**T.C.**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HONAZ ORGANİZE SANAYİ BÖLGESİ SEMT POLİKİNLİĞİNE BAŞVURAN 20-70 YAŞ ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ VE TARAMA YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. AYŞEGÜL AKBAŞ KAYA**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. TAMER EDİRNE**

**DENİZLİ – 2014**

Doç. Dr. Tamer EDİRNE danışmanlığında Dr. Ayşegül AKBAŞ KAYA tarafından yapılan ‘Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Başvuran 20-70 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri ve Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi’ başlıklı tez çalışması 29/12/2014 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı‘nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN: Doç. Dr. Tamer EDİRNE

ÜYE: Prof. Dr. Okay BAŞAK

ÜYE: Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

**…/…./….**

**Prof. Dr. Hasan HERKEN**

**Pamukkale Üniversitesi**

**Tıp Fakültesi Dekanı**

**TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum tezimin planlama, uygulama ve yazım süreçlerinde desteğini hiç esirgemeden beni yönlendiren tez danışmanım Doç. Dr. Tamer EDİRNE‘ye, eğitimimde emeği geçen değerli hocam Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN’e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Birlikte çalıştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, beni bugünlere getiren canım aileme, her zaman yanımda olan, desteğini hep hissettiğim sevgili eşim Dr. Furkan KAYA‘ya, içten teşekkür ederim.

**İÇİNDEKİLER**

**Sayfa No**

|  |  |
| --- | --- |
| **ONAY SAYFASI …………………………………………………….…………..II** | |
| **TEŞEKKÜR ……………………………………………………………………..III** | |
| **İÇİNDEKİLER ..………………………………………………………………...IV** | |
| **SİMGELER VE KISALTMALAR …………………………………………….IX** | |
| **TABLOLAR DİZİNİ ……………………………………………………………XI** | |
| **ŞEKİLLER DİZİNİ………………………………………………………………XIII** | |
| **ÖZET ……………………………………………………………………………..XIV** | |
| **İNGİLİZCE ÖZET .……………………………………………………………..XVI** | |
| **GİRİŞ …………………………………………………………………………….1** | |
| **GENEL BİLGİLER …………………………………………………….............3** | |
| **Meme Anatomisi ..…………....................................................................3**  **Meme Fizyolojisi ………………………………………………………...6**  **MEME KANSERİ ………………………………………………………………8**  **Epidemiyoloji …………………………………………………………….8**  **Etyoloji ve Risk Faktörleri …………………………………………… 9**  **Klinik Belirti ve Bulgular ……………………………………………….15**  **Histopatolojik Sınıflama ………………………………………………...16**  **In Situ Karsinomlar ……………………………………………………..16**  ***Duktal Karsinoma in-situ* *(DCIS)* ………………………………………..16**  ***Lobüler Karsinoma in-situ* *(LCIS)* ………………………………………17**  **İnvaziv Karsinomlar …………………………………………………….17**  ***İnvaziv duktal karsinom (İDK) …………………………………………...*17**  ***İnvaziv lobüler karsinom (İLK)…………………………………………...*18**  ***Tübüler karsinom ………………………………………………………..*.18**  ***İnvaziv kribriform karsinom* ……………………………………………..18**  ***Müsinöz (Kolloid) karsinom …………………………………………….*.19**  ***Medüller karsinom ……………………………………………………….*19**  ***İnvaziv papiller karsinom* ………………………………………………..19**  ***İnvaziv mikropapiller karsinom ………………………………………*…19**  ***Apokrin karsinom ………………………………………………………..*19**  ***Juvenil (Sekretuar) karsinom …………………………………………...*19**  ***Metaplastik karsinom …………………………………………………*…19**  ***Paget hastalığı …………………………………………………………....*19**  ***İnflamatuvar karsinom* …………………………………………………..20**  ***Fibroepitelyal (Bifazik) tümörler ………………………………………...*20**  ***Malign mezenkimal tümörler* …………………………………………….20**  ***Hematopoietik tümörler ………………………………………………….*20**  **Evreleme ………………………………………………………………….20**  **Tanı Yöntemleri ………………………………………………………….24**  ***Anamnez ve fizik muayene ……………………………………………….*24**  ***Görüntüleme yöntemleri ………………………………………………….*24**  ***Mamografi (MG) ………………………………………………………….*24**  ***Ultrasonografi (US) ……………………………………………………….*26**  ***Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ………………………………..*27**  ***Meme MRG Endikasyonları ………………………………………………*27**  ***Biyopsi ……………………………………………………………………..*28**  ***İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) …………………………………….*28**  ***Kor biyopsi (Tru-cut) ……………………………………………………...*29**  ***Cerrahi biyopsi (insizyonel, eksizyonel biopsi) …………………………...*29**  ***Tel ile İşaretleme …………………………………………………………..*29**  ***ROLL (Radionuclide guided occult lesion localization) …………………*29**  **Prognostik Faktörler ……………………………………………………..29**  ***Aksiller lenf bezi tutulumu ………………………………………………..*30**  ***Tümör boyutu ……………………………………………………………..*30**  ***Histolojik tip ……………………………………………………………….*30**  ***Tümör differansiyasyon derecesi (Grade) ………………………………..*30**  ***Östrojen ve progesteron reseptörleri ……………………………………...*30**  ***Proliferasyon ölçümleri …………………………………………………...*31**  ***Proto-onkogen Aktivasyonu ………………………………………………*31**  **Tedavi ……………………………………………………………………..31**  ***Cerrahi tedavi***……………………………………………………………..**.31**  ***Radikal mastektomi ……………………………………………………….*31**  ***Modifiye radikal mastektomi ……………………………………………..*31**  ***Meme koruyucu cerrahi ………………………………………………….*32**  ***Radyoterapi (RT) …………………………………………………………*33**  ***Sistemik tedavi ……………………………………………………………*33**  ***Kemoterapi ……………………………………………………………….*34**  ***Hormonal tedavi ………………………………………………………….*34**  ***Hedefe yönelik tedavi …………………………………………………….*34**  **Meme Kanserinden Korunma *………………………………………….*35**  ***Birincil korunma ………………………………………………………....*35**  ***İkincil korunma …………………………………………………………..*36**  ***Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)………………………………*36**  ***Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır?........................................*37**  ***Klinik Meme Muayenesi (KMM) ………………………………………...*38**  ***Mamografi ………………………………………………………………..*38**  ***Üçüncül Korunma* ………………………………………………………..40** | |
|  |  |
| **GEREÇ VE YÖNTEM .…………………............................................................41** | |
| **ARAŞTIRMANIN AMACI …………........……...................................41** | |
| **ARAŞTIRMA PROJESİ ……………………........................................41** | |
| **ARAŞTIRMA BÖLGESİ ………..……..………………….…………..41** | |
| **ARAŞTIRMANIN TİPİ ……..………………………………...............41** | |
| **ARAŞTIRMANIN EVRENİ ……..………………………………........41** | |
| **ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ …….……………………………....42** | |
| **ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ ……..........................42** | |
|  | **ARAŞTIRMAYA KATILMA ORANI ……………………………....42** |
|  | **ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ .........42** |
| **ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI ..........................................43** | |
| **ARAŞTIRMAYI UYGULAYANLAR VE UYGULAMA ŞEKLİ ......43** | |
| **ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ .................................44** | |
| **ARAŞTIRMANIN SÜRESİ ....................................................................44** | |
| **BULGULAR …………………………………..………….……………………....45** | |
| **TARTIŞMA ………..…………………….……………………………….……....62** | |
| **SONUÇ VE ÖNERİLER …….…………...………….………………………….79** | |
| **KAYNAKLAR ………………...*.*…………………………………………………82** | |
| **EK …………………………………………………………………………………98** | |
| **ANKET FORMU …………………………………………………………** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

