumlu tutulmaktadır. Özellikle sigara ile birlikte kullanıldığında bu etki çok daha belirgin olmaktadır. Bu nedenle alkol kullanımının engellenmesi kanser sıklığını azaltacaktır.

3. Güneş ışığı: Daha öncede belirtildiği gibi özellikle açık hava vada çalışan, açık renk derili insanlarda daha belirgin olmak üzere aşırı derecede güneş ışığına maruz kalanlarda deri kanserleri daha sık görülmektedir. Bu nedenle aşırı güneş ışığından kaçınmak, böyle insanların periyodik kontrollerini yapmak deri kanserlerinin önlenmesi açısından yararlı olacaktır.

4. Mesleki temas: Meslekleri nedeni ile kanser yapıcı maddelere maruz kalan kişilerde kanserden korunmak için böyle işyerlerinde hangi maddelerin yasaklanacağını bilmesi, korunmaya yönelik önlemlerin alınması, eğitsel ve hukuksal düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu işyerlerinde çalışan kişilerin periyodik olarak kontrolleri de yararlı olacaktır. Kanser ölümlerinin %4 kadarının mesleki faktörlerle olduğu tahmin edilmektedir. En iyi bilinenleri katran, asbest, vinil klorür ve boya sanayinde kullanılan bazı maddelerdir. Meslekleri nedeni ile radyasyona maruz kalan röntgen doktorları, radyoterapistler, nükleer tıp uzmanları gibi kişilerinde aldıkları radyasyon dozunu sık sık kontrol ettirmeleri gereklidir.

5. Beslenme: Kanserden korunmada şişmanlığın önlenmesi, yağ alımının azaltılması, meyve ve sebze gibi posalı ve bol lifli besinlerin yenilmesi, A ve C vitamininden zengin gıdaların alınması, tuzlu, nitritli ve salamura yiyeceklerin azaltılması tavsiye edilmektedir. Beslenme ve kanser konusu bu kitapta ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır.

İkincil Korunma

Herhangi bir şikayeti olmayan insanlarda kanserin belirtileri olmadığı halde bazı testler yapılarak belirtilerin çıkmasından 2 yıl kadar daha erken kanser tanısı koymak mümkün olmaktadır. Son yıllarda kitle tarama ve erken tanı yöntemlerinde önemli gelişmeler olmuştur. Meme kanserinde kadınların kendi memelerini periyodik olarak kontrolleri, mammografi denilen radyolojik metotla kontrol edilmeleri, kadınlarda rahim kan-

serlerinde rahim ağzından alınan sürüntü örneklerinin incelenmesi ile rahim kanserinin erken tanısı mümkün olmakta, erken tanı arttıkça tedavi şansıda artmaktadır. Muayene ve mammografi yöntemleri ile meme kanserine bağlı ölümler % 30 kadar azaltılabilmektedir. Çocuklarda az miktarda idrar incelemesi ile nöroblastom denilen kanserin tanısı erkenden konmakta, böylece geç tanı konduğu zaman tedavisi çok güç olan bu hastalığa karşı önemli başarılar elde edilmektedir. Bunlardan başka karaciğer kanserlerinin Hepatit-B denilen mikrobik sarılık ile ilişkisi olduğundan yüksek risk altındaki kişilere hepatit aşısı da tavsiye edilmektedir. Kanserin sebebinin çok iyi anlaşılamadığı bir gerçektir. Bu nedenle özellikle sebebe ilişkin hiç bir faktörün bilinmediği durumlarda sebepten korunma olmayacağından erken tanı daha da önem kazanmakta, "**Erken tanı hayat kurtarır**" sloganları yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle kanser tedavisi imkansız olan bir hastalık olarak görülmemeli, şüphelenilen durumlarda derhal hekime başvurulmalıdır.

Son olarak da Amerikan Kanser Cemiyeti'nin, kanserin belirti vermediği dönemde erken tanısı için bazı kanser cinslerindeki önerileri aşağıda verilmiştir.

**ASEMPTOMATİK KANSERLERİN ERKEN TANISI
İÇİN ÖNERİLER
(Amerikan Kanser Cemiyeti)**

Kanser	Öneri	Cinsiyet	Yas	Sıklık
		Erk./Kad.		
Kolorektal	Sigmoidoskopi	E/K	50 ve üzeri	Doktor önerisine göre 3-5 yılda bir
Kolorektal	Gaitada gizli kan	E/K	50 yaş ve üzeri	Her yıl
Kolorektal	Rektal muayene	E/K	40 ve üzeri	Her yıl
Servikal	Pap test ve Pelvik muayene	K	18 yaş ve yılıda negatif ise doktor önerisiyle daha seyrek yapılabilir	Her yıl; Pap testi üç
Endometrial	Endometrial biyopsi	K	Menopoz, yüksek riskli 1 kadınlar*	Vlenopoz döneminde
Meme	Kendi kendine muayene	K	20 ve üzeri	Her ay
Meme	Meme muayenesi	K	20-40 40 ve üzeri	Üç yılda bir Her yıl
Meme	Mammografi	K	35-39 40-49 50 ve üzeri	ilk muayene (Bazal) 1-2 yılda bir Her yıl
Diğer**	Danışma ve periyodik muayene**	E/K	20 ve ; üzeri 40 ve : üzeri	3 yılda bir Her yıl

* İnfertilite, şişmanlık, ovulasyon bozuklukları, anormal vajinal kanamalar, estrojen tedavisi

** Tiroid, testis, prostat, över, lenf nodu, ağız ve deri kanserleri açısından muayene

MEME KANSERİ**KOLOREKTAL
KANSER****AKCİĞER KANSERİ****KANSER RİSK****FAKTÖRLERİ**

- Yaş
- Kızkardeş veya annede meme kanseri öyküsü
- Memede prekanseröz hastalık
- Aşırı şişmanlık
- Çocuk doğurmama
- Geç doğum (30 yaşından sonra doğum yapanlarda önce yapanlara göre risk fazla)

SAĞLIK EĞİTİMİ VE**KANSER RİSKİNİ****AZALTMA**

- Normal vücut ağırlığının sürdürülmesi için
- Amerikan Kanser Cemiyeti'nin beslenme programına uyulması

ERKEN TANI

- Kendi kendine muayene
- Klinik meme muayenesi
- Mammografi

TEHLİKE İŞARETLERİ

- Memede kitle veya sertleşme,
- Meme başı kanaması

KANSER RİSK**FAKTÖRLERİ**

- Kolorektal polipler
- Ailede kolorektal kanser olması
- İnflamatuvar barsak hastalığı
- Yüksek yağ ve düşük fiberli diyet

SAĞLIK EĞİTİMİ VE**KANSER RİSKİNİ****AZALTMA**

- Kolorektal poliplerin çıkartılması
- Amerikan Kanser Cemiyeti'nin beslenme programına uyulması

ERKEN TANI

- Rektal muayene
- Gaitada gizli kan
- Sigmoidoskopi

TEHLİKE İŞARETLERİ

- Rektal kanama
- Barsak alışkanlıklarında değişiklik

KANSER RİSK**FAKTÖRLERİ**

- Sigara içimi (aktif veya pasif)
- Asbestoz

SAĞLIK EĞİTİMİ VE**KANSER RİSKİNİ****AZALTMA**

- Tütün ürünleri ve dumanından kaçınılması.
- Sigara içilmemesi
- İş güvenliği kurallarına uyulması

ERKEN TANI

Yok

TEHLİKE İŞARETLERİ

- İnatçı öksürük
- Balgamda kan
- Düzelmeyen pnömoni.

SERVİKS KANSERİ	ENDOMETRİYUM KANSERİ	İDRAR YOLLARI/MESANE KANSERİ
KANSER RİSK FAKTÖRLERİ - Erken cinsel ilişki - Birden fazla eşle cinsel İlişki - Sigara içimi - Papilloma virüs enfeksiyonu (Kondiloma veya siğil)	KANSER RİSK FAKTÖRLERİ - Obesite - Post-menopozal estrogen - Hipertansiyon - Diyabet	KANSER RİSK FAKTÖRLERİ -Sigara içimi - Kimyasal karsinojenler - Mesane kanseri öyküsü
SAĞLIK EĞİTİMİ VE KANSER RİSKİNİ AZALTMA - Erken ve çok kişiyle cinsel ilişkiden kaçınılması - Sigara içilmemesi	SAĞLIK EĞİTİMİ VE KANSER RİSKİNİ AZALTMA - Normal vücut ağırlığının sürdürülmesi için Amerikan Kanser Cemiyeti'nin beslenme programına uyulması, - Her hasta için estrogenin yarar ve zararları tartışılarak bireysel tedavinin seçimi.	SAĞLIK EĞİTİMİ VE KANSER RİSKİNİ AZALTMA - Tütün ürünlerinden kaçınılması - iş güvenliği kurallarına uyulması
ERKEN TANI - Pap test - PeMk muayene	ERKEN TANI - Pelvik muayene - Postmenopozal riskli hastalarda endometriyal biyopsi	ERKEN TANI Yok
TEHLİKE İŞARETLERİ Anormal vajinal	TEHLİKE İŞARETLERİ Anormal vajinal kanama	TEHLİKE İŞARETLERİ Kanlı idrar

AĞIZ KANSERLERİ**KANSER RİSK
FAKTÖRLERİ**

- Sigara içimi
- Alkol kullanımı
- Tütün çiğneme

**SAĞLIK EĞİTİMİ VE
KANSER RİSKİNİ
AZALTMA**

- Tütün ve tütün ürünlerinin kullanılmaması
- Alkol içilmemesi

ERKEN TANI

- Her ay kendi kendini muayene
- Yılda bir doktor muayenesi

TEHLİKE İŞARETLERİ

- Ağızda renk değişikliği
- İyileşmeyen ağız yaraları

PROSTAT KANSERLERİ**KANSER RİSK
FAKTÖRLERİ**

- Bilinmiyor

**SAĞLIK EĞİTİMİ VE
KANSER RİSKİNİ
AZALTMA**

- Bilinmiyor

ERKEN TANI

- Rektal muayene
- Deri muayenesi

TEHLİKE İŞARETLERİ

- idrar yapmada güçlük,

**KANSER RİSK
FAKTÖRLERİ**

- Açık renkli deri
- Güneş ışını
- Çocuklarda güneş yanıkları
- Displastik nevüs

**SAĞLIK EĞİTİMİ VE
KANSER RİSKİNİ
AZALTMA**

- Fazla güneş ışınından korunma

ERKEN TANI

- Her ay kendi kendini muayene

TEHLİKE İŞARETLERİ

- Benlerde değişiklik
 - İyileşmeyen yara
-

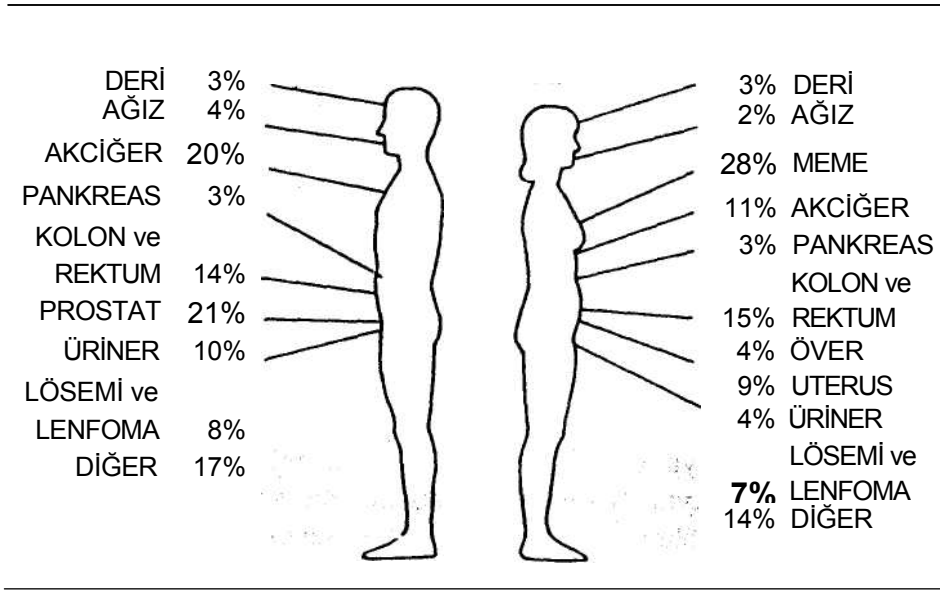
DÜNYADA KANSER

Kanser sıklığı değerlendirilirken iki ölçüt incelenir. Bunlar ölüme ait bilgiler ve görülme sıklıklarıdır. Ölüm rakamları belirli bir toplulukta belirli bir hastalıktan bir yıl içinde ölenlerin sayısı olarak söylenir. Ancak kanser tedavisindeki ilerlemeler ve iyileşme oranlarının artması ile ölüm kayıtları yeterli olmamakta, görülme sıklıklarının bilinmesi gerekmektedir. Belirli bir hastalık için görülme sıklığı belirli bir nüfusta bir yıl içinde görülen yeni vaka sayısıdır. Bu rakamların bilinmesi kansere karşı yapılan savaşta yönlendirici olacaktır. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde kanser kayıt merkezleri kurulmuştur.

Bir hesaplama göre tüm dünyada bir yıl içinde belirlenen kanserli hasta sayısı 6 milyon kadardır. Kanser görülme sıklığı yaşa, cinsiyete, köken aldığı organa, diğer çevre faktörlerine göre farklılıklar göstermektedir. Çocukluk çağının özel tümörleri dışında sonraki dönemde yaş arttıkça kanser sıklığı daha da artmaktadır. Ortalama yaşın 50'yi aştığı toplumlarda daha sık görülmektedir. On yaşın altında erkeklerde daha sık iken, 20-60 yaşlarında kadınlarda, 60 yaşın üzerinde ise erkeklerde daha sık kanser görülmektedir. Genel bir rakam verilecek olursa bir yılda ortaya çıkan yeni kanserli hasta sayısı yüzbin nüfus başına 150 ile 300 arasında değişmektedir. Bu rakam toplumlara göre değişiklik göstermekte, yüzbinde 100 ile 500 arasındaki rakamlar bildirilmektedir.

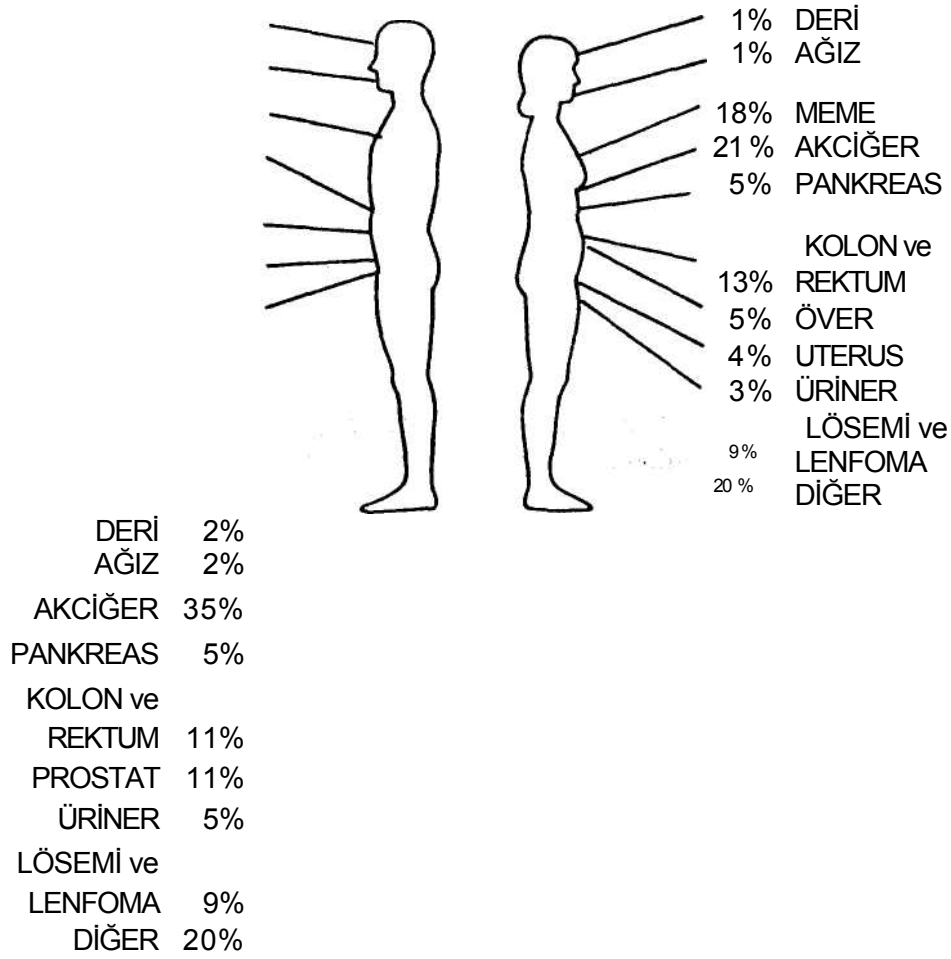
Amerika Birleşik Devletleri 1989 yılı istatistiklerine göre en sık erkeklerde akciğer, kadınlarda meme kanseri görülmektedir

(Şekil 1). Kansere bağlı ölümlerde birinci sırayı %35 ile akciğer kanseri almaktadır. Kadınlarda ise eski yıllarda meme kanseri en çok öldüren kanser cinsi iken, 1989 ABD rakamlarında göre akciğer kanseri %21 ile birinci olup, %18 ile bunu meme kanseri izlemektedir (Şekil 2). 1985 yılı rakamlarında göre ABD'de kanser dışı ölüm nedenleri de ele alındığında kanser, kalp hastalıklarından sonra ikinci sırayı almaktadır. Çocuklarda da 0-1 yaş grubu kendine özgü problemleri nedeni ile ayrı tutulduğunda 1-14 yaş grubunda ölüm nedenleri arasında, kazalardan sonra ilk sırayı almaktadır. Bu rakamlar birçok ülkede



Şekil 1.

