

Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavisinde Gecikmeler

Adnan Yılmaz, Aysun Aybatlı

Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Akciğer kanseri tanı ve tedavisindeki gecikmeler yaygın görülen bir problemdir. Gecikmeler hasta gecikmesi ve doktor gecikmesi olarak sınıflandırılır. Doktor gecikmesi, sevk, tanı ve tedavi gecikmelerini içerir. Çeşitli çalışmalar, bu gecikmelerin tümör evresini ve prognozu olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu yazıda tanı ve tedavi gecikmelerinin nedenleri, sonuçları ve çözümleri tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: akciğer kanseri, tanı, tedavi, gecikmeler

Toraks Dergisi, 2005;6(1):68-72

ABSTRACT

Delays in the Diagnosis and Treatment of Lung Cancer

Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer is a common problem. Delays may be classified as patient's and doctor's delays. Doctor's delay includes referral, diagnostic and treatment delays. Many studies indicated that delays may have negative effect on tumor stage and prognosis of lung cancer. In this paper, the causes, results and precautions for delays were discussed.

Keywords: lung cancer, diagnosis, treatment, delays

Toraks Dergisi, 2005;6(1):68-72

Geliş tarihi: 13.01.2004

Kabul tarihi: 02.05.2004

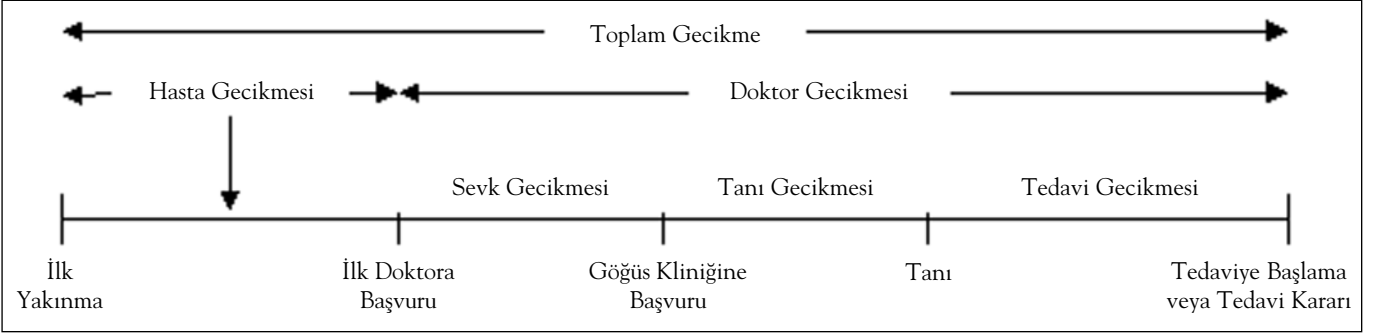
GİRİŞ

Akciğer kanseri, kadın ve erkekte en sık görülen ve en fazla ölüme yol açan kanserlerden biridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2001 yılında, yeni tanı konulan akciğer kanserli hasta sayısının 169 400 olduğu ve bunlardan 154 900'ünün bu yıl içinde öleceği tahmin edilmiştir [1]. Her yıl, dünyada yaklaşık 1 milyon kişi akciğer kanseri nedeniyle ölmektedir [2]. Akciğer kanserine bağlı ölümler, kansere bağlı tüm ölümlerin erkeklerde %31'ini, kadınlarda ise %25'ini oluşturur ve bu ölümlerin sayısı, en yaygın 3 organ (meme, prostat ve kolon) kanserine bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır [1].

Akciğer kanserinde prognoz üzerine etki eden faktörlerin başında tümör evresi gelmektedir. Akciğer kanserli olguların yaklaşık %49'u başlangıçta uzak metastaza sahiptir. Bu hastaların %26'sında mediasten lenf bezi tutulumu saptanır [1]. Başvuru sırasında akciğer kanserli olguların %80'i inoperabl olup, sadece %20 olgu cerrahi tedaviye adaydır [3]. Uzak metastaz bulunan küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgular, tedavi edilmediklerinde 4-5 aylık ortalama sağkalım süresine sahiptirler ve bu olguların sadece %10'u 1 yıl yaşamaktadır [4]. Beş yıllık sağkalım oranı evre IA'da %67, IB'de %57, IIA'da %55, IIB'de %39 ve IIIA'da %23 olarak bildirilmiştir. Sadece tümör çapının değiştiği evre IA ve IB olgular arasında bile 5 yıllık sağkalım oranı açısından %10 fark bulunmaktadır [5].