**AJCC**: American Joint Commitee on Cancer

**BIRADS**: Breast Imaging Reporting and Data System

**CC** : Kraniokaudal

**DCIS** : Duktal karsinoma in sitü

**ER** : Östrojen reseptörü

**HIV** : İnsan immün yetmezlik virüsü

**İDK**: İnvaziv duktal karsinom

**İİAB**: İnce iğne aspirasyon biyopsisi

**İLK** : İnvaziv lobüler karsinom

**KETEM** : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

**KKMM** : Kendi Kendine Meme Muayenesi

**KMM** : Klinik meme muayenesi

**LCIS** : Lobüler karsinoma in sitü

**MG** : Mamografi

**MKC** : Meme koruyucu cerrahi

**MLO** : Mediolateral oblik

**MRG** : Magnetik rezonans görüntüleme

**MRM** : Modifiye radikal mastektomi

**PAU** : Pamukkale Üniversitesi

**PR** : Progesteron reseptörü

**ROLL** : Radionuclide guided occult lesion localization

**RT** : Radyoterapi

**SERM** : Selektif östrojen reseptör düzenleyicisi

**SPSS** : Statistical Package For Social Sciences

**US** : Ultrasonografi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TABLOLAR DİZİNİ** | | |
| **Sayfa No** | | |
| **Tablo 1** | Meme kanserinde TNM Evrelemesi…………………………... | **23** |
| **Tablo 2** | Araştırmanın zaman çizelgesi ………………………………… | **45** |
| **Tablo 3** | Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı ……………………………………………………….. | **46** |
| **Tablo 4** | Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri açısından risk düzeylerinin dağılımı………………………………………….. | **49** |
| **Tablo 5** | Meme kanserine erken tanı koyulabileceğini düşünen kadınların nasıl erken tanı koyulacağı konusundaki bilgilerinin dağılımı………………………………………………………… | **50** |
| **Tablo 6** | Araştırmaya katılan kadınların KKMM bilme durumlarının dağılımı………………………………………………………… | **50** |
| **Tablo 7** | Araştırmaya Katılan Kadınlardan Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Sahibi Olanların Bilgi Kaynaklarının Dağılımı………………………………………... | **51** |
| **Tablo 8** | Araştırmaya katılan kadınların KKMM uygulama durumları | **51** |
| **Tablo 9** | KKMM yapmayan kadınların bu muayeneyi uygulamama nedenleri **……………………………………………………….** | **52** |
| **Tablo 10** | KKMM’yi bildiği halde meme muayenesini yapmayanların (n=18) uygulamama nedenlerinin dağılımı…………………… | **52** |
| **Tablo 11** | Araştırmaya katılan kadınların KKMM ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı ………………………………………… | **53** |
| **Tablo 12** | Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilişkili semptomlar ve fizik muayene bulguları hakkında bilgi düzeylerinin dağılmı**…………………………………………...** | **54** |
| **Tablo 13** | Araştırmaya katılan kadınların KKMM yaparken kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiklerinde ne yapacaklarının dağılımı ……………………………………………………….. | **55** |
| **Tablo 14** | Araştırmamıza katılan kadınlardan KMM yaptıranların bu muayeneyi kime yaptırdıklarının dağılımı…………………….. | **55** |
| **Tablo 15** | Araştırmaya katılan kadınlardan klinik meme muayenesi yaptırmayanların bu muayeneyi yaptırmama nedenleri ……… | **56** |
| **Tablo 16** | Araştırmaya katılan kadınların KMM ve mamografi hakkındaki bilgilerinin dağılımı……………………………….. | **57** |
| **Tablo 17** | Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı …………….. | **58** |
| **Tablo 18** | Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM yapanların muayene esnasında kitle fark edip etmedikleri ve kitle tespit edenlerin sonuçlarının dağılımı…………………………………………... | **59** |
| **Tablo 19** | Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KKMM bilme durumlarının dağılımı…………………………………… | **59** |
| **Tablo 20** | Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KKMM yapma durumlarının dağılımı………………………………….. | **59** |
| **Tablo 21** | Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KKMM’de kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiklerindeki davranışlarının dağılımı ………………………... | **60** |
| **Tablo 22** | Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı……………………………….. | **61** |
| **Tablo 23** | KMM yaptıran katılımcıların bilgi düzeylerine göre muayeneyi kime yaptırdıklarının dağılımı ……………………………….. | **61** |
| **Tablo 24** | Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı…………………… | **62** |

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Sayfa No**

**ŞEKİL 1.** KKMM sırasında elle tarama yöntemleri………….. **37**

**ÖZET**

**Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Başvuran 20-70 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri ve Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**

Dr. Ayşegül Akbaş Kaya

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ve en sık mortaliteye neden olan kanser türüdür. Günümüzde meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem mevcut değildir. Fakat düzenli yapılan taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı; kadınların, meme kanserinin erken tanı ve tedavisinin faydaları ve bu konuda önerilen tarama yöntemleri olan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirmektir.