Cinsiyete ve yerleşim yerine göre 1989 yılı tahmini kanser görülme sıklıkları (ABD)



Şekil 2. Cinsiyete ve yerleşim yerine göre 1989 yılı tahmini kanser ölümleri (ABD)

benzerlik göstermektedir. Tablo 1 ve 2'de yaşlara göre kanser ölümleri erkek ve kadınlarda ayrı verilmiştir.

Kanserden yaşam oranları incelendiğinde ise çocukluk çağı kanserlerinde 1970'lerin başlarında % 10-20 olan iyileşme oranları %60'lara, erişkinlerde ise %30'lardan %50'lere ulaşmıştır.

Tablo 1. Erkeklerde beş Önde Gelen Kanser Ölümü (ABD, 1985)

Tüm yaşlar	15 yaş ve altı	15-34	35-54	55-74	75 ve üzeri
Akciğer	Lösemi	Lösemi	Akciğer	Akciğer	Akciğer
Kolon/rektum	Beyin	Deri	Kolon/rektum	Kolon/rektum	Prostat
Prostat	Non-Hodgkin	Beyin	Beyin	Prostat	Kolon/rektum
Pankreas	Bağ dokusu	Non-Hodgkin	Non-Hodgkin	Pankreas	Pankreas
Lösemi	Kemik	Hodgkin	Deri	Mide	Mesane

Tablo 2. Kadınlarda Beş Önce Gelen Kanser Ölümü (ABD, 1985)

Tüm yaşlar	15 yaş ve altı	15-34	35-54	55-74	75 ve üzeri
Meme	Lösemi	Meme	Meme		Akciğer
Akciğer	Beyin	Lesemi			Kolon/rektum
Kolon/rektum	Kemik	Uterus	Akciğer		Meme
Pankreas	Mesane	Beyin	Kolon/rektum		Meme
					Kolon/rek
			tum	Akciğer	...
			Uterus	Över	Pankreas
Över	Non-Hodgkin	Non-Hodgkin	Över	Penkreas	Över

Bu rakamlar bazı kanser türlerinde %90'lara ulaşmakta bazı türlerinde ise daha düşük olmaktadır. Şüphesiz erken tanı konulan vakalarda iyileşme şansı çok daha yüksek olmaktadır.

TÜRKİYE'DE KANSER

Ülkemizde de diğer hastalıkların kontrole alınması, yaşam standartlarının yükselmesi, ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık hizmetinin uzak bölgelere kadar gidebiliyor olması, toplumun bilgi düzeyinin etkilenmesi ile daha çok sayıda kanserliye tanı konulabilir olmuştur. Ülkemizde kanser kayıt çalışmaları yakın yıllarda başladığından gerçek rakamlar bilinmemekle birlikte eldeki bazı rakamlarla akılcı tahminler yapılabilmektedir.

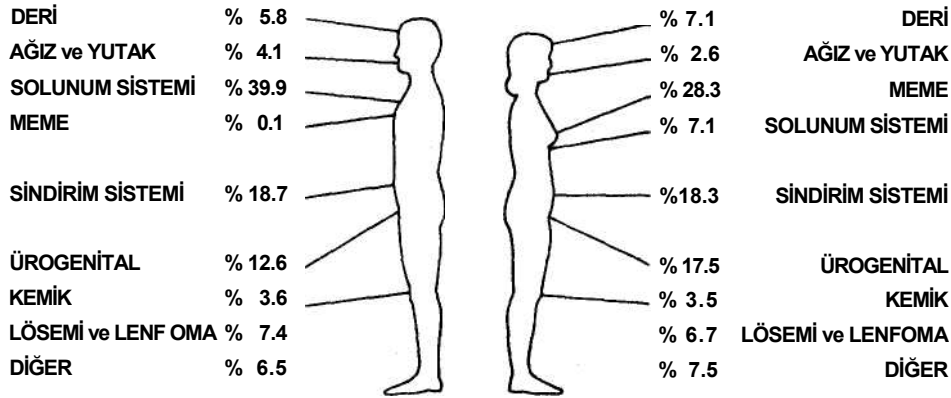
Ülkemizde kanser 1981 yılında bildirim zorunlu hastalıklar listesine alınmış, 1982'de ise Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bundan önceki döneme ait Dr. Fırat'ın kanser istatistiklerine ait çalışmaları ülkemizin bu konudaki en geniş çalışması olmuştur. Bu çalışmaya göre ülkemizde 1 yaşından büyüklerde kanser ölümleri 1960-1965 yıllarında kalp-damar hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklardan sonra üçüncü sırada iken, 1975-80 yıllarında kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sıraya yükselmiştir. İl ve ilçe kaynaklı verilere göre yüzbin nüfusta 60-65 kişinin kanserden öldüğü bilinmektedir. Yaklaşık yılda 35-40 bin kişi kanser nedeniyle kaybedilmektedir. Kanser kayıtlarının düzgün tutulabildiği ülkelerin rakamlarına göre kanser görülme sıklığı yaklaşık ölüm oranlarının iki katı olduğundan, ülkemizde de her yıl yüz bin kişiden 120-130 kadarında kanser görülmelidir. Bu da 60.000.000 nüfusta yaklaşık her yıl 75.000-80.000 kişinin kansere yakalanması demektir. Ancak bu hesaplamalar sebebi bilinen kayıtlı ölümlere dayanılarak, il ve ilçe tabanında yapıldığında

gerçek rakamın daha da yüksek olması beklenmektedir. Nitekim Dr. Bilir'in Ankara'nın Çubuk ve Etimesgut bölgelerinde yaptığı çalışmalarına göre kanser görülme sıklığı; kesin rakam yüzbinde 68, tahmini rakam yüzbinde 235 olarak bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı'nın kayıtlarına göre ülkemizde 1983'den beri bildirilen yeni kanserli vaka sayısı şöyledir;

<u>Yıllar</u>	<u>Vaka Sayısı</u>	:	<u>Yıllar</u>	<u>Vaka Sayısı</u>
1983	9868		1987	19304
1984	9292		„	1988
	17595			
1985	13754		1989	20411
1986	16119		1990	27013

Bu verilere göre yurdumuzda 1990 yılında kanser görülme sıklığı yüzbin nüfus başına 44 olarak bildirilmiştir. Görüldüğü gibi tüm vakaların bildirilmemesi nedeni ile rakamlar oldukça düşük gibi görünmektedir. Beklenen vaka sayısı en az 90.000-100.000 vaka olduğu halde 1991 yılında bunun ancak 27.000 kadarı bildirilmiştir.



Şekil 3. Türkiye'de kadın ve erkeklerde bildirilen kanser vakalarının kanser cinslerine göre dağılımı (Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, 1991 yılı)

Tablo 3. Türkiye'de en sık görülen kanser ölümleri (il ve ilçeler, 1980)

Kanser cinsi	Kanser Ölümü*	
	Erkek	Kadın
Bronş-akciğer	35.4	15.7
Mide	12.5	14.4
Gırtlak	7.5	-
Meme	-	10.6
Kan kanseri	6.3	7.7
Prostat	5.9	-
Rahim	-	3.7
Barsaklar	4.0	7.2

* Tüm kanser ölümlerinin yüzdesi

Görüldüğü gibi, bilgiler eksikte olsa ülkemizde erkeklerde akciğer, kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanser cinsleridir. Buna ek olarak Dr. Fırat'ın 1980'deki il ve ilçe merkezi tabanlı verilerine göre kanser ölümleri incelendiğinde de (Tablo 3) hem kadın hem erkeklerde bronş ve akciğer kanserleri birinci sırayı almaktadır.

Yukarıda verilen rakamlara dayanarak ülkemizde sigaraya karşı kampanyaların yaygınlaştırılması, kadınların meme kanserinin erken tanısı yönünden eğitilmesi çalışmaları acilen gereklidir. Memleketimizde her türlü kanser tedavisini yapabilecek gelişmiş onkoloji merkezleri bulunmasına karşın sayılan yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bu tür merkezlerin sayılarının artırılması, gerek koruyucu gerek tedavi edici hizmetler için daha çok insan gücü yetiştirilmesi gereklidir.

SOSYOEKONOMİK VE RUHSAL SORUNLAR

Kanser, görülme sıklığı ve ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer alması nedeniyle bir sağlık sorunu olmanın ötesinde topluma getirdiği sosyal ve ekonomik yük nedeni ile bir toplum sorunu olmuştur.

Kanser tedavisi ve tetkiklerinin oldukça pahalı yöntemler olması bireye getirdiği yük yanısıra devlete de önemli bir yük getirmektedir. Ayrıca uzun süreli bir hastalık olması nedeniyle oluşturduğu iş gücü kaybı bunu daha da arttırmaktadır. Kanselerin çoğunluğu kişilerin aktif çalışabileceği 45-60 yaşlarında görüldüğünden bu bireysel olarak o ailenin maddi durumunu etkilemektedir. 1990 yılı rakamlarına göre Amerika Birleşik Devletleri'nde kansere yakalanan hasta başına 50.000 dolar harcanmaktadır. Ülkemizde bu rakam bilinmemekle birlikte bir kanser hastasının ekonomik yükü 50 milyon TL olarak tahmin edilmektedir. Bu tüm hastalar göz önüne alındığında devlete 5-10 trilyon TL.'sına mal olmaktadır. Koruyucu önlemlerin alınması toplumu oluşturan bireylere faydası yanısıra devlete de ekonomik yükün azaltılması açısından yararlı olacaktır.

Kanser tedavisinin pahalı bir tedavi olması nedeni ile kanser hastalarının bu sorunlarına çözüm olarak sosyal güvence sistemlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Böyle sosyal güvencelerden yoksun hastalar kanser tedavisinde en önemli noktalardan olan düzenli tedavi şanslarını kullanamamakla karşı karşıya kalmaktadırlar. Hasta ailesinin ekonomik yönden geçirdiği sarsıntı diğer aile bireylerini de etkilemektedir. Zaten

böyle bir hastalığı olan birey ve ailesinin yaşadığı psikolojik sorunlara bir de ekonomik problemler eklenince durum daha da karışacaktır.

Hastalıklar içinde bireyi en çok korkutan hastalık şüphesiz kanserdir. Tedavi edilemeyeceği zannedilen bir hastalığa sahip olmak, hastalığın seyri sırasında ya da tedavisi ile çıkan bazı problemler, organ fonksiyonlardaki bozukluklar, tedavinin maliyeti, ameliyat korkusu, tedavilerin yan etkileri gibi faktörler birleşerek bireyi ruhsal yönden çok ciddi olarak etkilemektedir. Burada hekim, hasta, hasta ailesi ve diğer kuruluşların durumları aşağıda özetlenmiştir.

Kanserli hasta ile karşılaşan hekime düşen çok önemli görevler vardır. Bugün artık kanserin birçok cinsinde tedavi mümkün olduğu halde konunun uzmanı olmayan birçok hekim bile tedavinin çok güç ya da imkansız olduğunu düşünmektedir. Hekimler erken tanı ve tedavinin önemi, tıbbi olmayan tedavilerin etkisizliği konusunda halkı eğitmeli hastalarına cesaret vermeli, hasta için tüm iyileşme şansını sonuna kadar kullanmalıdırlar.

Hasta açısından bakıldığı zaman ise en çarpıcı nokta yukarıda da anlatılan kanser korkusudur. Bu korku nedeni ile kanser birçok toplumda bir tabu olmuştur. İnsanlar hastalıklarını inkar ederek kaçmaya çalışmakta ve tanının gecikmesine yol açmaktadırlar. Tedavisinin olmadığını düşünülmesi nedeniyle gelişmemiş toplumlarda daha belirgin olmayan uygulamalara başvurulmaktadır. Kanserden kurtulan hastalarda sakatlık korkusu ya da aile ilişkilerinde sorunlar, işyerleri ile ilgili sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu hastalar resmi bir işte çalışmıyorsa genellikle işlerini kaybetmek ya da işverenleri ile ciddi anlaşmazlıkları yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Bu sorunların çözümlenmesinde toplum olarak hepimize görev düşmektedir.

Ailelere düşen en önemli görev erken tanı ve düzenli tedavi için çaba sarf edilmesidir. Bunların dışında kanserin sebebi çok iyi bilinmemesine rağmen kanser oluşumunda ya da tanının gecikmesinde kendilerini veya birbirlerini suçlamakta aile içinde dayanışmanın olması gerektiği bir dönemde aile içi problemler ortaya çıkmaktadır. Bütün bunlarda tedavinin düzenli

yürütülmesini engelleyebilmektedir. Ailelere ayrıntılı bilgiler verilerek suçluluk duyguları giderilmeli, kederleri yatıştırılarak tedaviye dört elle sarılmaları sağlanmalıdır.

Şüphesiz böyle uzun süreli bir hastalığın tedavisinde başarı için iyi bir hekim-hasta-aile ilişkisi kurulmalı, karşılıklı güven ortamı oluşturulmalıdır. Hekime düşen temel görev hastalığın tedavisi için en güncel bilgiyi kullanmak, hasta ve ailesine düşen temel görev ise hekimin çizdiği tedavi düzenine uymak ve hastanın bakımını yapmaktır. Böyle düzenli ilişkilerin kurulmadığı durumlarda, tedavinin ortasında iken başka bir merkezde tedavi amacı ile tedavinin yarım kaldığı durumlarda başarı şansı azalmaktadır.

Devlete düşen en önemli görev uzun süreli tedavi gerektiren böyle bir hastalığın tedavisinde bu hastaların sosyal güvenceye kavuşturulması olmalıdır. Devlete, eğitim kuruluşlarına, basma, radyo ve televizyona düşen en önemli görevlerden birisi de kanserin tedavisi mümkün bir hastalık olduğu, erken tanı ile iyileşme şansının daha da artacağı ve en önemlisi son yıllarda ülkemizde de tekrar tekrar gündeme getirilen tıbbi olmayan yöntemlerin geçersizliği konusunda yoğun bilgi akışının sağlanmasıdır. Sağlık eğitimi ciddi bir konu olarak karşımızda olup, en küçüğünden en yaşlısına tüm toplumu ilgilendiren bir sorun olmaktadır. Ancak topluma hizmet verecek yeteri kadar onkoloji merkezi olmaz ise alman diğer önlemler de boşa gidecektir. Konusunda bilgili uzmanların bulunduğu gelişmiş onkoloji merkezlerinin açılması desteklenmelidir. Bu gün için ülkemizde her türlü kanserin tedavisi yapılabilmeyle birlikte mevcut merkezlerin sayısı ihtiyacı karşılayamamaktadır.

Kanıtlanmamış yöntemlerin kanser tedavisinde kullanılmaya çalışılması gelişmiş ülkelerde bile önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Böyle yöntemleri tercih eden hastalar ya gerçek kanser tedavisini alamadan ölmekte, ya da gerçek tedaviye daha geç başlamakta ve tedavi kimi zaman güç kimi zaman imkansız bir hale gelmektedir.

Sonuç olarak şu söylenebilir ki; kanser bir toplum sorunudur ve bu sorunun getirdiği tıbbi, sosyoekonomik ve ruhsal problemlerle ancak topyekün bir savaş ile başa çıkılabilir.