Tanı ve tedavi gecikmeleri, akciğer ve akciğer dışı organ kanserli hastalarda yaygın görülen bir sorundur [6-11]. Bir

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Adnan Yılmaz
Zümrütevler Atatürk Cad. Abant Apt. No: 30, Maltepe 81530 İstanbul
Tel : (0532) 287 74 97
E-posta : elifim@rt.net.tr



Şekil 1. Tanı ve tedavi gecikmelerinin sınıflandırılması.

çok çalışmada, tanı ve tedavi gecikmelerinin tümör evresini ve prognozu olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmektedir [8,12,13]. Bu yazıda, akciğer kanserli hastalardaki tanı ve tedavi gecikmelerinin boyutu, olası nedenleri, klinik sonuçları ve çözüm önerileri anlatılmıştır.

Gecikmelerin Tanımı ve Sınıflandırılması

Akciğer kanserli hastada ilk yakınmaların başlangıcından tedavinin yapıldığı veya tedavi kararının verildiği güne kadar geçen süre çeşitli alt bölümlerden oluşur. İlk yakınmaların başlangıcından, hastanın ilk doktora başvurmasına kadar geçen süre "hasta başvuru süresi" olarak tanımlanır. Hasta başvuru süresi için kabul edilebilir süre 30 gündür. Hasta başvuru süresinin 30 günü aşması "HASTA GECİKMESİ" olarak adlandırılır [7,14]. "DOKTOR GECİKMESİ", ilk doktora başvuru ile tedavi başlangıcı arasındaki sürede meydana gelen gecikmeleri tanımlar [12]. Bu dönem çeşitli alt gruplara ayrılabilir. İlk doktora başvuru ile bir göğüs hastalıkları uzmanı veya göğüs hastalıkları merkezine başvuru arasındaki dönem "sevk süresi", göğüs hastalıkları uzmanı veya göğüs hastalıkları merkezine başvuru ile patolojik tanının elde edilmesi arasındaki dönem "tanı süresi", patolojik tanının elde edilmesi ile tedavinin başladığı veya tedavi kararının verildiği zaman arasındaki dönem "tedavi süresi" olarak adlandırılır. Bu sürelerdeki gecikmeler sırasıyla "SEVK GECİKMESİ", "TANI GECİKMESİ" ve "TEDAVİ GECİKMESİ" olarak tanımlanmaktadır [13,15-17]. İlk yakınmaların başlangıcından tedavi başlangıcına kadar olan süredeki gecikmeler (hasta gecikmesi + doktor gecikmesi) toplam gecikme olarak kabul edilmektedir [10,17]. Gecikmelerin alt grupları Şekil 1'de tanımlanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, hasta gecikmesi için 30 günün üzerindeki süreler kriter alınırken, doktor gecikmesi ve alt bölümleri için herhangi bir süre belirtilmemiştir. İngiliz Toraks Derneği, akciğer kanserli hastaların tanı ve tedavi başlama süreleri konusunda çeşitli önerilerde bulunmuştur [18]. Bu önerilerin başlıcaları şunlardır:

1. Pratisyen hekimler ve göğüs hastalıkları dışındaki uzman doktorlar, radyolojik veya klinik olarak akciğer kanseri düşündükleri hastaları hızlı bir şekilde göğüs hastalıkları uzmanına sevk etmelidirler.
2. Hastanedeki hastalar 2 işgünü içinde, dışarıdan sevk edilen hastalar ise 1 hafta içinde göğüs hastalıkları uzmanı tarafından konsülte edilmelidir.
3. Göğüs grafisi çekilmesi ile göğüs hastalıkları kliniğine/hekimine başvuru arasındaki süre 2 haftayı aşmamalıdır.
4. Bronkoskopi ve diğer tanısal işlemlerin yapılması ve patoloji sonuçlarının elde edilme süresi, işlemin yapılmasına karar verildikten sonra 2 haftayı geçmemelidir.
5. Göğüs hastalıkları hekimine başvuru ile torakotomi arasındaki süre 8 haftayı aşmamalıdır. Bazı çalışmalarda bu süre 6 hafta olarak kabul edilmektedir [16].
6. Cerrahi kararı ile torakotomi arasındaki süre 4 haftayı geçmemelidir.
7. Radyoterapi planlanan olgularda acil radyoterapi 2 işgünü, palyatif radyoterapi 2 hafta, radikal radyoterapi 4 hafta içinde başlamalıdır.
8. Kemoterapi için sevk edilen hastalar bir hafta içinde görülmeli ve kemoterapilerine 7 işgünü içinde başlanmalıdır.

Tanı ve Tedavi Gecikmelerinin Boyutu

Akciğer kanseri tanı ve tedavisindeki gecikmeleri değerlendiren çalışmalarda, gecikmelerin boyutu ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir. Koyi ve arkadaşları [7], akciğer kanserli ve göğüs tümörlü 134 olguyu kapsayan çalışmalarında, ortalama hasta gecikmesini 43 gün, toplam gecikmeyi 203 gün olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, toplam gecikme süreleri 2 yılı aşan olgular rapor edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Milleron ve arkadaşları [19], 72 olguluk serilerinde ortalama süreyi hasta gecikmesi için 103 gün, doktor gecikmesi için 88 gün ve total gecikme için 155 gün olarak rapor etmişlerdir. Ülkemizde

Gecikme	Ortalama	Ortanca	En Küçük	En Büyük
Hasta gecikmesi	43	21	0	256
İlk doktor gecikmesi	56	33	0	477
Uzman doktor gecikmesi	33	9	0	720
İlk yakınma-tanı	136	110	9	754
İlk yakınma-tedavi	203	189	20	794
Kaynak No: 7.				

Süre	Ortalama (±Standart Sapma)	Olgu Sayısı
Hasta gecikmesi	63.7±78.7	216
Doktora başvuru-tanı	14.1±20.7	196
Tanı-tedavi	27.3±35.9	132
Doktora başvuru-tedavi	47.5±76.9	127
İlk yakınma-tedavi	101.6±86.3	126
Kaynak No: 11.		

Süre	Ortalama	%95 CI
İlk yakınma-cerrahi	109	92-127
İlk yakınma-göğüs kliniği	32	21-42
İlk yakınma-akciğer grafisi	26	14-38
Akciğer grafisi-göğüs hast. doktoru	15	8-21
Göğüs hast. doktoru-cerrahiye sevk	58	45-71
Bronkoskopi	14	6-21
Toraks bilgisayarlı tomografisi	18	13-23
Transtorasik iğne aspirasyonu	15	10-20
Cerrahiye sevk-operasyon	24	19-30
Cerrahiye sevk-konsültasyon	10	4-16
Mediastinoskopi	20	11-29
Kaynak No: 18.		

bu gecikmelerin değerlendirildiği bir çalışmada, 63.7 gün gibi uzun bir ortalama hasta gecikme süresi saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları Tablo II'de belirtilmiştir [11].

Billing ve Wells [10], serilerinde gecikme sürelerini daha farklı alt gruplar için değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada, yakınmaların başlaması ile ilk akciğer grafisi çekilmesi arasındaki süre ortalama 26 gün bulunurken, bronkoskopi için 14 günlük, tomografi için ise 18 günlük gecikme süresi bildirilmiştir (Tablo III). İngiltere'deki iki hastaneye ait gecikme sürelerini değerlendiren bir çalışmada, toplam gecikme süresinin 99 ve 109 gün, bronkoskopi süresinin 6 ve 14 gün ve transtorasik biyopsi süresinin 46 ve 15 gün olarak bulunduğu rapor edilmiştir [6]. Farklı organ kanserli hastaları içeren ve 1974 ile 1980 yıllarındaki gecikme oranlarını karşılaştıran bir çalışmada, akciğer kanserli olgularda diğer organ kanserli olgulardakine benzer şekilde, hasta gecikmesinin %39.6'dan %50.9'a yükseldiği, buna karşın doktor gecikmesinin %45.8'den %35.1'e düştüğü gözlenmiştir. Gecikmeye sahip olguların oranı ise %75'ten %45.6'ya düşmüştür [8]. Silva ve arkadaşları [14], serilerinde hastaların %30'unda hasta gecikmesinin söz konusu olduğunu saptamışlardır.