Pamukkale Üniversitesi (PAU) Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğinde yapılan bu kesitsel çalışmada, Temmuz 2014 tarihinde ardışık olarak başvuran 20-70 yaş aralığındaki toplam 350 kadın çalışmaya davet edilmiş olup 308 kadın görüşmeyi kabul etmiştir. Veriler yüz yüze anket görüşmesi ile toplanmıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların büyük bir kısmının, meme kanserinde erken tanı ve tedaviden haberdar oldukları ancak erken tanı yöntemleri ve meme kanseri alarm bulguları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görüldü. Ayrıca erken tanı yöntemlerini uygulayanların da yeterli sayıda olmadığı saptandı. Araştırmamıza katılan kadınların %57,1’i (n=180) kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaparken kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiklerinde ilk genel cerrahi uzmanına, %31,5’i (n=110) ise aile hekimine başvuracaklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda meme muayenesi yaptıran kadınların (%26,3’ü (n=81)) %69,6’sının (n=64) muayeneyi genel cerrahi uzmanına, %6,5’inin (n=6) aile hekimine yaptırdıkları saptandı.

Aile hekimleri, kadınların meme kanseri konusunda ne kadar bilgiye sahip olduklarını değerlendirmeli ve bu konuda eğitimler düzenleyerek konunun önemini vurgulamalıdırlar. Tarama yöntemlerini anlatmanın yanı sıra sağlıklıyken de yapılmasının esas olduğunu, meme kanseri alarm bulgularını, risk faktörlerini anlatıp kadınları bilinçlendirmeli ve bu konuda kadınların güvenini kazanarak ikinci basamağa başvuru oranını azaltmalıdırlar.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, Risk faktörleri, Tarama yöntemleri, Aile hekimliği, Birinci basamak, Bilgi düzeyi

**SUMMARY**

**Evaluation of the Knowledge, Attitudes, and Behavior of Women between the ages of 20-70 years presenting to the Outpatient Clinics of Honaz District Organized Industrial Area, “ University of Pamukkale” should stay here Pamukkale on Breast Cancer and Breast Cancer Screening Methods**

Dr. Aysegul Akbas Kaya

Breast cancer is the most common type of cancer with the highest mortality rate seen in women. There is currently no method that definitively prevents breast cancer. However, life expectancy can be extended and a cure can be provided when early diagnosis is possible with the help of periodic screening.

The aim of this study is to evaluate the level of knowledge and attitudes of women about the benefits of early diagnosis and treatment of breast cancer and the suggested screening methods such as self-examination of the breasts, clinical breast examination, and mammography.

In this cross sectional study, which was performed at the Outpatient Clinics of Honaz District Organized Industrial Area, Pamukkale University, 350 women between the ages of 20-70 years who presented to the outpatient clinic in July 2014 were invited to participate in the study; 308 women agreed to participate. Data were collected using face-to-face questionnaire interviews.

A great majority of the women who participated in this study were detected to have adequate information on the early diagnosis and treatment of breast cancer; however, their knowledge on the methods of early diagnosis and alarming signs of breast cancer was found to be inadequate. Furthermore, the number of women practicing early diagnostic methods was found to be inadequate. Among the women that participated in the study, 57.1% (n=180) and 31.5% (n=110) stated that they would present to a general surgery specialist and a family physician, respectively, if they noticed a mass or any change in the breasts during breast self-examination (BSE). Among the participating women who had breast examinations performed (26.3% (n=81), nine were determined to have been examined by a general surgery specialist and family physician in 69.6% (n=64) and 6.5% (n=6), respectively.

Family physicians should evaluate the knowledge of women about breast cancer and should emphasize the importance of the subject during the educational sessions that they organize. Family physicians should inform women about the screening methods and explain that the screening should be performed when the individual is still healthy. They should also educate women on alarming signs of and risk factors for breast cancer. Family physicians should gain the trust of women on this subject and should decrease the rate of their presentation to secondary care hospitals.

**Key Words:** Breast cancer, Risk factors, Screening methods, Family physician, Primary care, Level of information

**GİRİŞ**

Kanser vücudumuzdaki hücrelerin diferansiyasyonu ve kontrol dışı çoğalması sonucu oluşan hastalık grubudur. Kanser hücreleri birikerek tümörleri (kitleleri) oluştururlar ve orijin aldıkları dokuya göre isimlendirilirler (1). Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser olup, tüm kadın kanserlerinin yaklaşık %23’ünü oluşturmaktadır. Tüm kanserler içerisinde kanserden ölüm nedeni olarak 5. sırada, kadınlarda ise ilk sırada bulunmaktadır (2). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri daha sık görülmesine rağmen, mortalite oranı daha düşüktür. Tarama programlarının yaygın olarak uygulanması, eğitim, artmış farkındalık ve etkin tedavi sayesinde mortalite oranları düşüktür (3). Türkiye’de de kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseri olup her 4 kadın kanserinden birisidir. Ülkemizde meme kanseri yaş dağılımı incelendiğinde vakaların %42,5’inin 15-49 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Ülkemizde meme kanseri evreleri incelendiğinde ise invazif vakaların sadece %8,4’ü uzak evrede olduğu bilinmektedir (4).

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmektedir. Meme kanserinin etiyolojisinde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır. Bu risk faktörleri arasında cinsiyet, yaş, daha önce meme kanseri geçirmiş olmak, benign meme hastalıkları öyküsünün olması, aile öyküsü, ırk, menstrual öykü (erken menarş ve geç menopoz), ilk gebelik yaşı, hiç emzirmeme, alkol tüketimi, yağdan zengin diyet ile beslenme, oral kontraseptif kullanımı ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisi yer almaktadır (1). Meme kanserinde en yaygın görülen semptom ele gelen kitledir. Kitlenin ağrısız, sert ve düzensiz kenarlarının olması kanser lehine yorumlanabilirken meme kanserinde hassas, yumuşak ve yuvarlak kitle de görülebilmektedir. Kitle dışında; meme başı akıntısı, meme başı retraksiyonu, portakal kabuğu görünümü, eritem, ülserasyon gibi semptomlar da görülebilir (1, 5).