SİGARA VE KANSER

Sigaranın sağlığa zararlı olduğu kesin bir gerçektir. Sigara tiryakilerinin yıllardan beri çok sigara içtikleri halde sağlıklarının yerinde olduklarını söylemeleri, hatta sigara içmediği halde kanser olan tanıdıklarını örnek vermeleri kuru bir bahaneden başka bir şey değildir. Sigaranın zararları çok sayıdaki araştırma ile kesin olarak kanıtlanmıştır. Elbetteki sigara içmeyenlerde de aynı hastalıklar görülebilmektedir. Ancak başta akciğer kanseri olmak üzere, larenks, ağız boşluğu, yemek borusu, yutak, mesane ve pankreas kanserleri sigara içenlerde içmeyenlere göre daha sık görülmektedir. J* ;/

Sigara içenlerde içmeyenlere göre ölüm riski akciğer kanserinde 10.8; bronşit ve amfizemde 6.1; larinks (gırtlak) kanserinde 5.4; ağız kanserinde 4.1; yemek borusu kanserinde 3.4; mesane kanserinde 1.9; koroner arter hastalıklarında 1.7; böbrek kanserinde 1.5; diğer kanserlerde ise 1.4 kat fazla bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletlerinde erkeklerde kanser ölümlerinin %40'mın sigara ile ilişkili olduğu sanılmaktadır. Sigara miktarı arttıkça ve içilme süresi uzadıkça kanser riski daha da artmaktadır. Sigara ve puro içenlerde ağız ve dudak kanseri içmeyenlere göre 3.4 kat daha fazla görülmektedir. Yine tütün çiğnemek ağız boşluğu kanserlerini arttırmaktadır. Sigara; kanser yanında kalp hastalıklarına, solunum sistemi hastalıklarına da yol açmaktadır. Ebeveynleri sigara içen 0-1 yaşındaki çocuklarda bronşit ve zatürre sıklığı içmeyenlere göre 2 kat daha fazla bulunmuştur.

Sigaraya bağlı gelişen kanserler 10-30 yıl içinde geliştiğinden

maalesef insanlar bu büyük tehlikenin farkına hemen varmamaktadırlar. Öte yandan sigaraya karşı kampanyalar tüm dünyada güçlü olan tütün endüstrisinin kampanyaları yanında etkisiz kalmaktadır. Buna rağmen son yıllarda sigaraya karşı başlatılan kampanyalarda bazı başarılar elde edilmiştir. Sigara içenler sadece kendilerine değil çevrelerindekiilere de zarar vermektedirler. Öyleki eşleri sigara içen kadınlarda eşleri sigara içmeyen kadınlara göre akciğer kanseri olma riski 3.3 kat artmış buunmuştur.

Ne yazık ki ülkemizde de sigara tüketimi gün geçtikçe azalacağına artmaktadır. Sigara ile savaş sadece doktorlara bırakılmamalı, aileler, devlet, eğitim kuruluşları, basın büyük sorumluluk almalı ve bu konu bir devlet politikası haline getirilmelidir.

BESLENME VE KANSER

Epidemyolojik ve laboratuvar çalışmaları insan kanserlerinin önemli bir kısmının bölgesel farklılıklar gösterdiğini, vresel ve beslenme faktörlerine bağlı olduğunu ortaya koymuştur. Yemek borusu, mide ve kalın barsak kanserlerinin sıklığının ülkelere göre değişiklik göstermesi ve dünyanın hemen hemen her yerinde mide kanseri azalırken kalın barsak kanserinin artması bu kanserlerin her biri için sebeplerin farklı olduğunu düşündürmektedir.

Diyette yağ miktarının artması ile meme, kalın barsak ve prostat kanseri sıklığı da artar. Hayvansal yağlar ve etten zengin, posadan fakir gıdalar içeren bir diyet kalın barsak kanserine eğilimi arttırıcı özellik taşır. Fazla yağ alınması safra salgısının ve dolayısıyla kanserojen olan safra asitlerinin artmasına yol açmaktadır.

Gıda maddelerinde kanserojen maddeler 3 şekilde bulunurlar:

1. Gıda maddelerinin yapısında normal olarak,
2. Hatalı pişirme ve gıdaların hazırlanması sırasında,
3. Gıda maddelerine tatlandırıcı veya koruyucu olarak katıldıklarında.

Etlerin kömür ateşinde pişirilmesi veya kızartılması sırasında ortaya çıkan maddeler kanserojen özellik taşır. Sodyum nitrat ve sodyum nitrit bazı bitkiler, et ve mandıra ürünlerinde doğal olarak bulunurlar. Doğal yoldan az miktarda alındıklarında normal korunma mekanizmaları ile zararsız hale getirildikleri halde

sucuk, sosis, tuzlu balık ve isli ete koruyucu olarak konduklarında kanser oluşturma tehlikesi taşırlar. Kolesterol yıkım ürünleri kanserojen özellik taşıır, bu nedenle kolesterolden zengin besinler kalın barsak kanseri riskini artırır.

Gıdalarla alınan kanserojen maddelerden korunmak için bazı Öneriler getirilebilir.

1. Posalı yiyeceklerle beslenmek: Posalı besinler dışkı miktarını artırıp, barsak hareketlerini hızlandırdıkları için zararlı maddelerin barsak epiteli ile temasını azaltmak yanısıra, toksik maddeleri bağlayarak etki ederler. En etkin lif buğday kepeğidir, esmer ekmekte kepek oranı yüksektir.

2. C, E ve A vitaminlerinin kanser oluşumunu önleyen özellik taşıdıkları gösterilmiştir. Bu vitaminler toksik maddelerin barsakta düzeyini düşürür. Yeşil ve kırmızı sebze ve meyveler ile turunçgiller bu gruptadırlar. Turpgillerin de kanseri önlediği ileri sürülmektedir.

3. Kalsiyum safra asitlerini azaltıcı özellik taşıır. Süt ve süt ürünleri ile beslenmek yararlıdır.

4. Bütün bunlara ek olarak **zeytinyağı ve balık yağı** kansere karşı koruyucu yağ asitlerini kapsarlar. Eskimolar ve Akdeniz ülkelerinin insanları yağ kaynağı olarak balık ve zeytin kullandıkları için kalın barsak ve meme kanseri bu ülkelerde az görülmektedir.

Diyette yağ oranı çok yüksek olan Danimarka ile daha çok yağsız ve deniz ürünlerine dayalı bir beslenme sistemi olan Japonlar arasında meme kanseri açısından 5 kat fark vardır.

İçki ve sigara alışkanlığı olanlarda yemek borusu, gırtlak ve ağız kanseri sık görülür. Yemek borusu kanseri nitrit içeren gıda maddelerini çok tüketenlerde görülür. Sıcak içecek ve yiyeceklerle tanen kapsayan ot çaylarını çok kullanan toplumlarda yemek borusu kanserleri daha sık görülmektedir. Çayın içinde bulunan ve yemek borusu ile mideye karsinojen etkisi olan tanen çaya eklenen süt veya limon ile etkisiz hale gelmektedir.

Depolanan tahıl, fındık gibi gıda maddeleri üzerinde nem etkisi

ile *Aspergillus flavus* mantarı gelişerek karaciğer kanserine neden olan aflatoksin meydana getirir. Bu nedenle depolanan ürünlerin dağıtım ve kullanımından önce kontrol edilmeleri gerekir. Bu mantar siyah renkte küf oluşturmaktadır.

Kanser oluşumunu en aza indirebilmek için beslenme şekli özetlenmek gerekirse:

- 1) Yağlar, günlük kalori ihtiyacının % 30'undan azını oluşturmalı,
- 2) Günde 320-330 gram lif alınmalı,
- 3) Günlük yiyecekler içinde çeşitli sebze ve meyveler bulunmalı,
- 4) Aşırı şişmanlıktan kaçınılmalı,
- 5) Alkollü içkiler alınmamalı,
- 6) Salamura, turşu, işle hazırlanmış yiyeceklerden kaçınılmalıdır.

RADYASYON VE KANSER

Canlılar radyasyonlu bir ortamda var olup evrimleşmişlerdir. Yerküre ve uzaydan sürekli radyasyon kaynaklanmaktadır. Ultraviyole (UV) ışınları da radyasyon kaynağıdır. Doğal radyasyona ek olarak iyonizan radyasyonun tanı ve tedavi amacıyla kullanıma girmesi, enerji kaynağı olarak nükleer santrallerin yaygınlaşması ve nükleer silahların deneme ve kullanımının artması sonucu uzun ve kısa vadede radyasyonun etkilerinin gündeme gelmiş olması kaçınılmazdır. Uzun vadede etkiler, kanser oluşumu ve mutasyondur. Mutasyon kromozomlara etki ile oluşan ve nesilden nesile aktarılan çoğunlukla zararlı ve istenmeyen değişiklikleri kapsar. Radyasyonun kansere yol açtığı artık kesinlikle bilinmektedir ve tüm kanserlerin % 2'sini oluşturmaktadır, bunların %0.5'i radyasyonun tıbbi işlemlerde kullanımını sonucu ortaya çıkmaktadır.

İlk kez 1931'de saat kadranlarını radyum ile boyayan işçilerde kemik tümörlerinin sıklığının artması radyoaktif maddelerle kanser arasında nedensel bir ilişki olduğunu düşündürmüştür. Korunmaları gerektiğini bilmeyen ilk radyologların çoğu deri kanseri olmuşlardır. Günümüzde, Çekoslovakya'da Joachimstal ve Almanya'da Schneeberg bölgelerinde maden işçilerinde 16. yüzyıldan beri bilinen akciğer hastalığının madendeki radyoaktif uranyumun neden olduğu akciğer kanseri olduğu bilinmektedir. İyonize radyasyona maruz kalanlarda en sık görülen hastalık, lösemidir. Radyasyonun epitelyal tümörleri de artırdığı gerek Japonya'da atom bombasından etkilenenlerde, gerek ankilozan spondilit (bir çeşit omurga hastalığı) tanısı ile radyoterapi alan hastaların uzun süreli takibinde gösterilmiştir. Lösemi sıklığı

atom bombası atılmasından sonraki 6-8 yılda en yüksek orana ulaşır, meme, akciğer kanseri için bu süre 12-18 yıldır.

Değişik organların radyasyona bağlı kanser oluşturma duyarlılıkları farklıdır.

1. En duyarlı dokular: kemik iliği ve tiroid,
2. Orta derece duyarlı dokular: meme, akciğer ve tükürük bezi,
3. En az duyarlı dokular: kemik, deri, mide ve diğerleridir.

Bir çok organın radyasyona olan duyarlılığı ilerleyen yaşla azalmaktadır. En yüksek risk çocukluk çağındadır. Radyasyonla ne kadar küçük yaşta karşılaşılırsa tümörün gelişmesi için gerekli süre o kadar uzar ve radyasyona bağlı olarak gelişen kanserler tümörün doğal olarak görülebileceği yaşa kaymaktadır. Radyasyonla kansere dönüşme sürecine giren hücreler bilinmeyen nedenlerle ya baskılanmakta veya gerekli konakçı değişiklikleri oluşana dek bu halde kalmaktadır. İleri yaşlarda kanserleşme sürecinde dış ve iç etkilerle bir veya daha çok basamağı tamamlayan hücreler doğal olarak daha kolay ve çabuk kanser oluşturmaktadır. Meme kanseri en çok atom bombası patladığında 10 yaşında olanlarda görülmüştür. Kırk yaşa doğru sıklık azalmakta ve 40 yaştan sonra kaybolmaktadır. Radyasyona ikincil lösemide bu ilişki görülmemektedir. Ankiloza n spondilit nedeniyle eskiyen 50 yaş civarında radyoterapi alanlarda 25 yaşta alanlara göre lösemi gelişme riski daha fazla olarak saptanmıştır. Atom bombası patladığında 20-50 yaş grubunda olanlarda lösemi riskinin diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu gözlenmiştir. Radyasyona bağlı olarak kanser gelişme riski kadınlarda erkeklerden %30-50 daha fazladır. Bu meme dokusunun radyasyona daha duyarlı oluşu ile açıklanabilir, öte yandan erkeklerde lösemi daha sık gelişmektedir.

İyonize radyasyon, doğal veya insan kaynaklı (atom bombası, nükleer enerji tamsa amaçlı) olabilir.

Başlıca kaynaklar aşağıda özetlenmiştir:

1. **Mesleki kaynaklar:** Radyologlar, uranyum madeni işçileri,
2. **Tedavi sırasında:** Kanser tedavisi, ankilozun spondilit, akne tedavisi (son ikisi terkedilmiştir),
3. **Kaza sonucu:** Nükleer santral kazaları,

4. Tanısal amaçlar: Radyoaktif maddelerle sintigrafi, direkt grafiler,

5. Atom bombası.

İnsan eli ile oluşturulan radyasyon kaynaklarından alınan dozun %90'ı tıbbi tanısal işlemler sonucudur. Tanısal amaçlı direkt grafilerle (akciğer röntgeni) kanser gelişme riski milyonda birdir. Baryumlu kolon grafileri ve mamografiler bunun dışında bırakılmıştır. Birincisinde alınan radyasyon dozu fazla, ikinci ise meme dokusunun duyarlılığı fazladır. Bununla birlikte yeni yöntemlerle mamografide düşük dozlar kullanılmakta ve tarama grubu 50 yaş üstü, meme dokusunun duyarlılığı azalmış ve yüksek risk taşıyan genç kadınlarla sınırlandırılmaktadır.

Tümörlerde tedaviyi takiben ikincil kanser gelişebilir. Burada hastaların kansere yatkın oluşları rol oynayabilir. Günümüzde kanser dışı hastalıklara radyoterapi verilmemektedir. Geçmişte ankilozan spondilit gibi hastalıkların tedavisini takiben gelişen lösemi, tiroid kanseri gibi olaylar bu konuda çok uyarıcı olmuştur. Radyasyonun kanser oluşturma mekanizması kromozomlarda yaptığı hasarla açıklanmaktadır.

Doğal kaynaklardan alınan radyasyon, total dozun %82'sini oluşturmaktadır. Kozmik ışınlar, radyoaktif madenler, yerküreden gama ışınları ve radon başlıca kaynaklardır. Yıllık toplam dozun %40'mı radondan almaktayız. Radon, toprak ve kayalarda yaygın olarak bulunan uranyum-238 ve radyum-226'nin yıkılması ile ortaya çıkar. Radon, insanların evlerinde karşılaştıkları bir radyoaktivite kaynağıdır. İnşaat malzemelerinden, topraktan çıkar, havada dağılır, daha kısa ömürlü izotoplara dönüşür. Havada uçan partiküllere tutunup insanların hava yollarına, akciğerlerine yerleşir. Akciğer kanserine neden olabileceği düşünülmektedir. Radonun tek başına akciğer kanseri riskini artırdığını söylemek için epidemiyolojik çalışmalar sürdürülmektedir. Akciğer kanseri yapan diğer maddeler gibi, radon için de sigara önemli bir katkı faktörüdür. Radonla karşılaşan kişilerden sigara içenlerde akciğer kanseri, içmeyenlere göre 10 kat fazla olmaktadır. Radonla en az teması sağlayabilmek için en pratik çözüm evlerin havalandırılması ve sigara içmekten vazgeçmektir.

DERİ KANSERİ

Beyaz ırkta **deri kanseri** diğer organların kanserlerinin tümünün toplamından daha fazla görülür. Beyazlarda deri kanseri siyahlardan 70 kat fazla görülür. Erkeklerde kadınlardan 2 kez fazla görülür. Erkeklerde kadınlardan 2 kez fazla görüldüğü halde her iki cinste de kanser sıralamasında birinci sırada yer alır. Altmışbeş yaşın üzerinde insanların %50'sinde bir, 25'inde ise birden fazla kanser odağı oluşabileceği beklenmektedir.

Deri kanserinin oluşmasında çeşitli etkenler rol oynar:

1. Güneş ışığı (ultraviyole), bağışıklık sistemi ve derinin koruyucu pigmenti olan melanin deri tümörleri oluşumunda bir denge oluştururlar. Vücudun güneşe en çok maruz kalan bölgelerinde (baş, boyun, eller) deri kanseri sık olarak görülür. Yassı hücreli deri kanseri baş ve boyunun en çok güneş alan kısımlarında yoğun olarak görülür. Güneş altında çalışan çiftçi, denizci, bahçıvanlarda, gömleksiz olarak güneş altında çalışan erkeklerin gövdelerinde ve şoförlerin el ve ön kollarında sık görülmesi bu nedenledir. Açık renk saçlı, mavi gözlü ve güneş altında bronzlaşamayıp çiller oluşturan kişilerde ve albinolarda (doğuştan pigment yoksunu olanlar) çok sayıda ve hızlı ilerleyen deri kanserleri gelişir. Stratosferdeki ozon tabakası 280-320 nm ve daha düşük dalga boylu ultraviyole ışınlarını tutar, yer yüzüne ulaşmasını engeller. Kanserojen etki bu dalga boyuna sınırlıdır. Bu nedenle ozon tabakası deliği deri kanseri açısından çok önem taşımaktadır. Ozonun her %1'lik azalması yeryüzüne ulaşan ult-

raviyolenin %2 artışına bu da melanom dışı deri kanserinde 4 artışa neden olmaktadır. Buzdolaplarında ve püskürtücü olarak spreylerde kullanılan kloroflorokarbonların kullanımı azaltılarak ozon tabakasını koruma yönünde önlemler alınmaktadır.

