

# Klinik Radyolojik Uyumsuzluklar; Klinisyen Beklentisi

Savaş Koçak

## ÖĞRENME HEDEFLERİ

- Meme Hastalıkları ile İlgilinenen Klinisyen ve Radyologlar Arasındaki Doğru İletişimin Gerekliğini Hatırlatmak
- Disiplinler Arasında Karşılıklı Beklenti ve İletişim Sorunlarını Belirlemek
- Bu Sorunların Ortaya Çıkmasında Disiplinlerin Sorumlulukları ve Ülkemizdeki Hekimlik Ortamının Etkilerini Tartışmak
- Radyologların Meme Hastalıkları Tanısında Klinisyenleri Doğru Yönlendirmek için Neler Yapabileceklerini Tartışmak
- Meme Görüntüleme Raporlarında BI-RADS Bulunmasının Önemini Vurgulamak
- Kaynaklar

## Hekimler, “Performans Baskısı” ve “Malpraktis Korkusu” Arasına Sıkışmış Durumdadır!

Gelişmiş ülkelerde son 15 yılda meme hastalıklarına tanısız girişimlerdeki gelişme süreci, cerrahi biyopsinin tamamen terk edilmesi ve yerini görüntüleme eşliğinde iğne biyopsi tekniklerine bırakması biçimindedir. Ülkemizde ise, cerrahi meme biyopsilerinin de içinde olduğu küçük cerrahi işlemler 2006 yılından sonra hızla artmıştır.

Ülkemizde 2006 yılından bu yana kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin gelirleri performansa göre ödeme sistemi ile belirlenmektedir. Hekimlere, hasta görme ve girişim yapma sayılarına göre ödeme yapılmaktadır.

Performansa göre ödeme (PGÖ) sistemi hekim ücretlerini belirlemede görece yeni bir yöntemdir ve pek çok ülkede hizmetin küçük bölümlerini kapsayacak biçimde sınırlı olarak

kullanılmaktadır. Bu sistem, hekimlik uygulamasının başarısını ya da hasta memnuniyetini değil sadece nicelik olarak yapılan işi değerlendirir. Performansa göre ödeme ile ilgili olarak yapılan birçok bilimsel araştırmadan çıkan sonuç, bu sistemin sağlık hizmetlerinin dokümantasyonu konusunda yararlı olduğu, ancak hizmet kalitesini arttırmadığı biçimindedir. Üstelik performans sistemi bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirmektedir [1, 2]. Bu durum hekimliğin temel ilkelerine aykırıdır [3].

Diğer yandan 2005 yılında değişen yasal mevzuat, hekimlerin hukuki ve cezai sorumlulukları konusunda kapsamlı değişiklikler yapmıştır. Bunun sonucunda da son yıllarda tıbbi malpraktis ile ilgili gerek ceza gerekse tazminat davalarında büyük bir artış olmuştur [4]. Bu yasal değişikliklerle birlikte Türk hekimleri “Çekinik Tıp Uygulamaları” (defensive medical practice) geliştirmiştir. Sorumluluk almaktan kaçınma ref-

leksinin, hastaya yararlı olma amacının önüne geçmesi de hekimliğin temel ilkelerine aykırıdır.

Türk Cerrahi Derneği tarafından 2010 yılında genel cerrahi uzmanlarına “Performans sistemi hakkında online görüş ve öneri sistemi” anketi yapılmıştır. “Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra endikasyon dışı ameliyat sayısında ve/veya etik sorunlarda artış olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna meslektaşlarımızın %84’ü “Evet” yanıtını vermişlerdir [5].

Bu olumsuz mesleki koşullara ek olarak Sağlık Bakanlığı tarafından, hoşnutsuz hastaların hekimi şikayet etmelerini teşvik eden telefonla başvuru sistemi oluşturulmuştur [6]. Sonuçta bugün ülkemizde radyoloji uzmanları, başvuran tüm hastalara mamografi ve meme ultrasonografi (US) uygulamak ve raporlamak zorundadır. Bu durum, bir hastaya “sağlıklı bir değerlendirmeye olanak vermeyecek kadar az zaman” ayırarak, “olabildiğince çok sayıda hastaya” bakma sonucunu doğurmaktadır.

Diğer taraftan, mamografi ve meme US raporlayan radyoloğun başının üzerinde bir de meme kanserini “atlasarsa” ve dava edilirse, mevcut malpraktis uygulamalarına göre “başına gelecekler” kılıcı sallanmaktadır. Malpraktis davalarının çok yaygın olduğu Amerika Birleşik Devletleri’nde tüm tıp disiplinleri gibi meme radyologlarının da hata yapmasını bekleyen “şahin avukatlar” vardır. Bu kişiler, meme kanseri tanısının geciktiğine inanan hastaları dava açmaya çağıran tanıtımlar yapabilmektedir [7]. Bunun sonucunda Amerikalı radyologlar meme kanserini “atlama” korkusu ile çekinik raporlar yazar ve aşırı meme biyopsisi önerir hale gelmişlerdir [8].

“Kanser”, insanları en çok korkutan sözcük olduğu için, “kanserin atlanması” olasılığı da bu alandan yarar sağlayabilecek olan çevrelerin iştahını kabartan bir tanımdır. Ülkemizde henüz hekimlere karşı mesleki hata davalarının sayısı ve yargının belirlediği tazminat cezaları ABD’deki boyutlarda değildir. Ancak sağlık otoritesinin hastaları hekimleri şikayet etmeye çağırmak için merkezi bir sistem kurduğu tek ülke de Türkiye’dir [6]. Bu durum, hekimlere yönelik mesleki hata yargılamalarında olumsuz bir geleceğin habercisidir.