Günümüzde meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem mevcut değildir. Fakat düzenli yapılan muayene ve taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Amerikan Kanser Birliği ise ilk kez 1980 yılında erken tanı için gerekli yöntemleri belirlemiştir. Günümüzde bu yöntemler altın standartlar olarak belirlenmiş olup hala geçerliliğini korumaktadır (1). Meme kanserinde erken tanı için önerilen ve birbirini tamamlayan üç yöntem vardır. Bunlar “Kendi Kendine Meme Muayenesi” (KKMM), “sağlık personeli tarafından yapılan klinik muayene” (KMM) ve “mamografidir”. Amerikan Kanser Birliği, tüm asemptomatik kadınların 20–39 yaşları arasında her ay düzenli olarak KKMM yapmasını her 3 yılda bir KMM’den geçmesini; 40 yaş ve üstünde ise yine aylık KKMM ile yıllık KMM ve mamografi yaptırmalarını önermektedir (5, 6). Ülkemizde ise farklı olarak mamografi taraması Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen toplum tabanlı meme kanseri tarama programı çerçevesinde asemptomatik kadınlara 40 yaşından 70 yaşına kadar 2 yılda bir önerilmektedir (7).

Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir olması, erken evrelerde günümüz koşullarında tanınmasının olanaklı olması meme kanserinin önemini daha da arttırmaktadır (3). Bu nedenle özellikle birinci basamak çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Aile hekimlerinin meme kanserinin belirti ve bulgularını saptamada, risk gruplarını belirlemede ve erken tanı yöntemlerinin önemi hakkında toplumun eğitiminde vazgeçilmez rolü vardır. Bu nedenle aile hekimleri meme kanseri konusunda geniş bilgi sahibi olmalı ve meme kanserine yönelik tarama davranışlarını uygulamada becerili ve deneyimli olmalıdırlar. Aile hekimleri tüm kadınlara meme kanserinde erken tanının mümkün olduğunu ve bu aşamada tedavi ile kür sağlanabileceğini anlatmalıdırlar. KKMM’nin; nasıl, ne sıklıkla, hangi dönemde yapılmasının uygun olduğunu muayene sırasında nelere dikkat edilmesi gerektiğini, hangi bulgularla karşılaşılırsa hekime başvurulması gerektiğini anlatmalılar ve kadınları KKMM için cesaretlendirmelidirler. Diğer tarama yöntemleri olan KMM ve mamografi hakkında da kadınlar bilgilendirilmeli yararları ve kısıtlılıkları anlatılmalıdır.

Bu çalışmanın amacı ise; kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanserinin erken teşhisine ve erken dönemde tedavisinin olumlu sonuçlarına kadınların ne kadar inandığı ve bu konuda önerilen tarama yöntemleri olan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi çektirme konusundaki bilgi düzeyleri ve uygulamalarını değerlendir.

**GENEL BİLGİLER**

**Meme Anatomisi**

Meme, göğüs ön duvarında ikinci ve altıncı interkostal aralıklar arasında, medialde sternum lateral kenarıyla, lateralde ön aksiller çizgi arasında, aksillaya doğru uzantısı olan, kendisini çevreleyen deri ile pektoralis major kası ve bu kasın fasyası arasında yerleşmiş modifiye bir apokrin ter bezidir. Meme üzerindeki derisi, üzerinde bulunduğu pektoralis major kası ve kasın fasyası ile birlikte anatomik bir bütündür (8). Gelişmiş meme; asinüsler, duktuslar ve stroma elemanlarından oluşur. Asinüsler, memenin salgı yapan birimidir. Asinüsler biraraya gelerek lobülleri, lobüllerde lobları oluşturur. Her meme 15-20 lobdan meydana gelir. Her asinüsün bir kanalı vardır. Bunlar birleşerek lobüllerin kanallarını, lobüllerin kanalları da lobların kanallarını meydana getirir. Her lob meme başına ayrı ayrı açılır ve açılmadan önce areola altında laktifer sinüsler denilen genişlemeleri yapar (9, 10).

Meme dokusu; cilt, cilt altı yağ dokusu, meme parankimi ve onu destekleyen stromal dokudan oluşmakta olup, meme dokusunun ana kitlesi genellikle üst yarıda ve daha çok dış kadranda yerleşmiştir (11). Memenin üst-dış kadranı diğer kadranlara göre daha fazla glandüler elaman içerdiği için bu kadranda selim ve habis meme tümörleri daha sık görülür. Meme dokusunun koltuk altına doğru bir uzantısı vardır. Buna “Spence’nin aksiller kuyruğu” adı verilir. Memede oluşan tüm fizyolojik olaylar koltuk altı kuyruğunda da kendini gösterir (12).

Memenin hemen hemen orta bölümüne rastlayan kısmında meme başı ve areola bulunur (13). Meme başı genellikle 4. kosta hizasında bulunur. Sinir uçlarından çok zengindir, yağ ve ter bezleri bulunurken, kıl folikülü bulunmaz (10). Areola 15-60 mm çapında olup meme derisinden daha fazla pigment içerdiğinden rengi koyudur. Rengin koyuluğu östrojen seviyesinin yükselmesi ile artar (10, 13). Areolanın periferine yakın kısmında, Montgomery bezlerinin açıldığı Morgagni tüberkülleri bulunur. Montgomery bezleri süt de salgılayabilen sebaseöz bezlerdir (10).

Memede, meme dokusundan çevreye doğru uzanan diş benzeri fibröz çıkıntılar mevcuttur. İlk defa Sir Astley Cooper tarafından tarif edildiği için bu fasial septalar Cooper ligamanları olarak isimlendirilmişlerdir (14). Bu ligamanlar; yüzeyde, yüzeyel fasyanın yüzeyel tabakası ve cilde, derinde de yüzeyel fasyanın derin tabakasına ve pektoral fasyaya yapışıktırlar (15). Meme kanserinde hastalık ilerledikçe bu fibröz ligamanlarda kısalma ve anormal bir çekilme ortaya çıkar. Bu durum özellikle meme kanserinin önemli bulgularından biridir ve meme cildi retraksiyonu olarak isimlendirilir. Meme dokusu normalde her iki tarafta simetrik paterndedir. Memenin arteryal beslenmesi, venöz ve lenfatik dolaşımı meme hastalıklarının değerlendirilmesinde oldukça önemlidir (8).