2. Kimyasal karsinojenler olan zift, parafin yağı, arsenik deri için karsinojendir.

3. Viral ajanlar: İnsan papillomavirus tip 5 displastik siğillerde saptanır. Virüsün genomu bu lezyondan gelişen deri kanserlerinde saptanmıştır. Bu nedenle bu virüsün insanlarda kanserojen olma olasılığı yüksektir. Virüsün varlığı yamsıra ultraviyoleten etkilenmek ve hücrel bağışıklık bozulması da gereklidir.

Deri kanserlerinin ancak küçük bir bölümü güneş ışığı dışında nedenlerle oluşur. Melanom dışı deri kanserlerinin %80'i **bazal hücreli** kanserlerdir. Erken tanı konulup, tedavi edilirse tam iyileşme olur. Lenf yolu ile yayılım çok nadir olur.

Yassı hücreli kanserler %20 oranda görülür. Erken tedavi ile tam iyileşme olsa da yayılma olasılığı vardır. Deri kanserlerinden ölümler bu tipte görülür.

Tanı fizik muayene ve biopsi ile konur. Şüpheli lezyonlar şöyle özetlenebilir.

1. Arada sırada kanayan ama iyileşmeyen veya kanayan bir ülser,

2. Güneşe bağlı keratozun kanaması, ülserleşmesi, düzensiz sertleşmesi,

3. Radyoterapi almış bir bölgede eski nedbe üzerinde sertleşme veya ülser.

Tedavi cerrahi olarak tümörün çıkarılması ile olur. Erken tanı almış bazal hücreli kanserde şifa % 100, yassı hücreli kanserde buna yakındır. Yassı hücreli kanserlerde cerrahi sonrası eğer çıkarılan doku sınırında tümör dokusu varsa radyoterapi yapılabilir. Bölgesel lenf bezlerine yayılma şüphesi varsa lenf bezleri çıkarılır. Bu vakalarda 5 yıllık sağ kalma %70-75'tir.

Hastalarda ikinci bir deri kanseri çıkma olasılığı %50'dir. Bu nedenle düzenli kontrol ve güneş ışığından korunma gereklidir.

Derinin 3. tümörü olan **malign melanom** giderek daha sık görülmeye başlanmıştır. Melanom pigment oluşturan hücre melanositin malign karakter kazanması ile oluşur. Melanosit sinir ağına yerleşen hücrelerdir. 1935'de 135 kişide bir görülmeye başlamıştır. İki bin yılında her 90 kişiden birinde görülmesi beklenmektedir. Yeni tanı konulan vakalar erken dönemde olduğu için cerrahi tedavi ile şifa sağlamak mümkün olmaktadır.

Nedenleri:

1. Güneş işığı: Açık renk kişilerde ve ekvatora yakın yaşayanlarda sk görülür,

2. Katımsal faktörler: Melanomun sk grldğu aileler tanımlanmıştır,

3. Benler: Melanomlu kişilerin %70'inde primer tümör bölgesinde eski bir ben bulunur. Et benlerinde melanom gelişme riski çok düşüktür. Diğer benler dikkatle izlenmeli, kenar düzensizliği, renk düzensizliği, kahve, siyah, kırmızı, mavi, beyaz renklerin tek ben üzerinde oluşu, lezyonun kenarlarında yükseklik farkı oluşu, kaşıntı, kanama uyarıcı bulgulardır.

Benlerinde bu tür değişiklikler bulunan kişiler doktora başvurup biopsi yaptırmalıdır. Biyopside benin tümü çevresinde bölgeye göre değişen ama en az 2-3 mm normal doku içerecek şekilde çıkarılmalıdır. Biyopsiyi takiben tümör saptanırsa ve cerrahi sınırdaki tümör kalmışsa bölge izin verdiği ölçüde ameliyatla daha geniş çıkarılır. Aksi halde kemoterapi eklenir. Bölgesel lenf bezleri büyükse çıkarılarak patolojik tutulum saptanırsa kemoterapi verilir.

BAŞ - BOYUN KANSERLERİ

Baş boyun bölgesinde çok çeşitli yapılar yer alır. Dudak, dil, diş etleri, ağız tabanı, tükürük bezleri, sinüsler, yutak, gırtlak gibi yapıların hepsinde kanser gelişebilir. Bunların içinde en sık **gırtlak** kanseri görülür ve ülkemizde de en sık rastlanan kanser türlerinden biridir. Erkeklerde baş boyun bölgesinin yassı hücreli karsinomu kadınlardan 4-5 kat daha fazla görülür. Nedenleri arasında alkol ve sigara başta gelir. Kalıtsal, çevresel, mesleki ve hijyenik faktörlerin rolü daha az olarak vardır.

Baş boyun bölgesinde özel bazı yapıların tümörlerine neden olabilecek durumlar şunlardır:

Dudak kanseri uzun süren hiperkeratoz (epitel kalınlaşması), güneş ve rüzgarda uzun süre kalma ve tahrişler,

Ağız boşluğu kanseri kötü ağız bakımı, protezlerin uzun süreli tahrişi, frengi, tütün çiğneme,

Nazofarinks kanseri uzak doğulu erkeklerde sık görülür. Bu kanserde Epstein-Barr virüsünün antikoru yüksek titrede bulunur. Kanser hücrelerinin çekirdeklerinde virüsün parçalarına rastlanmıştır. Nikelle uzun süreli temasın da rolü olabileceği ileri sürülmektedir.

Burun boşluğu ve sinüs kanseri uzak doğuda fazla görülür. Mobilya ve ayakkabı imalatında çalışanlarda ve asbestle teması olanlarda çok uzun bir sessiz dönemi takiben ortaya çıkabilir.

Baş boyun kanserli hastaların tanı anında %5'inde aynı bölgede ikinci bir kanser vardır. Hastalığın seyri boyunca da %20'sinde üst solunum yollarında ikinci bir kanser gelişebilir.

Özellikle tümör geliştikten sonra sigara, alkol kullanmaya devam eden hastalarda ikinci kanserler daha sık gelişir.

Bu bölge tümörlerinin %95'i yassı hücreli kanserdir ve sıklıkla yerel olarak büyürler ve lenf damarları boyunca yayılırlar. Kan damarları yolu ile akciğerlere yayılım geç dönemde olur.

Nazofarinks bölgesi burun boşluğu arkasında yutağın üzerinde yer almıştır. Bu bölge kanserleri yanlara ve yukarı doğru büyüyerek kafa tabanındaki yapılara yayılır. Ağrı ve kafa çiftlerinde felce yol açar. Şaşılık, yüz ve dişlerde şiddetli ağrı, çiğneme güçlüğü, göz kapağında düşme, yutma ve solunum güçlüğü, boyunda şişlik, burun kanaması ve tıkanıklığı işitme kaybı ve ağrılı boyun hareketlerine yol açar. Tedavisinde radyoterapi seçilir. Cerrahi kafa tabanının özelliği nedeniyle uygun değildir. Tümör çok hızlı büyüme gösteriyorsa kemoterapi ek lenelir. Erken evrede tümör radyoterapi ile %90, lenf bezleri % 100 kontrol edilebilir.

..... ■

Gırtlak kanserinde ses kısılması en sık belirtidir. Kulak ağrısı, yutma güçlüğü, öksürük olabilir. Ses telleri üzerinde yerleştiği zaman ses kısılması çok erken bir belirti olacağı için hastalık erken yakalanır ve tedavisi çok başarılı olur. Ses telleri üzerinde polip, papillom gibi kanser olmayan nedenlerle de ses kısıklığı gelişebilir. Üç haftadan daha uzun süren ses kısıklığı olan herkesin bir kulak burun boğaz uzmanına başvurması gerekir. Tümörün yerleştiği yer, büyüklük ve yaygınlığı tedaviyi belirler. Kanser ses telleri üzerinde yerleşmiş ve ses telleri hala hareketli ise radyoterapi ile kontrol sağlanabilir. Bu tümörlerde radyoterapi cerrahi kadar etkilidir. Radyoterapiden sonra kanser tekrarlırsa cerrahi uygulamak gerekir. Tümör büyük ve ses telleri hareketsiz ise önce cerrahi, sonra gerekirse radyoterapi uygulanır. Boyunda lenf bezleri tutulumu şüphesi varsa cerrahi olarak çıkarılır ya da radyoterapi uygulanır.

Burun boşluğu ve **sinüs** kanserleri yüzde ağrı, hassasiyet gibi sinüzit belirtileri, diş ağrısı, dişlerde gevşeme, kanlı burun akıntısı, burun tıkanıklığı, göz kapağı düşmesi, görme bozukluğu, yanakta şişlik (deri ve damaktan ülser olup açılabilir) benzeri belirtilere neden olabilir.

Tedavi cerrahi ve radyoterapidir.

Dil kökü kanserlerinde konuşma ve yutma problemi olur. Kulağa yayılan ağrı, kanama, boyunda lenf bezi büyümesi olabilir. Cerrahi bölgenin özelliği nedeniyle yeterli olmayabilir, radyoterapi seçilen yöntemdir.

Tükrük bezi tümörleri sık değildir. Kulak önü ve çene altında kitle ve yüz felci olabilir. Tedavi cerrahi ve radyoterapidir, hızla ilerleyen ve sinirler boyunca yayılan tipinde kemoterapi verilebilir.

Boyunda yer alan bir diğer tümör **tiroid** kanseridir. Boynun alt ve ön tarafında ve soluk borusu önünde ortaya çıkan şişlik şüphe çeker. Tiroidde yer alan kitleler her zaman kanser değildir. Özellikle tiroidde yer alan tek nodüllerin çocuklarda 30'u büyüklerde %10'u kanserdir. Çocukluk çağında bu bölgeye radyasyon verilmişse kanser olma olasılığı daha yüksektir. Bu tür kitleler birden fazla ise iyot eksikliğine bağlı basit tiroid büyümesi söz konusu olabilir. Tiroid tümörlerinin bir kısmı çok hızlı büyür ve ilaçlara yanıt vermez, hastaların 5 yıllık yaşam beklentisi %5'in altındadır. Bu tümörler şans eseri olarak tüm tiroid kanserlerinin %10'u oluştururlar. Diğerleri normal bez yapısını taklit eder, yavaş büyür, cerrahi tedavisi başarılıdır. Papüler tipte 5 yıllık yaşam 80-90'dır.

AKCİĞER KANSERİ

Akciğer kanseri önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır.

— En sık görülen organ kanseridir. Tüm kanser ölümlerinin 1/3'ünü oluşturur. Sıklığı giderek artmaktadır,

— Sigara kullanımı kontrol edilerek bu hastalıktan korunma sağlanabilir,

— Dünyada sigara kullanımı kontrolü amacına ulaşamamaktadır. Sigarayı bırakmaya karar verenler bunu yeterince uygulayamamakta ve sigara tekelleri de reklamlarını bu konuda daha bilinçli ülkelerden, geri kalmış ülkelere kaydırarak bu ülkelerde kaybettikleri pazarları geri kalmış ülkelerde kazanmaya çalışmaktadır.

Sigaranın akciğer kanseri nedenlerinin başında geldiği kesinlikle bilinmektedir. Yassı ve küçük hücreli tiplerin %80'inden fazlasının nedeni sigaradır. Sigara içen her 10 erkekten biri akciğer kanserinden ölmektedir. Kadınlarda akciğer kanseri sıklığı ve ölümleri erkeklerden daha hızlı artmaktadır. Daha şimdiden, birçok ülkede kadınlarda ilk sırada olan meme kanserinin yerini almıştır. Başkasının içtiği sigara dumanına maruz kalmanın ise riski 2-3 kez artırdığı saptanmıştır. Yirmi yıldan fazla sigara içmeyenler sigarayı bıraktıktan sonra kanser riski giderek *azalır* ve 15 yıl sonra hiç içmeyenlere yaklaşır.

Asbestoz, akciğer ve karın zarında gelişen bir tümör olan mezotelyomanın nedenidir. Asbest, **sigara** içenlerde akciğer yassı

hücreli kanserinin sıklığını normal kişilere oranla 90 kez artırır. Radyasyon, küçük hücreli akciğer kanseri riskini artırır. Radonun akciğer kanserine neden olduğu, özellikle **sigara** içenlerde bu riskin arttığı bilinmektedir. Nikel, krom, arsenik ve hava kirliliği de akciğer kanserine neden olabilir.

Akciğer kanseri, tedaviye yaklaşım açısından ikiye ayrılır:

1) Küçük hücreli akciğer kanseri 20 oranında görülür. Prognozu en kötü tiptir. Hastalar tanı aldığı anda hastalık yaygın hal dedir. Beyin, karaciğer, kemik iliğine yayılır. Tümör hücreleri bazı hormonal maddeler salgılayarak tümörün kitlesel etkisine ek olarak fazla sıvı tutma, kaslarda güçsüzlük, aşırı zayıflamaya neden olabilir.

2) Küçük hücreli olmayan grup ise 3'e ayrılır:

a. Adenokanser ve büyük hücreli kanser %30 oranında görülür. Sigara ile en az ilişkisi olan tiptir. Eski operasyon ve tüberküloz nedbeleri üzerinde gelişebilirler.

b. Yassı hücreli kanser %30 oranında görülür. Yavaş ilerler, yayılma göstermez. Tedavi sonrasında aynı bölgede tekrarlayabilir.

c. Karışık hücreli tümörler.

Belirti ve Bulgular

Akciğer kanserleri en sık rastlandığı bölge olan ana bronşlarda yerleştiğinde inatçı öksürük, kanlı balgam, sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları meydana gelir. Tümör akciğer zarına yayılırsa sıvı toplanır, göğüs duvarına yayılırsa ağrı olur. Ses kısıklığı, boyunda şişme, omuz ve kol ağrısı da olabilir. Karaciğere yayılma sarılık, ağrı ve iştahsızlık; kemiğe yayılma ise ağrı ve kırıklara neden olabilir. Tanı bronkoskopi ile konulur.

Tedavi Prensipleri

Küçük hücreli akciğer kanseri öncelikle kemoterapi ile tedavi edilir. Radyoterapi daha iyi kontrol sağlamak amacıyla tümörlü bölgeye verilebilir. Yaygın hastalık var ise kemoterapi ile hastanın Ömrü uzatılmaya, ağrı ve diğer hastalık bulguları kontrol edilmeye çalışılır. Küçük hücreli olmayan akciğer kanserinde asıl te-

davi cerrahidir. Hastanın ameliyat edilebilmesi için hastalığın erken dönemde olması gereklidir. Bazen büyük tümörler radyoterapi ile küçültülüp, sonra ameliyat edilebilir. Radyoterapi tümörün yayılmasına bağlı belirtiler ile baş etmek için de kullanılabilir. Yaygın hastalıkta kemoterapi etkili değildir. Bütün akciğer kanserlerinin ancak %25'i cerrahi ile tedavi edilebilir. Küçük hücreli olmayan bazı erken kanser vakalarında 5 yıllık yaşam %70 olduğu halde genelde ameliyata uygun olarak kabul edilip ameliyat edilen bazı alt gruplarda bu oran %20'dir. En uzun yaşam yassı hücreli kanserdedir. Tedavi edilmeyen küçük hücreli akciğer kanserli hastalar 2-3 ay yaşayabilir. Tedavi edilince sınırlı hastalıkta 3 yıldan fazla yaşama oranı %10'dur. Yaygın hastalıkta yaşam süresi daha kısa ve azdır. Akciğer kanserli hastaların büyük çoğunluğunun (%80) genel yaşam süresi yaklaşık bir yıl olup sadece %5'i bir yıldan uzun yaşar.

MEME KANSERİ

Meme kanseri birçok ülkede kadınlarda en sık görülen kanser türü ve ölüm sebebidir. Özellikle endüstrileşmiş batılı ülkelerde daha sık görülmektedir. 25 yaşın altında nadir olup yaşla birlikte artış gösterir. Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte kalıtsal, çevresel ve hormonal etkenlerin rolü üzerinde durulmaktadır. Ailesinde meme kanseri olan kadınlar (nadiren erkekler) risk grubu oluşturmaktadır. Birinci dereceden bir yakında meme kanseri varsa bu risk 1.7-2.5 kat, ikinci dereceden yakında varsa 1.5 kat artmaktadır. Anne ve kız kardeşlerde iki taraflı meme kanseri varlığında risk 5-6 kat artmaktadır.