## Hekimler,KendileriniGeliştiremiyorlar! Mesleki Bilgi ve Becerilerine Güvenmiyorlar!

Tıp eğitimi, tıp fakültesinde başlayan ve hekimin yaşamı boyunca devam eden bir süreçtir. Hekimin iyi bir sağlık hizmeti sunabilmesi ve gerekli olan bilgi ile becerilerini geliştirilmesi için tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminden sonra devam eden etkinlikler «Sürekli Tıp Eğitimi» (STE) olarak tanımlanır [9]. Günümüzde hekimlik mesleğini doğru biçimde sürdürebilmek için gereken bilgiler büyük bir hızla artmaktadır.

Günümüzde STE etkinlikleri ticari bir boyut kazanmış ve bunun yarattığı çıkar çatışmaları ciddi bir sorun haline gelmiştir. Tıbbi kongre, sempozyum ve kurslar, ilaç ve biyoteknoloji endüstrisinin finansal desteğinde düzenlenen ve katılım ücretleri çok pahalı etkinlikler haline gelmiştir. Sürekli tıp eğitimi etkinliklerinin çok yıldızlı otellerde ya da tatil köylerinde yapılması katılımın maliyetini çok daha fazla arttırmakta ve hekimlerin bu eğitimlerden yararlanmasını güçleştirmektedir. Hekimlerin bu etkinliklere kendi olanakları ile katılmaları olanaksız hale gelmiştir [10]. Maddi sorunlar bir yana, olabildiğince çok hastaya bakma, rapor yazma baskısı sonucunda hekimler ne kongre gibi hizmet içi eğitim toplantılara katılmaya, ne de bireysel okumaya yeterli zaman ayırbilmektedir. Tıbbın tüm disiplinlerinde hızlı gelişmeler olurken, kendilerini geliştirmeye ayıracak zaman bulamayan Türk hekimleri fakülte veya uzmanlık eğitiminde aldıkları bilgilerle meslek yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaktadır.

Tıbbın gelişimi, hekimlerin bilgi ve beceri birikimlerini sınırlı alanlarda yoğunlaştırmaları zorunluluğu doğmuştur. On dokuzuncu yüzyılda oluşmaya başlayan uzmanlık dalları giderek bağımsız disiplinlere dönüşmüş, günümüzde ise bu disiplinler kendi içinde yan dallara ayrılmıştır.

Özellikle radyoloji gibi ileri teknoloji kullanılan ve gelişmelerin çok hızlı olduğu bir disiplinde çalışma alanını daraltmayan bir hekimin yenilikleri izleyebilmesi çok zordur.

Bazı gelişmiş ülkelerde meme radyolojisi bir uzmanlık yan dalı olarak tanımlanmıştır [11]. Ancak çoğu ülkede olduğu gibi ülkemizde de böyle bir yan dal yasal olarak yoktur. Bazı radyologlar “sadece” ya da “ağırlıklı olarak” meme hastalıkları ile ilgilenmektedir. İlgi alanının daralması mesleki olarak kendini geliştirmeyi kolaylaştırmakta, deneyim birikimini hızlandırmaktadır. Ne yazık ki çok az sayıda meslektaşımız, genellikle de büyük kentlerde ve büyük eğitim hastanelerinde çalışanlar böyle bir yönelime olanak bulmaktadır.

Çoğu radyoloji uzmanı ise, meme gibi görüntülemenin bazen çok güç olabildiği bir organı değerlendirirken kendilerine yeterince güvenmemektedir. Bir yandan da performans sisteminin baskısı altında olan bu meslektaşlarımız, hastaya çok az zaman ayırarak yapabildikleri değerlendirmelerin sonunda meme görüntüleme raporlarını yazmak zorundadır. Malpraktis (“atlama”) korkusunun da eklenmesi sonucunda, meme görüntüleme raporları öncelikli olarak “sorumluluk almaktan kaçınma” amacıyla yazılmaktadır.

### Memeyi Kim, Ne Zaman Değerlendirmeli?

Meme kanseri erken tanısı için toplum taramalarının hangi yaşta başlayacağına, o toplumda meme kanserinin görülme yaşlarına göre karar verilir. Örneğin; İngiltere’de Ulusal Sağlık Sistemi, meme kanserinin postmenopozal kadınları tehdit eden bir sorun olarak tanımlandığı dönemde kadınları 50 yaşından sonra taramaya çağırmıştır. Ancak hastalığın çok daha genç yaşlarda görüldüğünün fark edilmesiyle taramaya başlama yaşını 47’ye indirmiştir [12]. Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu veri tabanına göre ülkemizde meme kanserlerinin %17’si 40 yaş altında görülmektedir [13]. Bu nedenle ülkemizde meme taramaları en geç 40 yaşta, risk grubundaki hastalarda daha erken yaşlarda başlatılmalıdır.

Meme kanseri tanısı olmayan bir kadının meme izlemi klinisyen ve radyolog tarafından birlikte yapılmalıdır. Toplum taramalarının

da yüksek risk grubunda olmayan kadınların meme muayenesi bu konuda deneyimi olan kadın doğum uzmanı, genel cerrah veya aile hekimi tarafından yapılır. Radyolojik değerlendirme de deneyimli bir genel radyolog tarafından yapılır.

Radyoloji gibi cerrahi disiplininde de meme cerrahisi yasal olarak tanımlanmış bir yan dal değildir. Diğer yandan yine radyoloji gibi genel cerrahi alanında da sadece veya ağırlıklı olarak meme hastalıkları ile ilgilenen cerrahlar vardır. Meme kanseri için yüksek risk grubunda olan (genetik risk, geçirilmiş kanser, prekanseröz lezyonlar, vb.) kadınların izlemi, çalışma alanını meme hastalıklarına yoğunlaştırmış olan cerrahlar ve radyologlar tarafından yapılmalıdır.