**Memenin arteriyal beslenmesi**

Memenin arteriyal beslenmesi; lateralde arteria axillaris ile dalları olan torakoakromial, lateral torasik ve dorsal torasik arterler tarafından, medialde arteria mammaria interna ve perforan dallarından ve posterior interkostal arterlerin (torasik aortanın dalları) lateral dallarından sağlanır. İnternal mammarian arter subklavian arterin birinci kısmından orijinlenerek, birinci kostanın arkasından toraksa girer. 6 ve 7. kostanın kartilajları düzeyinden aşağıya doğru uzanır ve lateral perforan dalları ile memeyi besler (16, 17).

**Memenin venöz dolaşımı**

Memenin venöz drenajında varyasyon sıktır. Yüzeysel ve derin venler olarak memenin venleri iki grupta değerlendirilebilir. Derin venlerde; memenin en büyük venleri olan ve internal mammarian vene dökülenler, boyut ve dağılımları daha farklı olan ve aksiller vene dökülenler ve interkostal venlere dökülenler olmak üzere üç ana gruba ayrılır. Yüzeyel fasyanın altına yüzeysel venler birbirleri ile anastomozlar yaparlar. Hızlı büyüyen tümörlerde hipervaskülarizasyona bağlı olarak genişleyebilirler. Sternum kenarı önünde birbirlerine yaklaşan yüzeysel venler perforan venlere onlarda vena mammaria internaya açılırlar. Derin venler genellikle arterlere paralel olarak seyrederler. Meme parankimi içerisinde derin ve yüzeysel venler anastomoz yaparlar. Venöz drenajının bir bölümü posterior interkostal venler aracılığıyla azigos venine olduğundan meme kanseri doğrudan akciğere metastaz yapabilir (18, 19).

**Memenin lenf sistemi**

Meme kanserinde metastazlar genellikle lenfatik yolla olmaktadır. Bu nedenle memenin lenfatik sisteminin ayrıntılı bilinmesi önemlidir. Lenf damarları, her memede iki büyük pleksus yapar. Bunlar, areola altındaki subareolar pleksus ile meme bezinin arkasında ve m. pektoralis majör’ün önünde yer alan memenin derin pleksusudur. Asinuslar, stromadaki kılcal lenf damarlarının meydana getirdiği küçük pleksuslar ile sarılıdır. Bu pleksuslardan çıkan lenf damarlarının bir bölümü birbirleriyle birleşerek daha büyük damarlar halinde meme kanallarını izler ve subareolar lenf pleksusuna açılır. Lenf damarlarının diğer bir bölümü memenin arka yüzünde bulunan derin pleksusa gider. Asinusların çevresindeki pleksustan çıkan bir kısım lenf damarları da Cooper ligamanlarında seyrederek doğrudan deri lenfatiklerine karışır. Meme derisini drene eden deri lenfatikleri ise subareolar pleksustaki lenf damarları ile geniş anastomozlar yaparlar. Gerek derin, gerekse yüzeyel pleksustan çıkan ana lenf damarları başlıca üç yolla memenin bölgesel lenf bezlerine ulaşırlar. Bunlar;

1) Aksiller yol: Subareolar pleksusdan çıkan lenf damarları m. pektoralis majörün dış kenarı boyunca ilerleyerek koltuk altı lenf bezlerinin çeşitli seviyelerinde yer alan subpektoral, apikal, santral, lateral ve subskapuler gruplarına dökülürler.

2) Transpektoral yol: Memenin derin pleksusundan çıkan lenf damarları m. pektoralis majörü delip geçtikten sonra iki pektoral kas arasında yer alan interpektoral gangliyona döküldüğü gibi yukarıya doğru ilerleyerek infraklaviküler bezlere de ulaşır. Bu yol gerek infraklaviküler gerekse doğrudan supraklaviküler bezler üzerinden gangliyonlara gider.

3) Mammaria interna yolu: Subareolar pleksusun santral ve medial bölgelerinden çıkan bir kısım lenf damarları ile derin pleksustan çıkan lenf damarlarının çoğu m. pektoralis majör, minör ve interkostal kasları delip geçtikten sonra mammaria interna lenf bezi grubuna varırlar. Mammaria interna lenf bezi grubu göğüs duvarının arka yüzünde plevranın önünde aynı adı taşıyan arterin yanında birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü interkostal aralığın sternuma yakın kısmında yer alır. Lenf akımının çoğu bu bölgesel lenf bezlerine yukarıda açıklandığı şekilde taşınmakla birlikte ikincil lenf yolları da bulunmaktadır (20).

**Memenin Sinirleri:**

Memenin duyusal innervasyonu başlıca 2., 3., 4., 5., ve 6. interkostal sinirler ile sağlanmaktadır (21, 22). Meme kanseri tedavisinde uygulanan aksiller disseksiyon sırasında genelde skapuler ve santral lenf nodlarından geçerek yol aldığı için korunması pek mümkün olmayan torakodorsal sinirin esasen kesilmesinin pek fazla sakıncası yoktur. Özellikle dikkat edilecek sinir ise serratus anterior kasını innerve eden nervus torasikus longus’tur ( Bell siniri). Aksiller disseksiyon esnasında bu sinir korunmalıdır. Kesilmesi serratus anterior’un felcine ve “skapula alata” durumunun ortaya çıkmasına neden olur (23).

**Meme Fizyolojisi**

Meme gelişmesi ve fonksiyonu birçok hormonun etkisi ile olur. Bu hormonların en önemlileri; östrojen, progestoron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortisol ve büyüme hormonudur. Bu hormonların salgısı hipotalamus, hipofiz ve overlerin nörohümoral kontrolündedir (24, 25). Meme üzerine etkili olan bu hormonların etkileri in vitro olarak gösterilmiştir. Bazı hormonların insanda in vivo etkileri kesin değildir. Kesin olan östrojenin duktus gelişimini başlattığı, prolaktin ve progesteronun lobül ve asinüs gelişimini kontrol ettiği ve prolaktinin süt salgısını oluşturduğudur (26, 27).