Gecikmelerin Evre ve Prognoz Üzerine Etkisi

Tanı ve tedavi gecikmelerinin tümör evresi ve prognoz üzerine etkisi konusunda farklı sonuçlar bildirilmektedir.

Billing ve Wells [10], ortalama toplam süreyi evre I olgularda 119 gün, evre II olgularda 123 gün, evre III olgularda 92 gün ve evre IV olgularda 93 gün olarak bulmuşlar ve gecikmelerin tümör evresini etkilemediğini bildirmişlerdir. Aragonese ve arkadaşları [16], sadece cerrahi tedavi uygulanan hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında, gecikme sürelerinin olguların patolojik evresini etkilemediğini rapor etmişlerdir. Bir başka çalışmada, kısa gecikme süresinin daha kötü bir prognozla ilişkili olduğu rapor edilmiştir [20].

Christensen ve arkadaşları [12], çalışmalarında, gecikme süresinin evre I ve II'deki olgularda evre III ve IV'teki olgulardakine göre daha kısa olduğunu saptamışlardır. Robinson ve arkadaşları [8], kanser tanısındaki gecikmelerin önlenmesiyle sağkalım süresinin uzayabileceğini açıklamışlardır. Bir başka çalışmada, sevk süresindeki gecikmelerin kötü prognozla ilişkili olduğu, hasta gecikmesi ve sevk gecikmesini azaltacak önlemlerin alınması gerektiği bildirilmiştir [13].

Tablo IV. Doktor gecikmesinin olası nedenleri

■ Akciğer grafisi çekilmemesi
■ Akciğer grafilerinin değerlendirilmesinde hatalar
■ Doktorların akciğer kanserinden şüphelenme indekslerinin düşük oluşu
— Başka tanı düşünüp gereksiz tetkik isteme
— Yakınlara yönelik tedavi verme
■ Gereksiz tanısal işlemlerin uygulanması
■ Gerekli tanısal işlemlerin uygulanmaması
■ Hastanın tanı işlemlerini kabul etmemesi
■ Medikal servislerin yetersizliği
■ Laboratuvarların (bronkoskopi, patoloji vb.) yetersizliği
■ Sağlık sistemindeki eksiklikler
■ Hastayla ilgili faktörler

Gecikmelerin Nedenleri ve Çözümler

Akciğer kanseri tanı ve tedavisindeki gecikmelerin araştırıldığı çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu çalışmalarda gecikmelerin nedenleri ayrıntılı olarak değerlendirilmemiştir. Akciğer tüberkülozlu hastalarla benzer yakınmalara sahip oldukları göz önünde bulundurulduğunda, akciğer tüberkülozu için bildirilen hasta gecikmesi üzerinde etkili faktörlerin akciğer kanserli hastalar için de geçerli olabileceği açıktır. Yaş, cinsiyet, ekonomik koşullar, eğitim düzeyi ve sosyokültürel faktörler hasta gecikmesini etkileyebilecek başlıca faktörlerdir [21]. İspanya'da yapılan bir çalışmada, kırsal-kentsel yaşam dışında bu faktörlerin hiçbirinin hasta başvuru süresini etkilemediği gösterilmiştir [15]. Sosyal güvenlik sistemiyle ilgili olumsuzluklar ve sağlık sistemindeki eksiklikler hasta gecikmesini olumsuz etkileyebilir. Hastaların yakınmalarını önemsememeleri veya bunları eşlik eden diğer hastalıklarına bağlamaları da hasta gecikmesi için olası nedenler olabilir. Koyu ve arkadaşları [7], hasta gecikmesinin azaltılabilmesi için toplumun eğitilmesini ve hastaların sağlık kurumlarına ulaşmalarının kolaylaşmasını, 2 önemli çözüm yöntemi olarak bildirmişlerdir.