Meme kanseri erken tanısında kadına düşen sadece çağırıldığı zaman muayene ve görüntülemeye gitmektir. Kendi kendini muayene, yıllık izlemine aksatmamak koşuluyla, bir kadının kendi kuşkulandığı bir belirti olursa, hekime başvurmasını sağlamayı amaçlar. Ancak kendi kendine muayene bugün ülkemizdeki algılanışıyla ne yazık ki meme kanseri tanısını geciktiren bir olgu durumundadır. Meme kanseri çok ilgi çeken bir konu olduğu için, basın yayın organlarında farkındalık yaratmanın çok ötesinde bir yer bulmaktadır. Kadınlara kendi kendini muayene abartılı biçimde anlatılmakta ve övülmektedir. Bu da kendi kendine meme muayenesini bir mit haline getirmiş ve taramaya alternatif olarak algılanmasına neden olmuştur.

### Biz Klinisyenler, Radyologlardan Ne Bekliyoruz?

Radyologlar, meme görüntüleme raporunda yalnızca bulgularını sıralamak yerine yorum ve önerilerini de yazmalıdır. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) sınıflandırmasının kullanılması bu yorumların standart biçimde ifade edilmesini sağlamıştır. BI-RADS kullanılan görüntüleme raporları klinisyen için yol gösterici olmaktadır. Bugün biz klinisyenlerin radyologlardan öncelikli beklentimiz tüm raporlarda BI-RADS sınıflandırmasını görmektir.

Radyolojinin klinik değerlendirmeye göre üstünlüğü, belirti ve bulgusu olmayan meme hastalıklarının tanısına olanak sağlamasıdır. Günümüzde tarama programlarının başarılı uygulandığı ülkelerde meme kanserlerinin büyük bölümü klinik belirti ve bulgusu yokken, radyolojik yöntemlerle tanınmaktadır. Tarama mamografilerinin uygulanması meme kanserine bağlı ölümleri belirgin biçimde azaltmıştır [14, 15]. Bu durum, meme kanserinin erken tanısında radyolojinin etkin disiplin olmasını sağlamış, radyoloji disiplininin içinde de meme radyolojisinin önemini artırmıştır [16].

Klinik bulguları olan ve klinik tanı koyabildiğimiz olgularda da radyologlardan beklentilerimiz vardır. **Ele gelen bir kitlesi olan ve klinik olarak meme kanseri tanısı konan bir hastada patolojik tanı için asla cerrahi biyopsi yapılmamalıdır. Ameliyat bir tanı değil, tedavi yöntemidir. Meme kanserinde, eğer tanı için cerrahi girişim yapılmışsa, hasta sadece bu nedenle daha sonra sentinel lenf nodu biyopsisi veya meme koruyucu tedavi şansını kaybedebilmektedir.** Günümüzde meme kanseri patolojik tanısı için geçerli uygulama görüntüleme eşliğinde yapılan (ince iğne aspirasyonu ve kor biyopsinin birbirlerine göre avantaj ve dezavantajları bu yazının konusu değil) iğne biyopsisidir. Palpe edilebilen kitlelerde de iğne biyopsisi US eşliğinde yapılmalıdır [17].

Klinik tanı koyduğumuz hastalarda radyologdan ikinci beklentimiz, klinik bulgusu olmayan başka lezyonların varlığının değerlendirilmesidir. Kanser olgularında çoklu odakların ve karşı memenin değerlendirilmesi tedavi planının yapılması için çok önemlidir. Meme kanserinde çok odaklılığın saptanmasında en etkin yöntem, manyetik rezonans görüntülemesidir. Ancak meme MRG yanlış pozitiflik nedeniyle meme koruyucu cerrahi şansı olabilecek bazı hastalarda, mastektominin zorunlu olduğunun sanılmasına neden olabilmektedir [18, 19]. Meme kanseri olgularında çok odaklılığın ekarte edilmesi amacıyla uygulanacak yöntem konusunda her olgu için radyolog ve klinisyen birlikte karar vermelidir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) hiç de seyrek olmayan biçimde “sadece MRG ile görülebilen” lezyonlar saptanmaktadır. Bu

nedenle uluslararası radyoloji kılavuzlarında meme MR görüntülemenin, MR kılavuzluğunda biyopsi olanağı olan merkezlerde veya bu merkezlere kolay ulaşım sağlanabileceksen yapılımasını önermektedir [20].

Sadece meme kanseri tanısı alan hastaların tedavi planında değil, tüm hastaların tarama ve tanı aşamalarında ilgili disiplinler doğru bir iletişim içinde olmalıdır. Ancak ne yazık ki bu çok ender olarak gerçekleştirilebilmektedir.

**Klinisyen, radyolog ve gerektiğinde patoloğun iyi bir iletişim içinde olması, meme hastalıklarının tanısı ve tedavinin doğru planlanması için zorunludur. Bunun için radyologdan meme görüntülemesi talep eden klinisyen, hasta ile ilgili klinik bilgi vermek ve kendi bulgularını iletmek zorundadır. Radyolog, hastanın sadece yaşı ve geçirilmiş meme hastalık ve girişimlerini değil, meme hastalıkları için risk faktörü oluşturabilecek tüm özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerini bilmelidir.**

Ne yazık ki, iletişim eksikliği, mamografi veya ultrasonografi istemi yapılırken başlanmaktadır. Birçok merkezde görüntüleme istemi bir formda ilgili kutucuğa çarpı atmaktan ibaret olmaktadır. Bunun karşılığında radyoloji raporları da bir klinik soruya karşılık vermekten uzak olmaktadır.