Östrojen, sitoplazma ve çekirdekte bulunan reseptörlerine bağlandıktan sonra etkisini gösterir. Sitoplazmadaki reseptörlerin yoğunluğu adet siklusunda değişiklik gösterir. Hamileliğin son döneminde ve lohusalığın ilk döneminde de reseptör sayısı artar. Östrojen reseptörlerinin sentezini hem östrojen hem de progesteron uyarır. Prolaktin olmadan östrojenin meme gelişimini başlatamayacağı düşünülmektedir fakat hipofizi olmayan dişilerde, östrojen replasmanı ile normal meme gelişimi sağlanmıştır. Fakat laktasyon için prolaktin gerekir. Hamilelik sırasında yüksek östrojen ve progesteron düzeyleri prolaktin salgısını baskılar, plasenta çıktıktan sonra ani progesteron ve östrojen düşüşü laktasyonu başlatır. Östrojen memedeki prolaktin reseptörlerinin yoğunluğunu da kontrol eder. Östrojen meme epiteli, özellikle duktal epitelin gelişmesinde etkilidir (25, 27).

Progesteronun tek başına memeye etkisi yoktur. Östrojen reseptörlerinin sentezini uyarır. Prolaktin ile sinerjik etki gösterir. Epitel hücrelerinin diferansiyasyonunda, lobulüs ve asinüs gelişiminde etkilidir. Laktasyonu inhibe eder. Memede bulunan progesteron reseptörlerini de östrojen kontrol eder.

Prolaktin hipofizden salgılanır. Hamileliğin son döneminde, doğumdan hemen sonra yükselir ve lohusalık döneminde yüksek kalır. Meme hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanarak etkisini gösterir. Meme gelişiminin her safhasında önemlidir. Memedeki östrojen reseptörlerinin sayısını artırır. Progesteron ile birlikte lobulus ve asinus gelişimini uyarır. Süt sekresyonunu ve süt proteinlerinin sentezini kontrol eder (24, 27).

Oksitosin hipotalamustan salgılanır. Süt verme düşüncesi, meme başı ve areolanın uyarılması ile salgılanır. Alveolleri saran miyoepitelyal hücrelerde kasılmaya yol açar. Alveollerin sıkıştırılması ile süt, süt kanallarına atılır.

Menstruel siklus boyunca seks hormonları düzeyinde olan değişiklikler memenin morfolojisini etkiler. Östrojen salgılanmasındaki artış meme kan akımını ve volümünü artırır. İnterlobüler ödem olur. Menstruasyonla birlikte seks hormonlarının seviyesi hızla düşer, epitelin sekretuar aktivitesi ve doku ödemi geriler. Adet görmeden sonraki 5-7. günlerde minimum meme volümü gözlenir (10).

Gebelik süresince ise; korpum luteum ve plasentanın hormonları, plasentadan salgılanan prolaktin ve korionik gonadotropinlerin etkisi sonucu memenin duktuslarında, lobüllerinde ve alveollerinde belirgin büyüme olur. Gebelik sırasında memelerde olan bu büyüme epitel proliferasyonuna, alveollerin kolostrumla gerilmesine, miyoepitelial hücrelerin, bağ ve yağ dokularının hipertrofisine bağlıdır. Memeler, gebeliğin 16. haftasından itibaren yeterli laktasyonu sağlayabilirler (10).

Menapozda ise; overlerden östrojen ve progesteron salgısının azalması memenin duktal ve glandüler elemanlarının da progresif involüsyonuna yol açar. Lobül ve duktusların epiteli atrofik hipoplastik görünüm alır. Atrofik lobüller yoğun fibröz yapı içinde görülür. Bazı lobüllerde süt kanalları genişler, silindir epiteli olmayan asinusların genişlemesi ile makro kistler oluşabilir. Menapozdaki kadının memeleri asimetrik ve palpasyonla düzensiz yapıda olabilir. Yaşlanma ile birlikte yağ dokusu ve destek dokusu azalır, memeler küçülür ve şeklini kaybeder, sarkar (10).

**Meme Kanseri**

**Meme kanseri epidemiyolojisi**

Kanser, tüm dünyada önemi giderek artan bir sağlık sorunudur. Artan yaşam süresi ile birlikte tanı ve tedavi alanında kaydedilen gelişmeler sonucu kanser görülme sıklığı giderek artmaktadır. Kanser düşük ve orta gelirli ülkelerde, infeksiyöz hastalıklar, tüberküloz, İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) sendromu gibi hastalıkların önüne geçmiş olup, ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır. Dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de kansere bağlı ölümler yaklaşık %22’lik bir oran ile kalp ve damar sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin arkasında ikinci sıradadır (28).

Meme kanseri, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda kadınlarda en sık görülen kanserdir. Kadın ve erkek birlikte değerlendirildiğinde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (3). Tüm kadın kanseri ölümlerinin %13.7’sinden meme kanseri sorumludur. İkinci sırayı ise, %12.8 ile akciğer kanseri almaktadır (2).

Meme kanseri gelişme riski, yaş ile doğrudan ilişkili olup, yaş arttıkça hastalık görülme sıklığı giderek artar. Meme kanseri 30 yaşından önce nadir olup, bu yaşı takip eden reprodüktif yıllarda hızlı bir tırmanış gösterir, menopoz dönemindeki hafif bir azalmayı takiben menopoz sonrası yıllarda yavaş bir eğimle sürekli devam eden artış ortaya çıkar (29).

Dünyada meme kanseri sıklığı ülkeden ülkeye, ülkelerin bölgelerine ve etnik gruplara göre farklılık göstermektedir ve her yıl yaklaşık olarak bir milyon yeni meme kanseri tanısı konulmaktadır (30, 31, 32). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri daha sık görülmekte iken, sıklığı daha düşük olan gelişmekte olan ülkelerde mortalite oranı daha fazladır (30, 31).