Adeti geç yaşlarda başlayan, düzene girmesi uzun süren, erken yaşta ve en az bir doğum yapan ve erken menopoza giren kişilerde meme kanseri riski daha azdır. Yumurtalıkları alınmış kadınlara 10 yıldan uzun süre östrojen verilmesi meme kanseri riskini 2-3 kat artırmaktadır. Östrojenler kısa süreli ve düşük dozda kullanıldıklarında bu risk artışı görülmemektedir. Doğum kontrol ilaçlarının meme kanseri riskini artırdığına dair çok kesin kanıtlar olmamakla birlikte bu olasılığı tümüyle reddetmek zordur. Doğum kontrol ilaçları ile meme kanseri gelişmesi riski bazı gruplarda göz ardı edilemez bunlar ilk gebeliğinden önce veya 45 yaşdan sonra 4 yıldan uzun süre bu ilaçları alan kadınlardır.

Çevresel faktörlerin ve beslenmenin meme kanseri oluşumuna etkisi, kanser sıklığının en az olduğu Japonya'da, çok olduğu Kuzey Amerika'ya göçen kadınlarda meme kanserinde artış

gözlenmesiyle dikkati çekmiştir. Batı tipi, yağdan zengin gıdalar meme kanseri olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle erken yaşlardan itibaren az yağlı gıdalar almanın ileri yaşlarda kanser sıklığını azaltması olasıdır.

Atom bombası patlamasını takiben sağ kalanlarda meme kanseri sıklığında artma gözlenmiştir. Radyasyon meme kanseri nedenlerinden birisidir. Kırk yaştan sonra radyasyona maruz kalanlarda tehlike çok azdır, önemli olan erken yaşlarda alınan radyasyondur. Meme kanseri çoğunlukla bir memede ortaya çıkan ağrısız şişlikle belirti verir. Memede saptanan her kitle kanser değildir. Fibroadenom, papillom, lipom, kistler memede şişlik nedeni olabilir. Genç kadınlarda en sık fibroadenom şişliğe yol açtığı halde 60 yaş üzerinde %90 kanserdir. Bu nedenle biopsi olarak kesin tanı konulması tedavi için çok önemlidir.

Meme kanserlerinin %80'i ilk kez hastanın kendisi tarafından farkedilir. Bu nedenle kadınların belli aralarla muayeneyi yapması önerilir. Adet kanaması bittikten sonra sırt üstü yatarak meme başından birine dik geçen iki çizginin ayırdığı varsayılan üst dış, iç; alt iç ve dış kadrantlar ve en son olarak meme başı bölgesi karşı elin parmak uçları ile yoklanarak ele gelen kitle olup olmadığı araştırılır.

Mammografi (meme röntgeni) yöntemi 50 yaş üstündeki kadınlara ve daha genç olmasına karşılık aile öyküsü nedeniyle yüksek risk grubu oluşturan kadınlara önerilir. Genç yaşlarda sert ve radyopak meme bezleri tümörle karışabileceğinden yanıltıcı olabilir.

Meme kanseri yavaş gelişen bir tümördür. 1 cm'lik bir çapa ulaşması 5-8 yıl alabilir. Bu nedenle daha küçük bir nodul iken saptanması tedavinin başarısı için şarttır. İleri dönemlerde meme başında çekinti, meme derisinde kızarıklık, portakal kabuğu görünümü, yaralar ve koltuk altında, kemik ve akciğerde metastazla ortaya çıkabilir. Meme başından kanlı sıvı gelmesi %10 vakada gizli tümör işareti olabilir. Bu bulgunun değerlendirilmesi erken tanı koymak açısından çok yararlı olabilir.

Meme kanserinde tedavi sonucunu belirleyen faktörler tümörün büyüklüğü, büyüme hızı ve koltuk altına ya da daha

uzak organlara yayılım olup olmamasıdır. Erken dönemde, meme de kitlenin küçük olduğu, koltuk altına yayılımın fizik muayenede saptanmadığı ve uzak organ tutumu olmadığı evrede cerrahi olarak tümör çıkarılıp, koltuk altı lenf bezlerinde mikroskopik olarak incelenerek yayılım olup olmadığı saptanarak tedavi düzenlenir. Koltuk altı lenf bezlerinde mikroskopik olarak tutulum varsa hastaya ek olarak ilaç tedavisi (kemoterapötikler veya hormonal ilaçlar) ve radyoterapi verilebilir. Son yıllarda yeni bir yaklaşım koltuk altı lenf bezleri mikroskopik olarak tutulmamış bile olsa tümör hızlı büyüme özelliği gösteriyorsa ilaç tedavisi vermektedir. Son yıllarda ileri evre meme kanserlerinde yeni bir tedavi yaklaşımı uygulanmaktadır. Evre III meme kanserli hastalarda, (koltuk altı lenf bezleri ele geliyorsa ve tümör 5 cm'den büyük) önce ilaç ve radyoterapi uygulanıp küçülme sağlandıktan sonra cerrahi uygulanmaktadır.

Yeni tedavi yöntemleri geliştirilmekle birlikte tedavinin başarısı tümörün erken evrelerde olması ile doğru orantılıdır. Tümör 2 cm'den küçük ve koltuk altı lenf bezleri tutulumu yoksa 10 yıllık yaşam beklentisi %82 iken 5 cm'den büyük tümör ve lenf bezleri tutulmuşsa bu oran %20-40'a düşer. ...«.,:.

Erken tanı, meme kanseri yavaş seyirli bir tümör olduğundan çok önemlidir. 50 yaş üstündeki kadınların ve yüksek riskli genç kadınların mamografi ile taranmaları erken evrede tümör yakalanma şansını artırıp, hastalığa bağlı ölümü %20-30 azaltabilir. Mamografi ilk kez yapıldıktan sonra 2-3 yılda bir tekrarlanabilir. Yaşam boyunca her 10 kadından biri meme kanseri olma, üçte biri ise meme kanserinden ölme tehlikesi ile karşı karşıyadır. Son yıllarda meme kanserli hastalar tedavi süresinde ve sonrasında tümör belirleyiciler ile izlenmekte ve bu şekilde tümörün tedaviye yanıtı ve tedavi sonrasında nüks olasılığı takip edilmektedir. Tümör belirleyiciler ile izlenmekte ve bu şekilde tümörün tedaviye yanıtı ve tedavi sonrasında nüks olasılığı takip edilmektedir. Tümör belirleyiciler, tümör hücrelerinin salgılayıp kanda saptanabilen protein molekülleridir. Meme kanserinde CA15-3 ölçülmektedir. Meme kanseri kadınlara özgü bir kanser olmakla birlikte nadir olarak (kadınlardaki oranın %1'i), erkeklerde de görülür.

SİNDİRİM SİSTEMİ TÜMÖRLERİ

Sindirim sistemi kanserleri, tüm organ kanserlerinin topluca dörtte birini ve kanser ölümlerinin üçte birini oluştururlar.

Yemek borusu kanseri tüm maliyn tümörlerin %2'sini oluşturur. Bazı ülkelerde sık görülmektedir. Güney Afrika'da Bantular'da, Çin, Rusya, Japonya, İskoçya ve *Hazar* Denizi kıyısında İran'da sık görülür. Garsonlar, barmenler, metal ve inşaat işçileri gibi bazı meslek gruplarında sık görülür.

Sigara, alkol, baharatlar, çok sıcak yeme-içme alışkanlığı, gıdalardaki nitrozaminler suçlanmaktadır. Yemek borusunda en sık yassı hücreli kanser oluşur. Üst, orta ve alt kısımlar sırasıyla; %10, %40 ve %50 oranında tutulurlar. Yemek borusu kanserinin görülme sıklığı ile ölüm oranı hemen hemen eşit olduğundan çok öldürücü bir kanserdir. Tanı konduğunda vakaların yarısında lenf bezi tutulumu ve uzak yayılım vardır. Bir çok hasta tanı konduktan sonra 6 ay içinde ölür. Hastalıkta yutma güçlüğü, tükürük salgısında artma olur. Yemek yiyememe, hızlı kilo kaybı ve kansızlık ile sonuçlanır. Tanı yemek borusunun baryumlu filmi çekilerek konulur. Biyopsi almak için endoskopi yapılır. Küçük tümörlerde ve lenf bezi olmayan çok az sayıda hastada cerrahi etkili olabilir. Beş yıllık yaşam %5'in altındadır. Radyoterapi hastayı rahatlatmak, yutma güçlüğüne düzeltmek için uygulanabilir. Son yıllarda tıkanıklıkları laser ile açma yoluna gidilmektedir. Kanser ilaçları ile tedavi etkisizdir.

Mide kanseri, ileri yaşlann kanseri olup en çok 55-60 yaşlarda görülür. Erkeklerde kadınlardan 2 kat fazla görülür.

Son 40 yılda Batılı ülkelerde sıklığında azalma görülürken Uzak Doğu'da hala önemli bir sorundur. Beslenme alışkanlıkları ile yakın ilişkilidir. Kırmızı et, salamura ve iste pişirilmiş yiyecekler, baharatlı yemekler, sucuk, sosis, salam gibi yiyecekleri korumada kullanılan nitritler sorumlu tutulmaktadır. Mide asit salgısının azaldığı durumlarda, besin maddelerinden karsinojen yapımını hızlandıran bakterilerin çoğalmasıyla mide kanseri sıklığında artma olduğu söylenmektedir. Buna örnek olarak pernisiyöz anemi gösterilebilir ve mide kanseri bu hastalıkta 20 kez artmıştır. Atrofik gastritin mide kanserine neden olduğu düşünülmekle birlikte kesin kanıt yoktur.

Mide kanserlerinin %95'i bez yapıdan kaynaklanan adenokanserlerdir, daha az olarak leyomiyosarkom ve lenfoma görülür. Kanserlerin yarısı midenin çıkış bölümü olana antrum ve pilorda görülür. Küçük kurvaturda %20, gövdede %20 ve başlangıç bölgesinde %7 yerleşir. ■ ■ . ■ ■ . . = .

Belirtiler

- Çabuk doyma-iştahsızlık, ete karşı isteksizlik, kilo kaybı, karın ağrısı,
- Orta derecede kansızlık, çabuk yorulma, halsizlik,
- İnce barsağa doğru ilerleyen özel bazı türlerde ishal olabilir,
- Kahve telvesi şeklinde kusma, lenfoma ve leyomiyosarkomu düşündürmelidir.

Mide kanseri lenf, kan ve komşuluk yolu ile yayılır. Karaciğer, akciğer, karın ve beyin zarlarına yayılır.

Tanı baryumlu grafi, endoskopi ve biyopsi ile konur.

Tedavi ortak erken dönemde cerrahi uygulanır, lokal olarak ilerlemiş durumlarda radyoterapi ve kemoterapi verilebilir. Hastalığın yaygın olduğu durumlarda kemoterapi ile yanıt alınır, yaşam bir yıl kadar uzayabilir. , , ; ;

Kalın barsak (Kolon) ve rektum kanseri, akciğer kanseri ile başa baş gitmektedir. Ailevi polipozisli hastalar dışında 35 yaş altında nadir olup 50 yaş üzerinde artma gösterirler. Kadın erkek oranı eşittir. Hastalığa rafine karbonhidratlardan ve yağdan zen-

gin, az posalı bir diyetin neden olabileceği ileri sürülmektedir. Hemoroid ve divertiküllerle ilişkisi saptanamamıştır. Kalın barsağın iltihabi bir hastalığı olan ülseratif kolitte sıklığı artar. Kanserin %50'si rektum (kalın barsağın son 25 cm), %20'si sigmoidde ve kalanı diğer bölgelerde yerleşmektedir.

Bez yapıdan kaynaklanan adenokanserler %98 oranında görülürler.

Belirti ve bulgular kanserin yerleştiği yere göre farklılık gösterir. Sağ kolon lezyonları sessiz kalabilir, gizli kanama sık olduğundan kansızlık gelişebilir, bazen karnın sağ yarısında kitle, ilk bulgudur. Sol kolon kanserleri karın ağrısı, gaz ve dışkı çıkaramama gibi tıkanma belirtisi verirler. Dışkının incilmesi, sonradan gelişen inatçı kabızlık, hemoroidler uyarıcı olmalıdır.

Tümörlerin yarısı rektumda olduğundan parmakla makattan yapılan muayene tanıda çok kolaylık sağlar. Diğer bölgeler için baryumlu grafi ve kolonoskopi gereklidir.

Bu tümörler direkt olarak komşuluk yolu ile karın içinde yayılabileceği gibi kan ve lenf yolu ile de yayılabilirler. Karaciğer, akciğer, böbrek üstü bezi, yumurtalıklar ve kemik sık tutulan organlardır. Hastalığın üçte biri başvuruda yaygın hastalıkla gelir.

Erken evrede cerrahi uygulanır, kanserli barsak kısmı ve o bölgeyi drene eden lenf bezleri çıkarılır. Cerrahi sonrası bazı durumlarda radyoterapi ve kemoterapi hastalıksız dönemi ve yaşamı uzatabilir. İlerlemiş hastalıkta tıkanıklıkları açmak için cerrahi, kanama için de radyoterapi uygulanabilir. Yaygın hastalıkta kemoterapi çok etkili değildir.

Pankreas kanseri, kanser sıralamasında sıklık bakımından 9. ve ölüm sıklığı bakımından 4. sıradadır. Şehirde yaşayan, düşük gelirli sosyo-ekonomik gruplarda sık görülür.

Sirgara-alkolizm, kronik pankreatit, şeker hastalığı, yağlı yiyeceklerle beslenme alışkanlığı ve kahve riski artırıcı nedenler olarak ileri sürülmektedir.

Kanser kanal epitelden ve adacık hücrelerinden gelişebilir. Belirti ve bulgular kanserin geliştiği yere ve köken aldığı hücreye

göre farklılık gösterir. Pankreas kuyruğundan kaynaklanan tümör uzun süre sessiz kalır ve uzak metastaz ile ortaya çıkar. Ağrı en sık görülen belirtidir. Özellikle Geceleri sırttan başlayıp kuşak gibi, iki yandan öne uzanan, oturup öne eğilmekle azalan ağrı çok tipiktir. Ağrı ile birlikte sarılık da sık rastlanan bir bulgudur. Ağrısız sardık, pankreas kanalının barsağa açıldığı bölgenin kanserinde görülür. Dışkı renginde açılma, idrar renginde koyulaşma, zayıflama, yağlı dışkı, kan şekerinde yükselme, el ve ayak tabanlarında kaşıntı yaygın hastalığı düşündürmelidir.

Tanı için bilgisayarlı tomografi ultrasonogrâfi ve endoskopik yöntemler uygulanır.

Pankreas kanseri çok çabuk yayılan ve büyüyen bir tümördür. Hızla bölgesel lenf bezleri tutulur, karın içinde, akciğer, karaciğer, kemik ve deride yayılım olur. Yaygınlık bölgesel ise 6, uzak ise 2 ay yaşam beklentisi vardır. Tümörü pankreas başında yerleşen ve belirtileri uzun süren hastaların yaşam beklentisi daha fazladır. Ani gelişen belirtiler hızla ilerleyen hastalık belirtisidir.

Cerrahi iki amaçlı yapılabilir:

1. Tanı için biopsi almak, sarılık ve barsak tıkanması varsa açmak,
2. Tedavi için geniş rezeksiyon: ameliyat komplikasyonu çok yüksek, ölüm %25 oranda ve 5 yıllık yaşam beklentisi %10'un altında olduğundan az uygulanmaktadır. Bu tür cerrahi, mide, barsaklar, pankreasın büyük bölümü ve geniş bir lenf bezi temizlemesini kapsar. Radyoterapi, kemoterapi ile birlikte cerrahi sonrasında yaşamı uzatabilir.

Karaciğer kanseri, Afrika ve Asya'da tüm kanserlerin %10-50'sini oluşturur. Amerika ve batı ülkelerinde %2 oranında görülür.

Nedenleri arasında Hepatit B virüsü ile infeksiyon, siroz, aflatoksin, nitritler, azo bileşikleri, tedavi amacıyla kullanılan bitkisel maddeler suçlanmaktadır. Erkek-kadın oranı 4/1'dir.

Belirtiler, karın ağrısı, sağ üst kadranda kitle, karaciğerde has-

sasiyet, kilo kaybı, karında su toplanmasıdır. Kanda ölçülebilen alfa-fetoprotein düzeyi ile %30-50 hastaya tanı konur. Bu madde başka bazı tümörlerde de salınmaktadır.

Tam; ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, anjiografi ve biopsi ile konur. Tümör tek veya sınırlı bir bölgede ise cerrahi ile çıkarılır. Aksi halde bölgesel kan damarından kemoterapi verilebilir. Erken vakalarda %50 yanıt alınmakta ve ömür uzaması sağlanmaktadır. Bunun dışında bilinen etkin bir tedavisi yoktur.

Safra yolları kanserleri, 60 yaş üzerinde görülür. Kadınlarda safra kesesi, erkeklerde ise safra yolları tutulur. Sarılık, ağrı ve kaşıntı olabilir. Tümör küçükse cerrahi uygulanır. Radyoterapi hastayı rahatlatmak amacıyla uygulanır. Kemoterapi ile deneyim kısıtlıdır.