### Örnek Olgu ve Senaryolar: Radyolog Ne Yazmış? Ne Demek İstemiş?

Sınırlı zamanda çok rapor yazma baskısı ve hata yapma korkusu radyologların raporlarını kendilerini koruma güdüsüyle yazmalarına neden olabilmektedir. Bu duruma birkaç örnek verecek olursak:

#### **BI-RADS 2 meme (gereksiz sıklıkta izlem önerisi):**

Hasta genellikle premenopozal ve yoğun meme dokusu olan bir kadındır. Tarama için veya mastalji yakınması ile gelmiştir. Fizik muayenede yoğun glandüler doku dışında bulgu yoktur. Mamografi çekilmemiş veya dens meme dokusu nedeniyle BI-RADS 0 olarak tanımlanmıştır. Ultrasonografide basit meme kistleri ile uyumlu görüntü dışında hiçbir pato-

loji bulunmamıştır (Resim 1). Ancak raporda yakın (3-4 ay, hatta bazen 1 ay sonra) US izlemi önerilmektedir. Bu önerinin altında yatan neden yeterli cihazı, yeterli zamanı, belki de yeterli deneyim ve bilgisi sahip olmayan radyoloğun sorumluluk almaktan kaçınma çabasıdır.

Klinisyen de bu öneriye uyarsa, hasta gereksiz biçimde çok yakın bir kontrole çağrılır. Bir sonraki gelişinde gören ikinci radyolog “atlayan ben olmayayım” diye yine yakın izlem önerir. Ortaya çıkan gereksiz izlem kısır döngüsü hasta bıkkın, gelmeye kadar devam eder.

### **BI-RADS 3 lezyon (gereksiz eksizyon önerisi):**

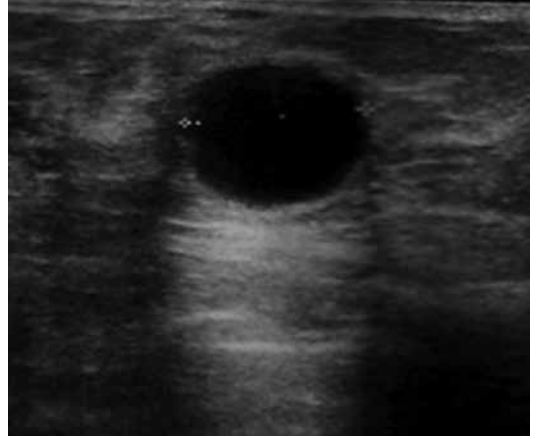
Genç kız eline gelen kitle ile başvurur. Klinik tanı fibroadenomdur. Ultrasonografide benign solid kitle tanımlanır (Resim 2). Deneyimli bir radyolog tarafından BI-RADS 3 olarak sınıflandırılabilir. Sorumluluk almaktan biraz daha kaçınan bir yaklaşımla (Örneğin; ABD’de genellikle yapıldığı gibi) BI-RADS 4A olarak kodlanıp iğne biyopsisi önerilebilir.

Fibroadenomlar otuzlu yaşlara kadar büyümeleri beklenen benign tümörlerdir. Büyüyen, yani hızlı hücre proliferasyonu olan bir adenomun yoğun bir vaskülaritesi olması beklenir. Yani, Doppler US’de kanlanma olması malignite kriteri kabul edilmemelidir.

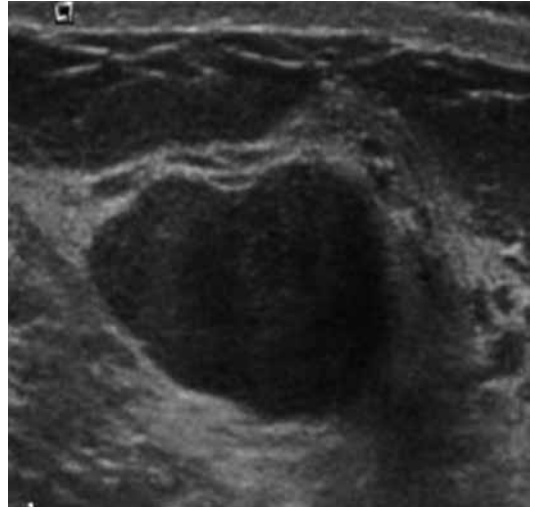
Ancak ülkemizde sıklıkla US raporlarında bu lezyonların eksizyonu önerilmektedir. Bu durumda radyolog hem sorumluluk almaktan kaçınmakta hem de kendi yapamadığı veya yapmak istemediği US eşliğinde biyopsiyi başka radyologların da yapmasını engellemektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi, tüm dünyada artık terk edilmiş olan “eksizyonel biyopsi” ne yazık ki US raporlarında sık görülen bir öneri ve cerrahi kliniklerinde rutin bir uygulamadır.

### **BI-RADS 4 lezyon (gereksiz MRG önerisi):**

Klinik bulgular ne olursa olsun, radyolojik olarak BI-RADS 4 olarak tanımlanan bir kitleye iğne biyopsisi yapılmalıdır (Resim 3). Bu konuda deneyimi olmayan radyologlar resimdeki gibi intrakistik bir lezyonda solid kompo-

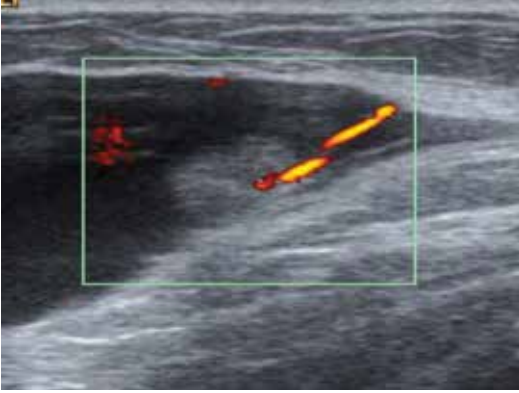


Resim 1. US görüntüsü: BI-RADS 2 (Dr. Füsün Taşkın'ın arşivinden, izniyle alınmıştır).