Global olarak meme kanseri sıklığı 1990 yılından itibaren yılda yaklaşık %0.5 artmakta iken, Japonya, Singapur ve Kore’deki artış bunun 2-3 katından fazladır. Çin’in kayıtlarında ise son 10 yıldaki meme kanseri sıklığındaki artış %20-30’u bulmuştur (2). Japonya, Singapur ve Çin’de ekonomideki batı tarzı gelişim ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranı giderek artmaktadır. Hawai, Kaliforniya, Kanada yılda 80-90/100.000 meme kanseri görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer almaktadırlar. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (33). Ülkemizde ise meme kanseri sıklığı mevcut verilere göre doğu bölgelerimizde 20/100,000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100,000’dir. Ayrıca Türkiye’de tahmin edilen yıllık yeni tanı alan meme kanseri sayısı 7000, buna bağlı ölüm sayısı ise 3000 civarındadır (34).

Meme kanserinde sağkalım oranları ise ülkelerin gelişmişlik seviyeleriyle, ırksal özelliklere göre farklılık göstermektedir. Beş yıllık genel sağkalım Kanada’da %86 iken, ABD de % 88, Güney Afrika da ise beyazlarda %86, siyahlarda %64’ tür (35-37).

**Meme kanseri etyolojisi ve risk faktörleri**

Meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemektedir. Genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol oynadığı kabul edilmektedir (38). Tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (39, 40). Bu özelliklere de kısaca “risk faktörü” adı verilmektedir (41, 42). Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin azalmasına ve artmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir (43, 44). Bu risk faktörleri;

**Cinsiyet:** Meme kanseri kadınlarda erkeklere göre 100 kat daha sık görülmektedir. Amerika’da yılda 200.000’ inin üzerinde kadına invaziv meme kanseri tanısı koyulmakta olup erkeklerle bu oran yıllık 2000 vaka kadardır (45).

**Yaş:** Meme kanseri insidansı ve ölüm oranları genellikle yaşla birlikte artmaktadır. Yeni meme kanseri tanısı alan kadınların %79’u ve meme kanseri nedeniyle ölenlerin %88’i 50 yaş ve üzerindeki kadınlardır (1).

Amerika’da yaşayan bir kadının yaşamı boyunca meme kanseri tanısı alma riski %12.3 ya da 8 kadında 1’dir. Amerika’da 2006-2008 yılları arasında kadınların yaşlarına göre meme kanseri tanısı alma riskleri şöyledir; 39 yaşa kadar risk %0.49 ( 203 kadında 1 ), 40-59 yaşları arasında risk %3.76 ( 27 kadında 1), 60-69 yaşları arasında %3.53 (28 kadında 1), 70 yaş ve üzerinde ise risk %6.58 (15 kadında 1) dir (1, 46).

**Irk:** Meme kanseri çoğu yaş grubunda, beyaz ırktaki kadınlarda siyah ırktaki kadınlara göre daha sık görülmektedir. Ancak Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda 40 yaş öncesinde meme kanseri insidansı daha yüksektir. Ayrıca siyah ırktaki kadınların her yaşta meme kanserinden ölme oranları da beyaz ırktaki kadınlara göre yüksektir. Ek olarak Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda östrojen reseptörü pozitif meme kanseri oranı daha düşüktür (1).

**Aile öyküsü:** Ailede özellikle birinci derece akrabasında (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri gelişme riski yüksektir. Birden fazla birinci derece akrabasında meme kanseri olanlarda bu risk daha da fazladır.

Ailesinde meme kanseri olan ile olmayan kadınlar karşılaştırıldığında; birinci derece akrabasında sadece bir kişide tanı koyulmuş meme kanseri varsa risk 1.8 kat, iki akrabasında varsa 3 kat, 3 ya da daha fazla akrabasında varsa 4 kat yüksek risk vardır. Meme kanseri tanısı, etkilenen akrabada erken yaşta koyulduysa riskde de artış olur (1).

Meme kanseri olan kadınların sadece %15’inde aile öyküsü mevcut iken çoğunluğu oluşturan %85’in ailesinde meme kanseri öyküsü yoktur (5).

**Reprodüktif dönem:** Uzun süre östrojen hormonuna maruz kalmak meme kanseri riskini arttırmaktadır. Erken adet gören ve geç menapoza giren kadınlarda meme kanseri gelişme riski bu nedenle artmaktadır. Artan siklus sayısı, prolifere olan duktal dokuda artmış DNA hasarına neden olmakta, bu da meme kanserine yol açabilecek mutasyon riskini arttırmaktadır (47, 48). 55 yaşından sonra menapoza giren kadınlarda, 45 yaşından önce menapoza giren kadınlara göre meme kanseri gelişme riski 2 kat artmaktadır (49).

**Doğurganlık öyküsü:** Hiç çocuk doğurmayan ve ilk çocuğunu doğurma yaşı geç olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre 2 kat daha fazladır. İkinci çocuğu da erken yaşta doğurmak meme kanseri riskini azaltır (49). Term gebelikten sonra geçici olarak meme kanseri riski artmaktadır, indüklenmiş abortus ve spontan abortus artmış riskle ilişkili değildir (50).

**Emzirme:** Hamilelikle birlikte meme döngüsel bir dönüşüme uğrar. Nonfonksiyonel gland, süt üreten bir organa dönüşür. Gebelik – emzirme döngüsü memede kalıcı moleküler histolojik değişikliğe neden olur ve meme kanseri riskini etkiler (51). Çoğu çalışma 1 yıl ya da daha fazla emzirmenin kadınlarda meme kanseri riskini hafif azalttığını göstermektedir (52).

Emzirmenin meme kanseri üzerine koruyucu etkisinin diğer bir olası nedeni de menstruasyonu engelmesi olarak düşünülmektedir. Yaşam boyu görülecek siklus sayısını azaltır (1).

**Dens meme dokusu:** Meme dokusu; yağ dokusu, fibröz doku ve glanduler yapılardan oluşmaktadır. Dens meme dokusu ise (mamografiye göre) daha fazla glanduler ve fibröz doku içerirken yağ dokusunu az miktarda içermektedir. Mamografiye göre dens meme dokusuna sahip olan kadınların, meme kanseri riski normal meme dokusuna sahip olanlara göre 1,2-2 kat artmıştır. Meme dokusunun yoğunluğunu etkileyen faktörler; yaş, menapozal durum, kullanılan belli ilaçlar (hormon replasman tedavisi), gebelik ve genetiktir (5).