Doktor gecikmesi için çeşitli nedenler bildirilmektedir. Brezilya'da yapılan iki çalışmada, medikal servislerin yetersizliği, sevlerde gecikmeler ve tanısal/yardımcı testlerin düşük performansı gecikmelerden sorumlu tutulmuştur [14,22]. Akciğer kanserli hastaların takibinde görev alan hekimlerin, özellikle de ilk basamak hekimlerinin akciğer kanseriyle ilgili bilgilerinin ve şüphelenme indekslerinin düşüklüğü doktor gecikmesi için önemli bir nedendir [7,19]. Milleron ve arkadaşları [19], ilk başvuruyu pratisyen hekim-

lere yapan olgularda, göğüs hastalıkları uzmanına başvuran olgulardakine göre daha uzun gecikme sürelerinin söz konusu olduğunu rapor etmişlerdir.

Tablo IV, doktor gecikmesinin olası nedenlerini göstermektedir. Kronik akciğer yakınmasına sahip olgularda akciğer grafisi çekilmemesi yaygın bir sorundur [21]. Çekilen akciğer grafileri %25-90 oranında yanlış değerlendirilmektedir. Yanlış değerlendirilen lezyonların %28'i 1-3 cm, %12'si ise 3-4 cm çapındadır [23]. Gecikmelerin önemli bir nedeni de, doktorların başka tanı düşünmeleri veya semptomatik tedavi vermeleridir. Küçük hücreli akciğer kanserli olguları içeren bir çalışmada, olguların %40'ında başka tanılar düşünüldüğü bildirilmiştir [24]. Gonzalez ve arkadaşlarının çalışmasında, tanı süresi boyunca hastaların %80'inin 2 veya daha fazla doktor tarafından değerlendirildiği, %44 olgunun 2 veya 3, %12'sinin 6, sadece %17 olgunun 1 doktor başvurusuna sahip olduğu rapor edilmiştir [15]. Gereksiz tanısal işlemler uygulanması veya tanısal yöntemlerin uygun şekilde yapılmaması doktor gecikmelerinin diğer bir önemli nedenidir [16,25]. Hastaların tanısal işlemleri kabul etmemesi tanı gecikmelerine neden olabilir [25]. Akciğer kanserli olguların %10'unda paraneoplastik sendromlar görülebilir [26]. Bu bulguların tanınması, akciğer kanserli olgularda gecikmeleri azaltabilir. Akciğer kanserli olguların %6'sı yakınmasız olabilir [27]. Riskli grupların düşük doz bilgisayarlı tomografiyle taranması, yakınmasız olguların tanısındaki gecikmelerin azaltılmasına yönelik diğer bir önlem olabilir [28]. Sağlık sistemindeki sorunlar ile medikal servislerin ve laboratuvarların yetersizliği, doktor gecikmesine yol açabilecek diğer nedenlerdir.

Bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda, doktorların eğitimi ve akciğer kanserinden şüphelenme indekslerinin yükseltilmesi, tanısal yöntemlerin uygun şekilde uygulanması, sağlık ve laboratuvar sistemindeki eksikliklerin giderilmesi, gereksiz medikal incelemelerden kaçınılması, doktor gecikmesini azaltacak ana girişimlerdir.

SONUÇ

Akciğer kanseri tanı ve tedavisindeki gecikmeler, önemli ve yaygın bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Ülkemizde tanı ve tedavi gecikmelerinin boyutunu ve olası nedenlerini ortaya koyan ileriye dönük çalışmalara gereksinim vardır. Bu özellikte çalışmalar yapılarak sorunun boyutu, nedenleri, sonuçları ve çözümleri ortaya konulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Thomas A, Murray T et al. Cancer statistics, 2002. *Ca Cancer J Clin* 2002;52:23-47.
2. Carney DN. Lung cancer: time to move on from chemotherapy. *N Engl J Med* 2002;346:126-8.