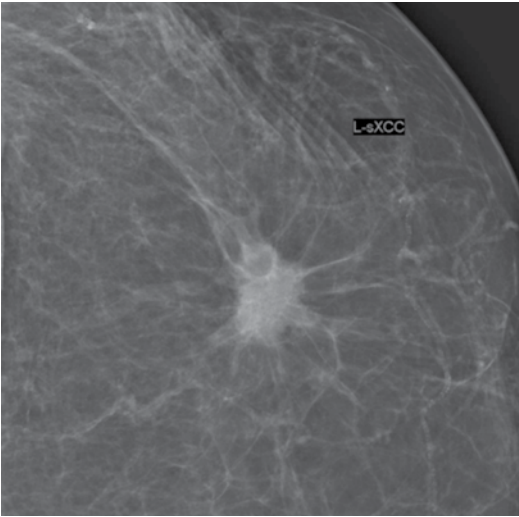


Resim 2. US görüntüsü: US incelemede oval keskin sınırlı hipoekoik kitle, meme cerrahisi klinik bulguları ile de karşılaştırılınca tipik fibroadenom olarak değerlendirilebilir ve takip edilebilir. Ancak klinik destek olmadığında ön-arka çapının nispeten artmış olması nedeni ile biyopsi önerilebilecek bir lezyon. (Dr. Füsün Taşkın'ın arşivinden, izniyle alınmıştır).

nente US eşliğinde biyopsi yapmaktan çekinmektedir. Kompleks kistlerde sıvı komponenti aspire etmek çok kolay bir işlemdir, ancak aspirat sitolojisinin hemen hiçbir zaman tanı değeri yoktur. Ultrasonografide görüntülenebilen tüm BI-RADS 4 lezyonlara çok özel bir kontrendikasyon yoksa, US eşliğinde kor biyopsi yapılmalıdır. Resimdeki gibi bir kompleks kistin MRG görüntüsü de kompleks kistle uyumlu olacak ve tanıya katkı sağlamayacaktır.



Resim 3. US görüntüsü: BI-RADS 4A (Dr. Füsün Taşkın'ın arşivinden, izniyle alınmıştır).



Resim 4. Mamografi görüntüsü: BI-RADS 5 (Dr. Füsün Taşkın'ın arşivinden, izniyle alınmıştır).

Oysa ülkemizde son dönemlerde yazılan mamografi ve meme US raporları fazlaca MRG önerisi içermektedir. Bunların büyük bölümünde de radyolojik olarak görüntülenmiş olan BI-RADS 4 bir kitlenin bir de MRG ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Meme görüntüleme yöntemleri arasında kanser tanısında duyarlılığı en yüksek olan inceleme MR görüntülemedir [21]. Ancak hiçbir zaman MRG primer tanı veya tarama yöntemi değil, özel durumlarda kullanılması gereken bir yardımcıdır.

Ultrasonografi ile saptanabilmiş olan bir kitleye US eşliğinde biyopsi yerine MRG istenmesinin olası nedenleri:

1. Öneri sahibi bir meme radyoloğudur: Doku tanısı öncesinde akademik bir merak yü-

zünden bu lezyonun MR görüntüsünü bilmek istemektedir.

2. Öneri sahibi meme görüntüleme deneyimi olmayan bir radyologdur: Ultrasonografi tanısından endişelidir ve/veya US eşliğinde biyopsi deneyimi yoktur. Yardım istemekte veya zaman kazanmaya çalışmaktadır.

### **BI-RADS 5 lezyon:**

Tarama mamogramında malign kitle saptanmıştır (Resim 4). Birçok radyolog bu durumda da raporu eksizyonel biyopsi önerisi ile tamamlamaktadır. Burada sıklıkla kastedilen mutlaka tedavi gereken bir patoloji saptandığını vurgulamaktır. Hastaya büyük olasılıkla cerrahi tedavi gereklidir. Ancak eksizyonel biyopsi “tedavi” değil, “tanı” için yapılan bir işlemdir. Cerrahi biyopsi, bazen tedaviyi olumsuz etkileyebilir.

Lezyon US ile görüntülenebiliyorsa US eşliğinde, gerekirse de mamografi eşliğinde iğne biyopsisi yapılmalıdır.

### **Klinik radyolojik uyumsuzluk (cerrahi biyopsi gerekli olabilir mi?):**

Sağ memesinde kitle yakınması ile başvuran hastada üst dış kadranda 4 cm sert, irregüler kitle ve ciltte ödem saptanmıştır. Meme kanseri klinik tanısıyla mamografi ve US istenir. Mamografide parankim dens, sağ memede bir yıl önceki tetkike göre difüz dansite artımı ve trabeküler kalınlaşma saptanır. Kitle düşündürcek bulgu yoktur (Resim 5). Ultrasonda üst dış kadranda ve retroareoler kaotik genişlemiş ve içi dolu duktal yapılar saptanır. Çevre parankim heterojen ve ödemli, Doppler US’de tüm bölgede periduktal ve intraduktal damarlanma artışı vardır.

Radyolojik görüntüler mastitle uyumlu olmasına rağmen, klinik olarak güçlü bir malignite kuşkusu olduğu için doku tanısı gereklidir. Bu olguda da sonografi eşliğinde kuşkulu bölgeye kor biyopsi yapılması uygun olacaktır. Mastit tanısı patolojik olarak doğrulanırsa medikal tedavi ve yakın izlem uygulanmalıdır. İnce iğne aspirasyon biyopsisi inflamatuvar kanser/inflamasyon ayırımında yetersizdir.

Bu olguya US eşliğinde kor biyopsi yapılmayacaksa, cerrahi biyopsi yapılabilir. Cerrahi biyopsi cildi de içerirse, inflamatuvar kanser ayırıcı tanısı için ek avantaj da sağlayabilir.