KADIN ÜREME ORGANI KANSERLERİ

Kadınlarda görülen kanserlerin %24'ünü oluşturur. Kadın üreme sistemi vulva, vajinal, rahim, tüpler ve yumurtalıklardan oluşmaktadır. Bu organların hepsinin kanseri görülmektedir.

Serviks (rahim boynu kanseri) en sık görülen kanserdir. Kadınların tüm kanserlerinin %12'sini oluşturur. Rahim ağzından alınan örneğin yayılıp boyanması ile (Pap-smear) erken tanı koymak olanaklı hale gelmiş ve erken dönemde tedavi bu kanserden ölümü son 40 yılda yarı yarıya azalmıştır. Tanı konan vakaların yarısı erken, epitele sınırlı (in situ) kanser, üçte biri ise invazif (alttaki bağ ve kas dokusuna veya daha uzak bölgelere yayılmış) ilerlemiş kanser türlerinden oluşmaktadır.

Bu kanserin seksüel davranışla yakın ilgisi vardır. Erken evlenmiş, seks hayatı erken başlamış, birden fazla cinsel arkadaşı olan, gebelik sayısı fazla, sosyo-ekonomik düzeyi düşük kadınlarda sık görülür.

Musevilerde ve erkeklerin sünnet edildiği toplumlarda az görülür.

Bu hastalığın oluşumunda virüslerin rolü olabileceğine dair kanıtlar vardır. Tümörlü dokuda herpes simpleks tip 2 ve papiloma virüs parçalarına rastlanmıştır. Bu virüsleri kadınların ilişkide oldukları erkeklerden aldıkları ilri sürülmektedir.

Hastalığın gelişmesi için 8-10 yıl gibi uzun süre gerekir. Bu nedenle düzenli muayene ile erken dönemde tanı konursa, tedavisi

başarılı olabilir. İnvazif kanser vajinal akıntı, kanama, cinsel ilişki sonrası kanama şeklinde erken belirti verir. Daha ileri dönemde ağrı, idrar yolları tıkanması, böbrek yetmezliği ortaya çıkar. Kanser invazif hale geçtikten sonra lenf bezleri ve komşuluk yolu ile komşu organlara ve uzak organlara yayılır. Papsmear üreme çağında tüm kadınlarda önce 1 yıl ara ile 2 kez yapılıp normal bulgular varsa her 3 yılda bir tekrarlanarak erken tanı ve tedaviye çok katkıda bulunur.

İn situ tümörlerde tedavi cerrahidir. İnvazif kanserlerde radyoterapi ve cerrahi erken dönemlerde uygun olabilir. Tümör yerel yayılım gösteriyor veya uzak yayılım varsa radyoterapi ve kemoterapi uygulamak gerekir.

Endometriyum (rahim kanseri), en sık 60-70 yaşlarda görülür, %80'i menapoz dönemindeki kadınlarda görülür. Vakaların ancak %5'i 40 yaştan önce görülür.

— Gelir düzeyi yüksek, doğum yapmamış,

''' '

— Şişman, yüksek tansiyonu, şeker hastalığı olan kadınlarda risk artmıştır.

— Menopoz döneminde östrojen tedavisi verilmesi, ailede kanser öyküsü.

— Meme ve rektum kanseri, ileri karaciğer yetmezliği riski artırır.

En çok adenokanser görülür. Östrojen endometriyum hücrelerinin çoğalmasına (hiperplazi) yol açar, durum farkedilip gerekli önlem alınmazsa %30 vakada 10 yılda kanser gelişmesine yol açabilir. Östrojen tedavisini kesmek ve progesteron ile dengelemek bu gelişmeyi önler.

Tümör %75 vakada rahim dışına yayılmamıştır. Yayılım komşu organlara, karın içi lenf bezlerine olur. Kan yolu ile uzak yayılım ancak geç dönemde ve akciğere olur.

Anormal kanama en sık yakınmadır (%90). Menapozda olan kadınlarda bu belirti kolayca dikkat çeker. Menapoz öncesi kadınlarda ise adet kanamasının uzaması, ara kanamalar, aşırı kanama şeklinde ortaya çıkabilir. Bazan rahim boynunu

tıkanmasına bağlı olarak rahim içinde iltihabi reaksiyon ortaya çıkabilir. Menapozda olan bir kadında kanama, aksi ispatlanana kadar rahim kanseri olarak düşünölmelidir. Tanı koymak için küretajla örneğ almalıdır. Hastalık %10 vakada yaygındır ve karında sıvı, sarılık, barsak tıkanması, akciğer tutulumuna bağlı olarak solunum sıkıntısı gibi belirtiler verir.

Tümörün sadece rahime sınırlı kaldığı erken evrelerde tedavi cerrahidir. Rahim boynu tutulumu varsa ve hücrelerin maliynite derecesi yüksek ise cerrahi uygulanmadan önce radyoterapi verilebilir. Tümör rahim duvarının 1/3'ünden daha derine yayılmışsa, karın içi lenf bezi tutulumu varsa cerrahi sonrası radyoterapi verilmesi nüksü azaltır. Erken evrelerde tek başına radyoterapi verilen vakalar cerrahi ± radyoterapi verilenlerden daha kötü sonuçlar verir.

İleri evre kanserlerde (kansere uterus dışında veya uzak yayılım var) ağrı ve kitlenin basısını azaltmak amacıyla radyoterapi verilebilir. İlaç ve progesteron hormonu ile tedaviye %20-40 hastada geçici yanıt alınabilir. Progesterona yanıt veren hastalarda ömür 1 yıl, ilaca yanıt verenlerde ise birkaç ay uzar.

Över (yumurtalık) kanseri üreme organı kanserlerinin yaklaşık 1/5'ini oluşturur. Kadınlarda görölen en sık 4. kanserdir. Ortalama görölme yaşı 55'tir.

— Endüstrileşmiş ölkelerde sık görölür. Fiziksel, kimyasal veya beslenme faktörleri sorumlu olabilir.

— Meme ve rahim kanseri olan kadınlarda veya nadir över kanseri ailelerinde.

— Doğum yapmamış kadınlarda risk fazladır.

Derine yerleşmiş över tümörleri karın boşluğu içinde sessiz bir şekilde büyürler. Hasta ve doktor tarafından farkedilmeden büyük hacimlere varırlar. Hastalık sıklıkla başlangıçta belirti vermemekle birlikte; hastalar yemeklerden sonra rahatsızlık, geçirme, anormal vajinal kanama, karın ağrısı, gaz, rahatsızlık ve karında büyüme ile kitlelerden yakınabilirler. Bazen karın içindeki sıvının çalkantı sesi ilk uyarıcı belirti olabilir. Bu tümörlerin karın zarına yayılması tipik özellikleridir, böylece

karında sıvı oluştururlar. Kitlenin büyümesi ve çevre dokulara yayılması sonucu çeşitli bası belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur. Barsak tıkanıklığı, idrar yollarına bası ile böbrek fonksiyon bozuklukları, bacaklarda şişme buna örnektir. Karın ve göğüs boşluğunda ve özellikle sol köprücük kemiği üzerindeki çukurda yerleşmiş lenf bezlerine yayılır. Geç dönemde akciğer ve karaciğer başta olmak üzere çeşitli organlara yayılabilir. Över kanseri bazan yaptıkları salgılarıyla kadınlarda kıllanma artımı, ses kalınlaşması benzeri erkeksi özelliklerin ortaya çıkmasına neden olabilirler.

Son yıllarda över tümörlerinin tanı ve takibinde tümör belirleyiciler önem kazanmışlardır. Tümörlü doku tarafından salgılanan CEA ve CA-125 olarak adlandırılan bu maddeler kanda ve tümör dokusunda saptanabilirler.

Tedavide cerrahi ilk seçenektir. Tümör tek overde ve kapsülde dışına da taşmamışsa yeterli tedaviyi oluşturur. Ameliyat sadece tedavi için değil hastalığı evlendirmek için yapılır, tedaviyi yönlendirir. Büyük kitle ve yaygın karın içi tümör durumlarında tümörün olabildiğince çıkarılması gerekir. Kemoterapiye en iyi yanıt en az tümör kitlesi ile alınır. Över kanseri kemoterapötiklere çok duyarlı olmasına karşın, en öldürücü üreme organı kanserdir. Erken evrelerde 5 yıllık yaşam uygun tedavi ile %60-80 iken, yaygın hastalıkta %5-30'a düşer.

Vulva ve vajen kanserleri kadın üreme organı kanserlerinin %1-3'ünü oluşturur. Virüslerin (HSV-uçuk-virüsü ve papilloma virüsü) rolü vardır. Gebeliğinin ilk 18 haftasında östrojen alan kadınların kız çocuklarında vajen kanseri görülme riski artmıştır. Tedavi cerrahidir, radyoterapi cerrahi uygulanamayan durumlarda verilir.

Koriyokarsinom, düşük veya gebelik döneminde ortaya çıkabilir. Gebelerde vajinal kanama, aşın bulantı, kusma, üzüm tanesi benzeri oluşumların rahimden gelmesi, terleme, çarpıntı, kilo kaybı, erken dönemde karın ağrısı bu tümörü akla getirmelidir. Normal gebeliklerin 20-40 binde birinde koriyokarsinom oluşmaktadır. Akciğer en sık yayıldığı yerdir. Kemoterapiye çok duyarlıdır, erken dönemde %90 iyileşme olur.

BÖBREK, İDRAR TORBASİ ve ERKEK ÜREME ORGANLARI KANSERLERİ

Böbrek tümörleri tüm tümörlerin %3'ünü oluşturur. Erkeklerde kadınlardan 2 kez daha sıktır.

Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte böbrek kanseri riskini artıran başlıca faktörler sigara, şehir hayatı, aile öyküsü, "thoratrast" ile temastır. Kanıtlanmamış olmakla birlikte bazı genetik hastalıklar, polikistik böbrek hastalığı ve şeker hastalığının da riski artırdığı ileri sürülmektedir.

En sık görülen histopatolojik grup adenokanserdir. Bu tümörler böbrek tüp epitelinden kaynaklanır, lokal yapıları tahrip ederek büyür, kan yolu ile akciğer, karaciğer, kemik ve beyine ve alışılmışın dışında parmak uçları, göz kapakları ve buruna yayılabilir. Böbrek tümörlerinin doğal seyri çok değişiktir. Bazen yıllarca sessiz kalabilirler, hatta yayıldığı organda bile uzun süre büyüme göstermeden kalabilirler. Bazen da asıl tümör çıkarıldıktan yıllarca sonra başka bir organda tekrarlayabilir. Tümörün salgıladığı maddelerle kırmızı kürelerde, serum kalsiyum düzeyinde artış, ateş, karaciğer büyümesi, kan basıncında artış görülebilir.

Böğür ağrısı, kitle, idrarla kan gelmesi klasik belirtilerdir, fakat hastaların ancak %10'unda görülürler. Kansızlık, ateş ve idrarla kan gelmesi gene nadir ama böbrek tümörünü kuvvetle düşündüren bulgulardır.

Bu belirtiler dikkati çekince bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi, kitlenin değerlendirilmesi açısından yapılmalıdır. Tümör zengin damarsal yapıda olduğundan, anjiyografi tanıda ya-

rarlı olur. Uzak yayılım için akciğer grafisi, kemik sintigrafisi, beyinde tutulum şüphesi varsa yine bilgisayarlı tomografi yapılmalıdır.

Erken safhada tedavi, cerrahidir. Daha sonra hasta 6 ve 12 aylık aralarla kontrol edilmelidir. İlerlemiş tümörlerde metastazların gerileyebileceği düşünülerek asıl tümör çıkarılabilir. Bu tümörün kemoterapi ile tedavisi ümit verici değildir.

İdrar torbası tümörleri tüm tümörlerin %4'ünü oluşturur. Erkeklerde kadınlardan 2.5 kez daha sık görülür. Endüstrileşmiş bölgelerde ve 68 yaş civarında sıklığı artar.

1. Boya, deri, kauçuk üretiminde çalışanlarda,
2. İdrar torbası Şistozoma hematobiyum paraziti ile enfekte olanlarda,
3. Bu bölgeye radyoterapi alanlarda,
4. Sigara içenlerde,
5. Bazı kanser ilaçları, fenasetin, yapay tatlandırıcılar ile risk artmaktadır.

Tümörlerin %90'ı değişici epitelden kaynaklanır, geri kalanlar yassı hücreli kanser, adenokanser, lenfomadır.

Bu tümörlerin tek bir yerden değil, idrar yollarının ve torbasının aynı anda birçok bölgesinden kaynaklandığını düşündüren bulgular vardır.

İdrarla kan gelmesi, ağrılı, sık idrar yapma, sıkışma, idrar yapmada zorluk ve idrar yaptıktan sonra devam eden rahatsızlık önemli belirtilerdir. Bu tür belirtiler çok büyük tümörle olabileceği gibi sadece epitele sınırlı (in situ) tümörlerle de olabilir. Kasıklara yakın bölgelerde ağrı, bacaklarda ve dış genital organlarda şişme dolaşım bozukluğuna bağlı olarak gelişebilir.

Belirtileri olan hastanın idrar torbasına özel bir aletle bakılır (sistoskopi), biopsi yapılır, "ürografin"li böbrek filmi çekilerek tanı konur.

Tümör çok sınırlı bir bölgede ve epitelde ise tümör yakılarak veya idrar torbasına ilaç verilerek tedavi edilir. Bu tür hastaların

tümörün başka bir yerde tekrarlama olasılığı yüksek olduğundan çok yakın takibi gerekir. Tümör epitele sınırlı olmakla birlikte yaygınsa cerrahi yeğlenmelidir. İdrar torbası idrar yolları ile çıkarılabilir. Tümör idrar torbasının bağ veya kas dokusuna yayılmışsa kadınlarda idrar torbası tek başına erkeklerde prostat ile birlikte çıkarılır. Bu tür ameliyatı kabul etmeyen hastalarda radyoterapi veya torbaya kemoterapötik vermek denenebilir. İlerlemiş hastalıkta cerrahi radyoterapi ve kemoterapi semptomları hafifletmek, hastayı rahatlatmak için tek başına veya birlikte kullanılabilir.

Klinik belirti veren **prostat** kanserinin sıklığı yaş arttıkça artar. Klinikte belirti vermese de otopsilerde prostatta kanser odağına rastlama oranı 50 yaşta %10 iken 70 yaşta %30 olur. Her 10 erkekten birinde yaşamı süresince klinik belirti veren prostat kanseri gelişmesi beklenmektedir.

Nedeni kesin olarak bilinmemektedir.

— Batılı ülkelerde sık, uzak doğuda nadirdir.

— Evli erkeklerde artma görülür.

— Lastik ve kadmiyum endüstrilerinde çalışanlarda sık görülür.

— Hormonal etkilerle oluştuğuna dair kanıtlar vardır.

Hemen hepsi adenokanserdir. Tümör bazan yavaş seyir gösterir ve uzun süre prostatta sınırlı kalır. Yayılma sinir kılıfları boyunca, lenf bezleri ve kan yolu ile olur. En sık kemiğe yayılır.

İdrar yaparken giderek artan güçlük, sık idrar yapma, idrar yollarında tıkanmaya bağlı olarak böbrek fonksiyon bozulması, kemik tutulmasına bağlı bel, kalça, omuz ağrısı, damar tıkanması, kansızlık gibi belirtiler verebilir.

Makattan muayenede prostatta sertlik şüphe uyandırır. Biyopsi ile tanı konur. Ayrıca kanda ölçülebilen prostatik asit fosfataz, prostat özgül antijen tanıya yardımcı olur.

Tümörün kapsül dışına taşmadığı durumlarda cerrahi ve radyoterapi eşit etkilidir. Tümörün kapsül dışına taşıdığı fakat çevre dokuları tutmadığı durumlarda radyoterapi uygulanmakta, daha

ileri evrede, tümörün çevreye veya uzak organlara, özellikle kemiklere yayıldığı durumlarda çeşitli hormona! ajanlar yanısıra, hastanın yakınmalarını giderecek cerrahi yöntemler ve kemik tutulumu ve ağrıları için radyoterapi verilebilir.

Testis tümörleri erkeklerde görülen tümörlerin %1'ini oluşturur, bununla birlikte 20-34 yaş arasındaki erkeklerin en sık tümörleridir. Beyaz ırkta sıklığı daha fazladır.

Nedeni kesin olarak gösterilmiş değildir. Testislerin torbalara inmediği durumlarda sıklığı artmaktadır. Tümör çoğunlukla germinal hücrelerden kaynaklanır. Lenfoma ve yumuşak doku tümörleri %5 oranında görülür. Altmış yaş üzerinde erkeklerde ise lenfoma %75 oranda görülür.