3. Scagliotti G. Symptoms, signs and staging of lung cancer. *European Respiratory Monograph* 2001;17:86-119.
4. Schiller JH, Harrington D, Belani CP et al. Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2002;346:92-8.
5. Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. *Chest* 1997;111:1710-7.
6. Boldy DA, Lim WS, Salama FD. Delays in the diagnosis and surgical treatment of lung cancer. *Thorax* 1997;52:837.
7. Koyi H, Hillerdal G, Branden E. Patient's and doctor's delays in the diagnosis of chest tumors. *Lung Cancer* 2002;35:53-7.
8. Robinson E, Mohilever J, Zidan J, Sapir D. Delay in diagnosis of cancer: Possible effects on the stage of disease and survival. *Cancer* 1984;54:1454-60.
9. Goodson WH, Moore DH. Causes of physician delay in the diagnosis of breast cancer. *Arch Intern Med* 2002;162:1343-8.
10. Billing JS, Wells FC. Delays in the diagnosis and surgical treatment of lung cancer. *Thorax* 1996;51:903-6.
11. Özlü T, Bülbül Y, Öztuna F, Çan G. Akciğer kanseri tanısını ne kadar sürede koyabiliyoruz? *Tüberküloz ve Toraks* 2002;50:288-91.
12. Christensen ED, Harvald T, Jendresen M et al. The impact of delayed diagnosis of lung cancer on the stage at the time of operation. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;12:880-4.
13. Bozcuk H, Martin C. Does treatment delay affect survival in non-small cell lung cancer? A retrospective analysis from a single UK centre. *Lung Cancer* 2001;34:243-52.
14. Silva PPA, Pereira JR, Ikari FK, Minamoto H. Cancer de pulmão e retardo diagnóstico: análise de 300 casos (Abstract). *Rev Ass Med Brasil* 1992;38:145-9.
15. Gonzalez JM, de Castro FJ, Barrueco M et al. Delays in the diagnosis of lung cancer. *Arch Bronconeumol* 2003;39:437-41.
16. Aragonese FG, Moreno N, Leon P et al. Influence of delays on survival in the surgical treatment of bronchogenic carcinoma. *Lung Cancer* 2002;36:59-63.
17. Dische S, Gibson D, Parmar M, Saunders MI. Time course from first symptom to treatment in patients with non-small cell lung cancer referred for radiotherapy: a report by the CHART Steering Committee. *Thorax* 1996;51:1262-5.
18. BTS. BTS recommendations to respiratory physicians for organising the care of patients with lung cancer. *Thorax* 1998;53 (Suppl 53):1-8.
19. Milleron B, Mangiapan G, Terrioux PH et al. Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer. *Thorax* 1997;52:398.
20. Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G et al. Effects of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 2004;59:45-9.
21. Yılmaz A, Boğa S, Sulu E et al. Delays in the diagnosis and treatment of hospitalized patients with smear-positive pulmonary tuberculosis. *Respir Med* 2001;95:802-5.
22. Pereira JR, Ikari FK, Minamoto H, Cassioli JC. Delay factors in the diagnosis of lung cancer: a public health problem. *Rev Paulista Med* 1991;109:109-12.
23. Quekel LG, Kessels AG, Goei R, van Engelshoven JM. Miss rate of lung cancer on the chest radiograph in clinical practice. *Chest* 1999;115:720-4.
24. Rachtan J, Pawlicki M. Causes of delayed treatment of patients with small cell lung cancer. *Pneumonol Pol* 1990;58:615-9.
25. Yoshimoto A, Tsuji H, Takazakura E et al. Reasons for the delays in the definitive diagnosis of lung cancer for more than one year from the recognition of abnormal chest shadows. *Intern Med* 2002;41:95-102.
26. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003;123 (Suppl 1):97-104.
27. Carbone PP, Frost JK, Feinstein AR et al. Lung cancer: perspectives and prospects. *Ann Intern Med* 1970;73:1003-24.
28. Bach PB, Niewoehner DE, Black WC; American College of Chest Physicians. Screening for lung cancer: the guidelines. *Chest* 2003;123 (Suppl 1):83-8.