### **Stereotaksik biyopsi:**

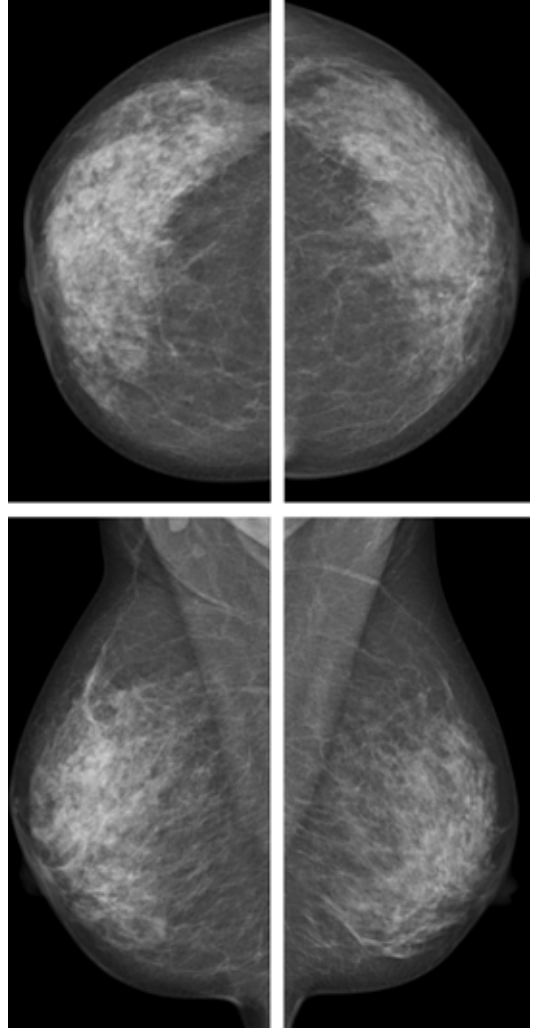
Postmenopozal hastada tarama mamogramında sol meme üst dış kadranda nodüler dansite artışı ve küme mikrokalsifikasyon saptanır (Resim 6). Ultrasonografide belirgin bir kitle oluşumu gözlenmez, klinik bulgu yoktur.

Bu olgularda bundan birkaç yıl öncesine kadar tel lokalizasyonu ile cerrahi biyopsi yapılırdı. Bu uygulamada, cerrahi biyopsi için yukarıda sayılan sakıncalara ek olarak, telin kayması, vb. teknik sorunlar da vardı. Günümüzde ise mamografide belirgin olarak saptanan ancak US'de iğne biyopsisine olanak sağlayacak bir kitle saptanmayan olgulara mamografi eşliğinde (stereotaksik) iğne biyopsilerini tercih ediyoruz.

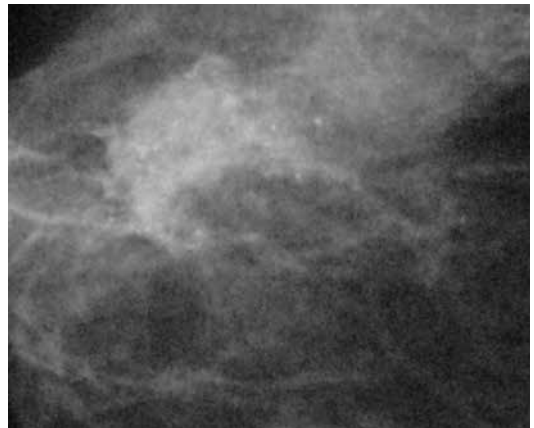
Hastaya stereotaksik biyopsi yapılır ve histopatolojik incelemede lobüler kanser saptanır. Klinik ve radyolojik olarak lezyonun boyutları net olarak belirlenemediği için, hastaya MRG çekilir (Resim 7). Memede saptanmış olan bir lezyonun ne olduğunu saptamakta ek katkısı sınırlı olan MRG, lezyonun ne kadar yaygın olduğunu saptamakta bazen çok yararlı olmaktadır. Nitekim bu olguda da, MRG'de lezyon çapı 10x3 cm olarak belirlenir.

### **Çözüm Nedir?**

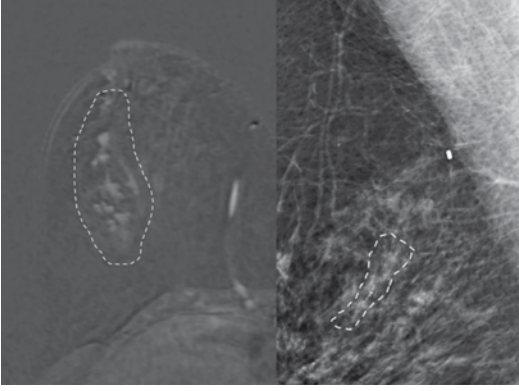
Türk kadınları meme hastalıklarının tanı ve tedavisinde en iyi olanakları, en az gelişmiş ülkelerdeki hemcinsleri kadar hak etmektedir. Türk hekimleri de gelişmiş ülkelerdeki meslektaşları ile benzer özlük hakları, çalışma koşulları ve saygınlığı hak etmektedir. Ne yazık ki bugün hekimler dayak yeme, şikayet edilme baskısı altında çalışmakta, meme kanserine yakalanan kadınlarımız da hala sıklıkla 3 ve 4. evrede tanı almaktadır. Çözüm büyük ölçüde siyasal otoritenin (Sağlık Bakanlığı, SGK) elinde olmasına rağmen, sağlık sitemindeki tüm diğer sorunlar gibi bu konuda da sorumluluk hekimlere yüklenmektedir.



**Resim 5.** Mamografi görüntüsü: (Dr. Füsün Taşkın'ın arşivinden, izniyle alınmıştır). Sağ memede karşı memeye göre artmış dansite ve trabeküller kalınlaşma izleniyor.



**Resim 6.** Mamografi görüntüsü: BIRADS 4 (Dr. Erkin Arıbal'ın arşivinden, izniyle alınmıştır).



**Resim 7.** MR görüntüsü: Duktal karsinoma insitu tanısı alan olguda MRG incelemede lezyonun mamografide (sağdaki görüntü kesik çizgili alan) izlenen kalsifikasyon alanından daha geniş görülüyor (soldaki görüntü kesik çizgili alan) (Dr. Erkin Arıbal'ın arşivinden, izniyle alınmıştır).