Testiste ağrısız sert şişlik ilk belirtidir. Hastalık kan ve lenf yolu ile yayılır. Karın içinde lenf bezleri tutulumu sonucu sırtta ağrı olabilir. Akciğere yayıldığı zaman nefes darlığı ve öksürük ya pabilir. Tümör hücrelerinin hormonal faaliyeti ile memelerde büyüme ve hassasiyet olabilir. Karaciğer yayılma karnın sağ üst kadransında ağrı, dolgunluk ve mideye bası ile erken doymaya yol açabilir.

Tanı kasıktan yapılan bir keşi ile testisin çıkarılması ile konur. Bu aynı zamanda erken hastalığın tedavisidir. Uzak yayılım yoksa, seminomda karın arka duvarındaki lenf bezlerine radyoterapi verilir. **Seminom** olmayan tümörlerde karın arka duvarındaki lenf bezleri çıkarılır. Bunlarda tutulum varsa kemoterapi verilebilir veya izlenir. Kemoterapi genelde tümör belirleyicileri yüksek olan hastalara verilir. Bazı merkezler lenf bezleri çıkarmak yerine radyoterapi uygulamaktadır. Lenf bezleri çok büyük olduğu durumlarda önce kemoterapi verilip, bezler küçülünce ameliyatla çıkarma yoluna gidilmektedir. Tümör uzak yayılım yapmışsa ileri evrededir. Kemoterapi ile küçültülüp %10-15 hasta cerrahiye uygun hale getirilebilir. Geri kalan hastalar kemoterapi ile izlenir. Yeni kemoterapi rejimleri ile %90'a yakın hasta hastalıktan tamamen kurtulmaktadır.

LÖSEMİLER

(KAN KANSERLERİ)

Lösemi terimi eski Yunanca leukos (beyaz) ve haima (kan) sözcüklerinden türetilmiştir. Kemik iliğinde değişik kan elemanlarını oluşturacak hücrelerin öncülerinin tümoral özellik kazanarak önlenmeyen çoğalma göstermesi sonucu ortaya çıkan birbirinden farklı nitelikler taşımakla birlikte özde ortak özellikleri olan ve ortak sonuçlara yol açan bir grup hastalığı kapsamaktadır. Bu grupta toplanan hastalıkların, en önemli ortak özelliği kemik iliğinde başlamaları, tanı konduğunda; kemik iliği ve dolaşan kanda bu hücrelerin yaygın olarak bulunması ve lenf bezleri, karaciğer, dalak, böbrekler, beyin zarları gibi diğer organların çoklukla tutulmuş olmasıdır. Kemik iliğinin bu hücrelerle dolması ve bu hücrelerin salgılarıyla normal ilik yapımı baskılanması sonucu normal kan elemanları yapılamadığından çeşitli belirtiler ortaya çıkar. Aşağıda özetlenen bu belirtiler hastayı doktora başvurmaya yönelten başlıca yakınmalar olmaları yanı sıra hastalığın başlıca ölüm nedenlerini de oluşturur.

1. Kırmızı kürelerin yapılamaması sonucu gelişen kansızlık, solukluk ve halsizliğe yol açar,
2. Beyaz kürelerin yapılamaması bakteri, virüs ve mantarlara karşı direncin kırılması ile çeşitli enfeksiyonlara yol açar. Normal kişilerin kısa sürede bağışıklık sistemi yardımı ile altedeceği enfeksiyonlar lösemili hastalarda çok ağır ve öldürücü seyrederek,

3. Pıhtılaşmayı sağlayan trombositlerin yapılamaması, öte yandan pıhtılaşma faktörlerinin üretildiği karaciğerin lösemik hücrelerce istilası sonucu görevini yapamamasına bağlı olarak kanamalar oluşabilir. Bu tür kanamalar deri içine toplu iğne başı büyüklüğünde çok sayıda ve yaygın olabileceği gibi diş etleri, burun, sindirim sistemi, idrar yolları kanamaları veya yaşamsal önemi olan akciğer, beyin kanamaları şeklinde olabilir. Gerekli önlemler alınmazsa ölüm olabilir,

4. Beyin ve zarlarının tutulmaları sonucu baş ağrısı, kusma, bulanık görme olur,

5. Kemiğin periost tabakasının (dış tabaka) lösemik hücrelerle tutulması ve artmış anormal hücre yapımının ilik boşluğunu genişlemeye zorlaması kemik ağrılarına neden olur,

6. Böbreğin lösemik hücrelerle dolması, hızla çoğalan hücrelerin yıkım artıkları ve salgıladıkları maddelerle böbrekte tıkanmaya yol açmaları sonucu idrar azalabilir,

7. Lenf bezlerinde, dalak ve karaciğerde büyüme ve diş etlerinde kabarmalar olabilir.

Lösemilerin oluşmasında rol oynadığı bilinen faktörlerin sayısı giderek atmaktadır. Ancak vakaların çoğunda gerçek neden hala karanlıktır.

1. İyonize edici radyasyon, nedenler arasında en kesinlik kazınmış olanıdır. Atom bombasının patlatılmasından sonra Japonya'da akut lösemi ve kronik miyeloid lösemi görülme sıklığında ani artış gözlenmiştir. Lösemi sıklığında artış doza bağlıdır ve en yüksek düzeye patlamadan 7 yıl sonra çıkmıştır. Bazı omurga hastalıkları nedeniyle radyoterapi uygulanmış kişilerde aplastik anemi ve lösemi sıklığı artmıştır.

2. Kimyasal maddelerin rolü ayakkabı yapımında çalışanların kullandıkları benzenin lösemi yaptığının gösterilmesi ile dikkati çekmiştir. Alkilleyici grubuna dahil kemoterapötiklerin akut lösemi yaptığı artık bilinmektedir. Kimyasal maddelere bağlı lösemi, bu maddelerle temastan 4-6 yıl sonra ortaya çıkar.

3. Retrovirüsler grubuna dahil olan HTLV-1 virüsü bazı lenfoma ve lösemili hastaların hücrelerinden izole edilmiştir. Bu tür lösemiler Japonya, Karaibler, ABD'nin güneyinde görülmektedir.

Lösemiler **akut** ve **kronik** olarak ikiye ayrılırlar. Tedavi edilmedikleri zaman akut lösemiler kısa sürede ölümlü sonuçlanır. Kronik lösemiler daha yavaş seyirli olup hastalığın saptandığı evreye göre değişmekle birlikte hastalar uzun süre bazen yıllarca yaşarlar.

Lösemilerin yıllık görülme sıklığı yüzbin nüfusta 5-6'dır. Bunların yarısı akut, yarısı kronik lösemidir. **Kronik miyelositer lösemi** erkeklerde daha sık ve tüm lösemilerin %15'ini oluşturur. Genelde 40 yaş üstünde ortaya çıkar. **Kronik lenfositer lösemi** %30 oranında görülür. Hastaların %90'ı 50 yaş üzerindedir. Erkek-kadın oranı 2/1'dir.

Akut lenfoblastik lösemi (ALL) en çok 3-4 yaşta görülür. Sıklığı 9 yaştan itibaren azalır ve 40 yaştan sonra çok nadirdir. **Akut miyelositer lösemi** (ML) sıklığı ise yaşla artar ve hastaların %30'u 60 yaş üzerindedir.

Takiben tekrarlama ve ölüm çok nadirdir. Çocukların %75'i erişkinlerin %30'u kemoterapi ile tamamen iyileşebilir. ALL'de kemik iliği nakli nüks durumunda uygulanmakla birlikte, tekrarlama riski yüksek gruplarda, özellikle erişkinlerde ilk tedaviden hemen sonra uygulayanlar da vardır.

AML'de çocuklarda %80, erişkinlerde %60 tam yanıt elde edilir. Çocuklarda 5 yıllık nüksüz yaşam oranı %45, erişkinlerde %10-15'tir. Kemik iliği nakli ilk tedavi yanıtından sonra uygulanmakta ve hastalıksız yaşam 5 yılda %40-50'ye ulaşmaktadır.

Kronik miyelositer lösemide kemoterapi ile lösemik hücreler baskılanır fakat tam iyileşme olmaz. Bu nedenle bugün kabul gören tedavi yöntemi tanı konduktan sonra en kısa zamanda kemik iliği naklidir. Bu yöntemle %50-60 hastada tam iyileşme sağlanır.

Kronik lenfositer lösemide (KLL) tedavi hastalığın dönemine göre değişir. Erken dönemde 10 yıl, ilerlemiş dönemde 1-2 yıl yaşam beklentisi vardır. Kemoterapi ile KML'de olduğu gibi tam iyileşme beklenmez. Kemik iliği nakli hastaların ileri yaşları ne deniyle sık yapılamamaktadır ama bu konuda çalışan merkezler vardır.

LENFOMALAR

Bağışıklık sisteminin tümörleri olarak tanımlayabiliriz. Bu sistemin görevi yabancı maddeleri (mikroorganizma, kanser hücreleri, her türlü zararlı madde) tanımak ve bunları zararsız hale getirmektir. Bağışıklık sisteminin temel hücresi lenfositlerdir. Lenfositler birinci lenfoid organlar olan timus ve kemik iliğinde üretilir, eğitilir ve ikinci lenfoid organlar olarak dalak ve lenf bezlerinde yerleşir, görev yaparlar. İkinci grubu bademcikler, dil kökü, solunum ve sindirim sisteminde bulunan plaklar da dahildir. Vücutta lenfoid yapı bulunmayan tek yapı sinir sistemidir.

Lenfomalar %95 oranında lenfositlerden kaynaklanmakla birlikte bu sistemde bulunan ve yabancı maddelerin hücre içine alınması ve işlenecek lenfositlere uygun yanıt için sunulması görevini üstlenen monosit makrofaj sisteminden de başlayabilir.

Lenfoma başlığı altında hastalığı (HD) ve Hodgkin dışı lenfomalar (HDL) toplanmaktadır.

Nedenleri

Hodgkin hastalığı sosyoekonomik düzeyi yüksek, yüksek öğrenim görmüş ve küçük ailelerde daha sık görülür. Kalıtsal yatkınlık söz konusu olabilir. Bazı ailelerde, kardeşlerde ve okularda sık görülmesi bir enfeksiyon etkeninin yol açabileceğini düşündürmektedir.

Hodgkin dışı lenfomalar da da virüsler ve bağışıklık sis-

teminin çalışmasında ortaya çıkabilecek bozukluklar sorumlu tutulmaktadır. »

- RNA virüsleri olan **HTLV-I, II** ve AIDS etkeni **HTLV-III** çeşitli lösemi ve lenfomaların ortaya çıkmasında rol oynarlar. Ebstein-Barr virüsü (DNA virüsü) ise Afrika Burkitt lenfoma hücrelerinde saptanmıştır.

- Organ transplantasyonlarından sonra ve doğuştan bağışıklık sistemi bozuk olan kişilerde hızlı ilerleyen, öldürücü lenfomalar ortaya çıkmaktadır.

- Bazı kötü huylu hastalıkların tedavisini takiben lenfomalar ortaya çıkabilir.

Lenfoid sistemin vücutta yaygın bulunuşu bu tümörlerin hemen her yerden başlayabilmesine olanak vermektedir. Lenfomalar en sık lenf bezlerinde başlar. Vücutta 500-600 kadar lenf bezi vardır. HDL'larda lenf bezi tutulumu yanı sıra solunum ve sindirim sisteminde bulunan plaklardan da hastalık başlayabilir. Bu nedenle belirtiler tutulan bölgeye ve organa göre değişebilir.

Hodgkin hastalığında, hastaların yanı sıra, HDL'da beşte birinde sistemik belirtiler görülür. Başlıcaları, ateş, gece terlemesi kilo kaybıdır. Hodgkin hastalığı için özel bir durum olan kaşıntı hastalığın tanısından bazen yıllarca önce başlayabilir.

- Vücudun herhangi bir veya daha çok bölgesinde (boyun, kol tuk altı, kasık, dirsek) lenf bezi büyümesine bağlı şişlik.

- Göğüs boşluğunda kalp, büyük damarlar, solunum yollarını çevreleyen lenf bezlerinin büyümesine bağlı nefes darlığı, ses kısıklığı, boyun ve yüzde şişme, yutma zorluğu, inatçı, kuru öksürük olabilir. Akciğer zarında sıvı birikebilir.

- Karında lenf bezleri büyümesi sonucu omuriliği terk eden sinirlerin köklerine bası ile ağrı, barsaklara bası ile dışkı ve gaz çıkarmama, böbrek ve idrar yollarına bası ile böbrek yetmezliği, üremi gelişebilir. Omuriliğe bası olursa felç, dışkı ve idrar kaçırma veya tam tersi idrar yapamama ortaya çıkabilir. Sindirim sisteminin lenfoid plaklarının hastalığa katılması ise inatçı ishal, barsak tıkanması, delinmesi kanama ile sonlanır. Karın zarında sıvı toplanabilir.

- Dalak ve karaciğer tutulduğu zaman karının üst kısmında kitleler, mideye dıştan bası ve ağrı gelişir.

- Karın arka duvarındaki lenf bezlerin büyümesi kan ve lenf damarlarına bası yaparak bacaklar ve dış üreme organlarında şişmeye neden olur.

- Kemik iliği tutulumu ilik elemanlarının yapılmaması ile sonuçlanır ve kanamalar, enfeksiyonlar, kansızlık ortaya çıkar.

Tanı bu belirtileri olan hastalarda biopsi ile konur. Hodgkin hastalığı ve HDL'larda hastalığın yaygınlık derecesi fizik muayene, akciğer filmi, göğüs ve karın bilgisayarlı tomografisi ve kemik iliği biopsisi ile araştırılır. Hodgkin hastalığı başlanıçta daha sınırlı olma eğilimindedir. Hodgkin dışı lenfomalarda ise daha başlanıçta yaygın hastalık vardır. ;■.:

Hodgkin dışı lenfomalarda asıl tedavi kemoterapi ile yapılır. Radyoterapi büyük ve kemoterapötiklere dirençli kitleleri küçültmek için, hastalarda lenf bezi basılarına bağlı acil durumları ortadan kaldırmak için saklanır. Hodgkin hastalığında erken evrelerde radyoterapi, ileri evrelerde ise kemoterapi verilmektedir.

KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİ

Kemik, kıkırdak, çizgili ve düz kas, kan ve lenf damarları, bağ dokusu, yağ dokusu, akciğer, karın ve kalp zarları gibi mezokimal dokuların tümörleri **sarkom** başlığı altında toplanır. Sarkom sözcüğü akciğer, sindirim sistemi, meme gibi epitelden kaynaklanan organ tümörleri için kullanılan kanser teriminin karşılığıdır.

Sarkomlar tüm tümörlerin %1'inden daha azını oluştururlar. En sık çocuklarda ve 50-60 yaşlarda görülürler. Cinsler arasında sıklık farkı yoktur. Belli sarkom tipleri, özel bazı maddelerle karşılaşma sonucu ya da bazı tıbbi durumlar sonucu gelişirler.

Lenfanjiosarkom (lenf damarlarının sarkomu), meme ameliyatlarından sonra aynı tarafta kolda ödem gelişir ise daha sonra bu kolda sarkom gelişme riski artmaktadır.

Karaciğer anjiosarkomu, "torantrast" (eskiden böbrek filmi çekiminde kullanılan zararlı bir kontrast madde), arsenik, vinil klorür teması ve sirozda risk artmaktadır.

Osteosarkom (kemik sarkomu) radyumla temas, radyoterapi alan bölgelerdeki kemiklerde gelişebilir. Çocuklarda kalıtsal bir göz tümörü olan retinoblastomun tedavisini takiben gelişmesi kalıtımla ilişkisini düşündürmektedir. Kemikğin yaşlılarda görülen bir hastalığı olan Paget hastalığından sonra görülmesi artar.

Fibrosarkom, Radyasyonla karşılaşma ve Paget hastalığını takiben görülebilir.

Kaposi sarkomu, AIDS'de sık görülür ve bazı virüslerin rolü olduğu ileri sürülmektedir. (Sitomegalovirüs bu konuda suçlanmaktadır zaten AIDS'de bu virüs ile enfeksiyon sıklığı artmaktadır).

Maliyn schwannom, kalıtsal bir hastalık olan nörofibromatozide görülür.

Kemik ve kıkırdak dokusu sarkomları dışındakiler yumuşak doku sarkomlarını oluştururlar. Bunlar kas, damarlar, yağ ve bağ dokusu gibi çok değişik dokulardan kaynaklanmalarına karşılık biolojik davranış, klinik özellik ve tedavilerinin benzer oluşu nedeniyle bir grupta toplanırlar. Yumuşak doku sarkomlarının %50'si kol ve bacaklarda görülür.

Önde gelen belirti, hasta tarafından haftalar, hatta aylar önce farkedilmiş olan ağrısız, giderek büyüyen kitledir. Ateş, kilo kaybı, halsizlik gibi sistemik belirtiler sık görülmez. Bununla birlikte nedeni belli olmayan ateş bazan vücudun gözden uzak bir bölgesine yerleşmiş ve farkedilmeyen bir sarkomun ilk belirtisi olabilir.

— Kemik sarkomları her hangi bir kemikte görülebilir bir büyüme, şişme ile ortaya çıkar ve kırığa, ağrıya yol açabilirler. Ewing sarkomda ağrı siktir.

— Karın zarı arkasında, karın arka duvarına yerleşen sarkomlar sırt ve bel ağrısı, bacaklarda şişme, karında kitle ile ortaya çıkarlar.

— Baş ve boyunda yerleşen sarkomlar gözüp ileriye fırlaması, göz kapağının açılmaması, bu bölgede kitleler, sinirlerde felçlere yol açabilir.

Sarkomlar bazan asıl tümörün etkisinden bağımsız olarak bazı beklenmedik belirtilere yol açarlar. Bunlar özellikle karın arka duvarında yerleşen tiplerin fazla şeker kullanarak veya salgıladıkları insülin hormonu benzeri maddelerle kan şekerinde düşme etkileri, bundan başka kalsiyum düzeyinde düşme, parmak uçlarının kalınlaşması, kemiklerde erime benzeri belirtilerdir.

Sarkomlar en çok kan yolu ile yayılırlar. Tüm sarkomlar ilk

olarak ve en çok akciğere yayılırlar. Bu tutulum akciğerde her iki tarafta ve çok sayıda tümör odağı görülmesine yol açar. Karaciğer, kemik ve diğer organlar daha az ve ancak ileri evrelerde tutulurlar. Ewing sarkom sıklıkla diğer kemiklere yayılır. Lenf bezi yaydımı oldukça azdır.

Yağ ve bağ dokusunun bazı özel tipleri ile kemiğin parosteal sarkomu, AIDS hastalığı seyrinde gelişen Kaposi sarkomu nediren yayılır ve daha uzun yaşam beklentisi vardır.

Sarkomlarda tümör hücrelerinin tümöral değişim gösterme derecesi klinikte çok önemlidir. Hastalığın evresini ve tedavinin başarısı ile yaşam beklentisini etkiler.

Tedavide yumuşak doku sarkomlarının cerrahi olarak oldukça geniş bir normal doku da kapsanarak çıkarılması gerekir. Bölgenin özelliği nedeniyle geniş çıkarılmayan ve cerrahi sınırda tümör hücrelerine rastlanan durumlarda radyoterapi ve tümör hücrelerinin derecesinin yüksek olduğu durumlarda kemoterapi verilir. Diğer organlara yayılmış tümörlerde de kemoterapi vermek gerekir.

Yumuşak doku tümörlerinde zamanında uygun tedavi yapıldığında 5 yıllık yaşam beklentisi %50'dir, bu epitelyal tümörlerin çoğundan iyidir. Kemiğin sarkomları olan osteo ve Ewing sarkomlar daha çok genç erişkinlerin tümörleridir. Bu sarkomların tedavisinde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi bir ekip tarafından planlanarak belli protokoller dahilinde kullanılır. Özellikle etraf kemiklerinde yerleşen Ewing sarkomda cerrahi ve kemoterapi ile çok yüksek sağ kalım elde edilir. Kondrosarkom kırıldak kökenlidir. Hastalar sıklıkla 40 yaş üzerindedir. En sık kalça, uyluk ve omuzda yerleşir. Bazı tipleri yavaş büyüyüp geç yayılırlar, aksine hızla büyüyüp hızlı yayılanlar da vardır ve bu sonuncuların yaşam beklentisi kısıtlıdır. Tümör tümüyle çıkarılmaya çalışılmalıdır ama bu olanaklı olmazsa radyoterapi ve yüksek tümör derecesi varsa kemoterapi verilir. Beş yıllık yaşam beklentisi % 15-70 arasında değişir.

BEYİN TÜMÖRLERİ

Kafa içinde yer alan tümörler, beyin tümörleri ve diğer organ tümörlerinin beyin ve beyin zarlarına yayılmaları yani metastazlar olarak ikiye ayrılırlar. Metastatik tümörler en sık akciğer, maliyn melanom, meme kanserlerinin seyrinde olur ve erişkinlerde sıktır. Birinci tümörler tek kitle olarak kendini gösterirken metastatik olanlar sıklıkla birden fazla kitle oluştururlar. Erkek-kadın oranı 3/2'dir. Beyin tümörlerinin en sık görüldüğü iki yaş grubu, 5-10 ve 50-55 yaşlar olarak tanımlanmıştır. Çocukluk çağında en sık görülen tümörlerdir.

Nedenleri

1. Çevresel karsinojenlerin sinir sistemi tümörleri oluşturduğuna ait kanıt yoktur. Radyasyonla karşılaşmanın ve plastik sanayisinde çalışmanın risk faktörü olabileceği ileri sürülmektedir.

2. Bazı kalıtsal hastalıkların seyrinde sinir sistemi tümörleri sıklığında artış görülebilir (Nörofibromatozis, tuberoskleroz, Turcot sendromu),

3. Bağışıklık sistemi baskılanması, transplantasyon (özellikle kalp nakli) yapılan kişilerde ve AIDS'de özellikle beyin birincil lenfomaları riski artmaktadır.

Sinir sisteminde tümörlerin %90'ı kafa içinde, %10'u omurilik kanalında yerleşir. Çocuklarda tümörlerin %70'i beyin yarı kürelerinde yerleşir.

Beyin tümörlerinin seyri yerleştiği bölgeye, büyüme hızlarına, tümör hücrelerinin tipine bağlıdır. Beyni çevreleyen kafatası esneme özelliği olmayan bir yapı olduğundan iyi huylu tümörler bile kafa içi basıncını artırarak ve yaşamsal oluşumlara baskı ile yaşamı tehdit ederler. Ölüm nedeni sıklıkta beyin fonksiyonlarının durması ve solunum felcidir. Hızlı büyüyen tümörler kritik çapa daha kısa zamanda ulaşarak, beyin dokusunda sıvı toplanması ve kafa içi basıncın artmasına yol açarlar. Bu durumda başlıca belirtiler kan basıncı yükselmesi, baş ağrısı, bulantı-kusmadır. Yavaş büyüyen tümörler daha sınırlı belirtiler, sıklığı ve şiddeti giderek artan sara nöbetleri yaparlar. Beyin tümörleri çoğunlukla yerel büyüme gösterir, medulloblastomlar beyin-omurilik sıvısı yoluyla gene sinir sistemine sınırlı yayılma yapabilirler. Sinir sistemi dışına yayılım yok denecek kadar azdır.

Belirtiler

Baş ağrısı hızlı büyüyen tümörlerde olur. Yirmi yaşının üzerinde kişilerde gelişen sara nöbetlerinin beşte biri tümöre bağlıdır.

Bayılma, baş dönmesi, geçici görme kaybı, uzun süren kafa içi basıncı artması uyku hali ve entellektüel fonksiyon kaybına yol açar.

Beyin **glial** tümörleri duyu, hareket ve kişilik bozukluğuna, be-yincik tümörleri denge kaybına yol açabilir. Beyin zarlarının kanser hücreleri ile tutulumu ise baş ağrısı, uyku hali, bilinç kaybına neden olabilir.

Omurilik tümörleri, barsak ve idrar torbası kontrolü kaybı, uyluk, bacak ve dış üreme organlarında duyu ve hareket bozukluğu yapabilir. Açıklanamayan baş ağrısı, sara nöbetleri, denge, kişilik ve hareket bozukluğu, fişkırır tarzda ve öğürtüsüz kusması olan kişilere bilgisayarlı tomografi yapılarak tanı konabilir.

Kafa içinde yer tutan bir kitle öncelikle beynin birinci ve ikinci (metastatik) tümörlerinin ayrımını gerektirir. Başka bir organın tümörünün beyne yayılması sonucu gelişen kitleler çoğunlukla birden fazladır.

Tedavi yaklaşımı bu iki türde benzerlik gösterir. Tek tümör varsa kitlenin çıkarılması gerekir. Beynin kendi tümörleri çoğunlukla tektir. Beyin dokusunun özelliği nedeniyle tümör geniş emniyet sınırı ile çıkarılamaz. Bu nedenle radyoterapi tedaviye eklenmelidir. Yüksek dereceli, hızlı büyüyen tümörlerde kemoterapi uygulanır. Birincil tümörlerde yaşam, tümörün cinsine, büyüme hızına bağlıdır. Yavaş büyüyen astrositomlarda 5 yıllık yaşam %60 iken, hızlı büyüyen glioblastomlar nadirdir.

İkincil tümörler ise çok kez olduğu gibi birden fazla sayıda ise cerrahi yaklaşımın yeri yoktur. Radyoterapi ve kemoterapi uygulanır. Bu tümörlerde asıl tümörün de tedavisi gereklidir. Prognoz tümörün cinsine ve yayılımına göre değişmekle birlikte beyne yayılmış bir tümör oldukça kısıtlı bir yaşam süresi anlamına gelir.

ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİ

Kanser erişkin çağda daha sık görülmesine karşın her yaşta görülebilen hastalıktır. Yaklaşık her yıl bir milyon çocukta 100 yeni kanser vakası çıkmaktadır. Çocuk ölümlerinin nedenleri ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ilgilidir. Gelişmiş ülkelerde başta enfeksiyonlar olmak üzere ölümlerin diğer nedenleri azaltıldığından ölüm nedeni olarak kanser daha ön plana çıkmaktadır. 1-14 yaşlarında kazalardan sonra kanser gelmektedir. Çocuklukta görülen kanserlerin cinsler de erişkinlerdekinden farklıdır. Bu nedenle çocukluk çağı kanserlerinde tedavi sonuçları da farklı olmaktadır. Bugün uygun tedavilerle çocukluk kanserlerinin %60'ında iyileşme mümkün olmaktadır. Çocuklarda en sık görülen kanserler cinsleri Tablo 4'te verilmiştir.

Aşağıdaki tabloda birinci sırayı alan lösemiler (kan kanseri) ülkemizde de birinci sıklıkta görülmektedir. Ancak bizim ülkemizde kesin rakamlar olmamakla birlikte, ikinci sırayı lenfomalar (beze kanserleri), üçüncü sırayı da beyin tümörleri almaktadır. Lösemi, beyin tümörleri ve beze kanserleri 5-9, yaşta en sık görülürken, yumuşak doku tümörleri, Wilms' (böbrek) tümörü, nöroblastom (sempatik sinir sistemi tümörü) gibi tümörler 0-4 yaş grubunda daha sık görülmektedir. Kemik tümörleri ise 10 yaşından sonra daha sık görülmektedir.

Tablo 4. Çocukluk çağında en sık görülen kanser cinsleri

Kanser cinsi	Görülüş oranı (%)
Lösemi	30
Beyin tümörleri	15
Lenfoma	10
Kemik ve yumuşak doku	14
Wilms tümörü	6
Nöroblastom	7
Reünoblastom	3
Diğerleri	15

Ülkemizde ilk sıralan alan kan kanserleri ve beze kanserlerinde ilk bulgular solukluk, halsizlik, vücudun değişik yerlerinden kanamalar, deride morarmalar, boyun, kasık ve koltuk altında büyük bezelerin ele gelmesi, karın şişliği gibi bulgulardır. Beyin tümörlerinde ise kafa içindeki kitlelerden dolayı havale geçirme, gözlerde kayma, kusma, yürüme bozukluğu, kol ve bacakların tutmaması gibi belirtiler çıkabilir. Böbrek tümörlerinde karın şişliği ve karında ele gelen kitle, idrardan kan gelmesi belli başlı belirtilerdir. Karın içinde olan tüm kanserlerde karın şişliğine ek olarak idrar yapmada güçlük, kaka yapmada güçlük, idrarda ve dışkıda kan gibi bulgular olabilir. Kemik kanserinde o bölgede şişlik ve ağrı görülür. Yumuşak doku tümörlerinde de tümörün olduğu yere göre değişen yukarıdakilere benzer bulgular görülmektedir. Bu şikayetleri gören ailelerin hemen bir hekime başvurması gerekmektedir.

Çocuklardaki kanserlerin tedavileri de erişkinlerdeki gibi cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi ile yapılmaktadır. Ancak bu tedaviler hastalıktan hastalığa, hatta hastadan hastaya farklılıklar gösterebilmektedir. Kanser cinsi, yaygınlık derecesi gibi

faktörler tedavide bazı değişiklikleri gerektirebilmektedir. Her hastada kullanılan ilaçlar bile farklı olabilmektedir. Ayrıca çocuklarda kullanılan ilaç tedavileri ile erişkinlerde kullanılanlar arasında fark vardır. Bu nedenle bu tedavilerin çocuk kanserleri uzmanının bulunduğu bir onkoloji merkezinde yapılması uygun olacaktır. Çocuklardaki kanserlerin tedavisi oldukça yüz güldürmektedir. Özellikle çocuklarda Wilms' tümörü, Hodgkin hastalığı gibi kanser türlerinde iyileşme şansının %90'lara kadar ulaştığı harika sonuçlar elde edilmiştir. Ne yazık ki, kanserin tedavisi olmadığı düşünülerek hastaneye getirilmeyen hastalar tedavi şansları olduğu halde kaybedilmektedirler. O halde başta anne ve babalar, sağlık personeli olmak üzere toplumun tüm birey ve kuruluşları böyle bir hastalık olduğunda vakit geçirmeden hekime başvurmak konusunda eğitilmelidirler.

Aileler kanser tedavisinin yan etkileri konusunda çok endişelenmektedirler. Bunlardan bulantı, kusma, saç dökülmesi gibi yan etkiler geçicidir. Ancak geç dönemde çıkabilecek sakatlıklar, iş bulmadaki güçlükler, okul problemleri, sosyal problemler konusunda aile ve hekim işbirliği içinde çalışmalıdırlar. Aileler kanser tanısının da verdiği korku ve umutsuzluk ile çocuğun genel durumunun başlangıçtaki kötülüğüne, bazen ya etkilerine bakarak tedaviden vazgeçebilmektedirler. Ancak yukarıda da belirtildiği gibi çocukluk çağı kanserlerinde bugün artık çok iyi sonuçlar alınmaktadır. Yakın gelecekte bu sonuçları daha da iyileştirilmesi mümkün olacaktır. Ülkemizde her türlü kanserin tedavisinin yapıldığı merkezler vardır.

Sonuç olarak anne-babalara düşen görev, çocuklarını iyi gözlemlmeleri, periyodik sağlık kontrollerine götürmeleri, herhangi bir şüpheli durumla karşılaştıkları zaman vakit geçirmeden doktora başvurmalarıdır. Ancak kanser dışı hastalıklarda benzer belirtiler görülebileceğinden aileler paniğe kapılmadan bütün bu işleri yapmalıdırlar.

Unutulmamalıdır ki, bugün kanserli her beş çocuktan üçünün kurtarılabilmesi mümkün olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer, Principles and Practice of Oncology. JB Lippincott Co., Philadelphia, 1989.
2. Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology, JB Lippincott Co., Philadelphia, 1989.
3. Klinik Onkoloji. Sherman CD, Çalman KD, Eckhardt S, Elsebai I, Fırat D ve arkadaşları. Uluslararası Kanser Savaş Örgütü Yayını Çeviri: Dinçer Fırat ve arkadaşları, Sağlık Bakanlığı ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Ankara, 1990.
4. Dinçer Fırat, Necati Küçükso. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu yayınlan, Ankara, 1987.
5. Dinçer Fırat. Medikososyal yönleri ile Türkiye'de kanser sorununun önemi. Hamdi Suat Aknar Konferansı IX. Türk Kanser Haberleri 121:7-9, 1991.
6. Namık Çevik, Faik Sarıalioğlu. Sigara içiminin İnsan Sağlığı Üzerine Et kileri Türk Kanser Haberleri Bülteni 118:44-47, 1988.
7. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Türkiye'de Kanser ihbarlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bakanlığı yayınlan, Ankara, 1990.
8. Fırat D. Türkiye'de ve Dünya'da Kanser ölümleri (1980-1981). Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayını, Saydam Matbaası, Ankara, 1983.
9. Bilir N. Cancer Incidence Studies in Etimesgut and Çubuk Health Districts. Kanser, Turkish Journal of Cancer 15: 39:44, 1985.
10. Tezer Kutluk, Türkiye'de ve Dünyada Kanser istatistikleri Türk Kanser Haberleri Bülteni. 119: 15-20, 1989.
11. Silverberg E, Lubera JA. Cancer Statistics 1989. Ca-A Cancer Journal for Clinician 39: 3-20, 1989.
12. Tannock IF, Hill Rp. The Basic Science of Oncology, Pergamon Press, Los Angeles, 1987.
13. Bernard CW, Derfman RF, Kanfman N. Malignant Lymphoma, Williams and Wilkins, Newyork, 1987.
14. Casciato DA, Lowitz BB. Manual of Clinical Oncology, Little Brown and Company, Boston, 1988.