Peki hekimler şu anda ne yapabilir? Meme hastalıklarının tanı ve tedavisinde görev alan tüm hekimler bilgi ve becerilerini güncellemek ve geliştirmek zorundadır. Öncelikli olarak cerrahlar meme hastalıklarının tanısında cerrahi biyopsiyi bir tanı aracı olarak kullanmaktan vazgeçmeli, radyologlar da görüntüleme kılavuzluğunda iğne biyopsisi tekniklerini öğrenmelidir.

Hekimlerin hizmet içi eğitimleri konusunda uzmanlık dernekleri de önemli sorumluluk sahibidir. Gelişmiş ülkelerde değişik sağlık kurumlarında uzmanlık eğitimi alan hekimlerin uzmanlık belgeleri uzmanlık dernekleri tarafından yapılan sınavlar sonunda geçerlilik kazanır. Uzmanların mesleki yeterlilikleri de belli aralıklarla bu dernekler tarafından denetlenir. Ülkemizdeki tüm uzmanlık dernekleri de bu sorumluluğun bilinci içinde yeterlilik kurulları oluşturmuş ve eğitim ve yeterlilik çalışmalarını yürütmektedir. Ancak ne yazık ki şu anda siyasi otorite bu çalışmaları yok saymaktadır. Uzmanlık eğitim belgeleri Sağlık Bakanlığı tarafından verilmekte ve uzmanlık derneklerinin yeterlilik çalışmaları yok sayılmaktadır.

**Meme hastalıklarının tanı ve tedavisinde en nitelikli hizmet ilgili disiplinlerin birlikte ve uyum içinde çalışabildiği meme merkezlerinde verilebilir [22]. Tanı aşamasında sorumluluğu paylaşanlar radyolog, klinisyen (cerrah) ve patoloğlardır. Meme tanı merkezlerinin başarısı, bu üç disiplinin birlikte uyumlu çalışmasına bağlıdır.**

Meme kanseri için risk grubundaki hastalar tercihen bu özelleşmiş merkezlerde meme radyologları ve meme cerrahları tarafından izlenmelidir. Bu merkezlerin aynı zamanda eğitim işlevi de olmalıdır. Genel radyolog veya genel cerrah olarak çalışan ve meme hastası ile karşılaşan hekimler, belli aralıklarda bu merkezlerde bilgi ve becerilerini güncellemelidir.

## Kaynaklar

- [1]. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N Engl J Med* 2007; 356: 515-7.
- [2]. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23: 127-41.
- [3]. Terzi C. Performansa göre ödeme sistemi: Etik değil! Akılcı değil! Adil değil! Üstelik dünyada yaygın bir uygulamaya da değil! Genel Cerrahide performans sistemi çalıştay raporu. TCD Yayını; Ankara, 2010; 9-14.
- [4]. Tümer AR. Hukuki sorumluluklar ve malpraktis. Helikon Yayınları. Ankara 2013; 151-61.
- [5]. Performansa dayalı geri ödeme sistemi değerlendirme anketi. Genel Cerrahide performans sistemi çalıştay raporu. TCD Yayını; Ankara 2010; 43-54.
- [6]. ALO 184 Sağlık Bakanlığı Şikayet ve İstek Hattı.
- [7]. Yazara not: derginin yazım kurallarına göre kaynağı düzenleyin. <http://www.lpklaw.com/breast-cancer-misdiagnosis.php>
- [8]. Dick JF, Gallagher TH, Brenner RJ, Yi JP, Reisch LM, Abraham L, et al. Predictors of radiologists' perceived risk of malpractice lawsuits in breast imaging. *AJR Am J Roentgenol* 2009; 192: 327-33.
- [9]. Terzi C, Eryılmaz M, Anadol Z, Kaya F. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türk Cerrahi Derneği yayını; 2011; 10-1.
- [10]. Terzi C. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinliklerinde Etik İlkeler ve Kurallar. Türk Cerrahi Derneği yayını; 2011; 7-15.
- [11]. Sickles EA, Philpotts LE, Parkinson BT, Monticciolo DL, Lvoff NM, Ikeda DM, et al. American College of Radiology/Society of Breast Imaging curriculum for resident and fellow education in breast imaging. *J Am Coll Radiol* 2006; 3: 879-84.
- [12]. NHS Breast Screening Programme. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/>
- [13]. Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler (13.240 Olgunun Analizi). Meme Sağlığı Dergisi.
- [14]. Goetzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane database system review* 2013; 4: 6.
- [15]. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med* 2012; 367: 1998-2005.
- [16]. Bassett LW, Bent C, Sayre JW, Marzan R, Verma A, Porter C. Breast imaging training and attitudes: up-



- date survey of senior radiology residents. *AJR Am J Roentgenol* 2011; 197: 263-9.
- [17]. Hatada T, Aoki I, Okada K, Nakai T, Utsunomiya J. Usefulness of ultrasound-guided, fine-needle aspiration biopsy for palpable breast tumors. *Arch Surg* 1996; 131: 1095-8.
- [18]. Baltzer PA, Benndorf M, Dietzel M, Gajda M, Runnebaum IB, Kaiser WA. False-positive findings at contrast-enhanced breast MRI: a BI-RADS descriptor study. *AJR Am J Roentgenol* 2010; 194: 1658-63.
- [19]. Millet I, Pages E, Hoa D, Merigeaud S, Curros Doyon F, Prat X, et al. Pearls and pitfalls in breast MRI. *Br J Radiol* 2012; 85: 197-207.
- [20]. Mann RM, Kuhl CK, Kinkel K, Boetes C. Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. *Eur Radiol* 2008; 18: 1307-18.
- [21]. Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, Carter WB, Bhargavan M, Lewis RS, et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology* 2004; 233: 830-49.
- [22]. Association of Breast Surgery @ BASO, Royal College of Surgeons of England. Guidelines for the management of symptomatic breast disease. *Eur J Surg Oncol* 2005; 31: 1-21.

## Klinik Radyolojik Uyumsuzluklar; Klinisyen Beklentisi

Savaş Koçak

### Sayfa 241

Ülkemizde 2006 yılından bu yana kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin gelirleri performansa göre ödeme sistemi ile belirlenmektedir. Hekimlere, hasta görme ve girişim yapma sayılarına göre ödeme yapılmaktadır.

### Sayfa 241

Performansa göre ödeme ile ilgili olarak yapılan birçok bilimsel araştırmadan çıkan sonuç, bu sistemin sağlık hizmetlerinin dokümantasyonu konusunda yararlı olduğu, ancak hizmet kalitesini arttırmadığı biçimindedir. Üstelik performans sistemi bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirmektedir.

### Sayfa 243

Radyologlar, meme görüntüleme raporunda yalnızca bulgularını sıralamak yerine yorum ve önerilerini de yazmalıdır. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) sınıflandırmasının kullanılması bu yorumların standart biçimde ifade edilmesini sağlamıştır. BI-RADS kullanılan görüntüleme raporları klinisyen için yol gösterici olmaktadır.

### Sayfa 244

Ele gelen bir kitlesi olan ve klinik olarak meme kanseri tanısı konan bir hastada patolojik tanı için asla cerrahi biyopsi yapılmamalıdır. Ameliyat bir tanı değil, tedavi yöntemidir. Meme kanserinde, eğer tanı için cerrahi girişim yapılmışsa, hasta sadece bu nedenle daha sonra sentinel lenf nodu biyopsisi veya meme koruyucu tedavi şansını kaybedebilmektedir.

### Sayfa 244

Klinisyen, radyolog ve gerektiğinde patoloğun iyi bir iletişim içinde olması, meme hastalıklarının tanısı ve tedavinin doğru planlanması için zorunludur. Bunun için radyologdan meme görüntüleme talep eden klinisyen, hasta ile ilgili klinik bilgi vermek ve kendi bulgularını iletmek zorundadır. Radyolog, hastanın sadece yaşı ve geçirilmiş meme hastalık ve girişimlerini değil, meme hastalıkları için risk faktörü oluşturabilecek tüm özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerini bilmelidir.

### Sayfa 246

Oysa ülkemizde son dönemlerde yazılan mamografi ve meme US raporları fazlaca MRG önerisi içermektedir. Bunların büyük bölümünde de radyolojik olarak görüntülenmiş olan BI-RADS 4 bir kitlenin bir de MRG ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Meme görüntüleme yöntemleri arasında kanser tanısında duyarlılığı en yüksek olan inceleme MR görüntüleme değildir.

### Sayfa 248

Meme hastalıklarının tanı ve tedavisinde en nitelikli hizmet ilgili disiplinlerin birlikte ve uyum içinde çalışabildiği meme merkezlerinde verilebilir. Tanı aşamasında sorumluluğu paylaşılanlar radyolog, klinisyen (cerrah) ve patoloğlardır. Meme tanı merkezlerinin başarısı, bu üç disiplinin birlikte uyumlu çalışmasına bağlıdır.

## Klinik Radyolojik Uyumsuzluklar; Klinisyen Beklentisi

Savaş Koçak

1. Meme kanseri erken tanısı için hangisi yanlıştır?
  - a. Kendi kendine muayene yeterlidir
  - b. Kendi kendine muayene, klinisyen muayenesi ve uygun radyolojik görüntüleme gereklidir
  - c. İzlem en geç 40 yaşında başlamalıdır
  - d. İzlem sıklığı hastanın meme yapısına ve risk faktörlerine göre değişebilir
  - e. Uygulanacak radyolojik yöntem hastanın meme yapısına ve risk faktörlerine göre değişebilir
2. Günümüzde meme kanseri histopatolojik tanısı hangi yöntemle konulmadır?
  - a. İnsizyonel cerrahi biyopsi
  - b. Eksizyonel cerrahi biyopsi
  - c. Palpasyon kılavuzluğunda iğne biyopsisi
  - d. Radyoloji kılavuzluğunda iğne biyopsisi
  - e. Donuk kesi (frozen section)
3. Meme kanseri tanısının cerrahi biyopsi ile konmasının ne sakıncası olabilir?
  - a. Benign hastalıklarda gereksiz girişim yapılmış olur
  - b. Hasta meme koruyucu cerrahi şansını yitirebilir
  - c. Hasta sentinel lenf nodu biyopsisi şansını yitirebilir
  - d. Meme koruyucu cerrahide kozmetik sonuç çok kötü etkilenebilir
  - e. Hepsi
4. Yüksek risk grubundaki hastalarda meme kanseri taraması için hangisi doğrudur?
  - a. Onkolog tarafından izlenmelidir
  - b. Deneyimli meme radyoloğu ve klinisyen tarafından izlenmelidir
  - c. Yaşam boyu 3-4 ay arayla izlenmelidir
  - d. Altı ay arayla MRG yapılmalıdır
  - e. Tüm solid lezyonlara eksizyon yapılmalıdır
5. Ülkemizde meme hastalarına çok sık yakın izlem önerilmesinin en önemli nedeni nedir?
  - a. Meme kanseri ülkemizde çok sıktır
  - b. Ülkemiz kadınlarda kuşku lezyonlar çok sık görülmektedir
  - c. Hekimler kendi deneyimlerine güvenmemekte ve kanseri “atlamaktan” korkmaktadır
  - d. Kuşku lezyonlarda biyopsi maliyeti çok yüksektir
  - e. Prekanseröz lezyonların patolojik tanısında yetersizlik vardır