**Benign meme hastalıkları:** Benign meme hastalıklarının bazı tipleri meme kanseri riski ile ilişkilidir. Bu hastalıklar risk derecelerine göre; nonproliferatif lezyonlar, atipisiz proliferatif lezyonlar ve atipili proliferatif lezyonlar olmak üzere üç genel gruba ayrılırlar. Nonproliferatif lezyonların meme kanseri riski üzerine etkileri minimaldir. Basit kist, hafif hiperplazi bu lezyonlara örnektir. Atipisiz proliferatif lezyonlar ise (atipisiz duktal hiperplazi, fibroadenom) meme kanseri riskinde 1.5-2 kat artışa neden olurlar. Atipili proliferatif lezyonlar da (atipik duktal hiperplazi, atipik lobular hiperplazi) ortalama riske göre 4-5 kat artışa neden olurlar (53-56).

**Daha önce meme kanseri geçirmiş olmak:** Daha önce meme kanseri geçiren kadınlarda ikinci kez meme kanseri gelişme riski yüksektir. Eğer genç yaşta tanı alınmışsa bu risk daha da fazladır. Erken başlangıçlı meme kanseri tanısı alan kadınlarda (<40 yaş) yeni meme kanseri gelişimi için yaklaşık 4.5 kat artmış risk vardır (1).

**Sigara:** Meme kanseri riski ile sigara içimi arasındaki ilişki net olarak gösterilememiştir. Riskin arttığını gösteren çalışmalar ise bunu sigara dumanındaki çeşitli karsinojenlerle ilişkili bulmuşlardır (57, 58).

**Alkol:** Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda alkol alımının kadınlarda meme kanseri gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir (59, 60). Bu risk artışı içilen alkollü içeceklerin türüne bağlı olmayıp, içilen miktara bağlıdır. Günlük 2-5 bardak alkol tüketen kadınlarda hiç tüketmeyenlere göre 1.5 kat artmış meme kanseri riski vardır (5). Erken yaşta alkole başlamak önemli bir risk faktörü olabilir. Premenopozal kadınlarda alkol alımı total östrojen düzeylerinin ve östrojen biyoyararlanımının artışına yol açar (61). Alkol kullanımı; östrojen reseptörü pozitif olan meme kanserlerinde, östrojen reseptörü negatif olanlara göre daha fazla artmış riskle ilişkilidir (62). Son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, alkol alımına bağlı meme kanseri gelişme riski artışının folat alımı ile azaltılabileceğini göstermiştir (63).

**Obezite:** Vücut ağırlığı ile meme kanseri arasındaki ilişki karmaşıktır. Örneğin çocukluk çağından itibaren kilolu olanlar da meme kanseri riski artmaz iken yetişkinlikten itibaren fazla kilolu olanlarda riskin arttığı saptanmıştır. Ayrıca bel bölgesinde yağlanma, aynı oranda kalça ve uyluk kısmında yağlanmaya göre meme kanseri açısından daha fazla risk teşkil eder. Fazla kilolu kişilerde kan insülin seviyesi yüksek olup bu da meme kanseri dahil birçok kanserle ilişkilidir (5). Vücut ağırlığı ile meme kanseri ilişkisi menapoz durumuna göre de değişmektedir. Premenapozal kadınlarda, vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında ters bir ilişki vardır. Obezite, anovulatuar mestrual sikluslarla ilişkili olarak meme kanseri riskini azaltabilir (64, 65). Postmenapozal kadınlarda ise vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu pozitif ilişkinin en olası açıklaması da hormon düzeyleridir. Menapozla birlikte kadınlarda overlerden salınan östrojen düzeyi düşer. Adrenal bezlerden salınan androjenler yağ dokusunda östrojene dönüşür (66, 67). Menapoz sonrası kadınlarda yağ dokusu östrojenin ana kaynağı olarak işlev görmektedir. Obezite, östrojeni ve dolayısıyla östrojenin neoplazmı uyarıcı etkisini arttırmaktadır. Ayrıca yağ dokusu, bazı toksinleri, ilaçları vitaminleri depolayarak bazı kanserojenlere de sürekli kaynak oluşturmaktadır (68).

**Fiziksel aktivite:** Egzersiz şeklinde fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini azalttığına dair kanıtlar artmaktadır. Yapılan bir çalışmada haftada en az bir saat 15 dakika ile iki buçuk saat arasında tempolu yürüyüşün %18 oranında meme kanserinden kadınları koruduğu saptanmıştır.

Amerikan Kanser Derneği meme kanseri riskini azaltmak için yetişkinlerin orta şiddette en az 150 dakika ya da şiddetli 75 dakika haftalık egzersiz yapmasını, özellikle de tüm haftaya yayacak şekilde yapmalarını önermektedir (5).

**Genetik:** Tüm meme kanserlerinin %5-10 kadarını herediter meme kanserleri oluşturmaktadır (5, 69). Herediter meme kanserlerinin en yaygın sebebi BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki kalıtsal mutasyondur (5). BRCA1 ve BRCA2 genleri DNA tamir genleri olup mutasyonlarında meme kanserinin yanı sıra over kanseri riskini arttırmaktadırlar (70). BRCA1 geni kromozom 17q21’de, BRCA2 geni ise kromozom 13q12’de lokalizedir. BRCA2 mutasyonları, özellikle erkeklerde meme kanseri riski ile ilişkilidir (71-73). 35 yaş öncesinde meme kanseri tanısı alan hastalarda %6.2 oranında BRCA1 mutasyonu saptanmıştır (74). BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu olan kişilerde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski %40 ile 80 arasında değişmektedir. BRCA1 mutasyonuna sahip kadınlarda gelişen meme kanserleri karakteristik olarak erken yaşta görülme özelliğinde olup kötü diferansiye histopatalojik özellik gösterirler. Prognozları da kötüdür. Ayrıca meme kanseri Li-Fraumeni ve Cowden sendromlarının bir parçası olarak da gelişebilmektedir (75, 76).

**Oral kontraseptif kullanımı:** Oral kontraseptif kullanan kadınlarda, meme kanseri gelişme riski küçük oranda (1.24 kat) artmaktadır. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ile bu risk azalmakta ve 10 yıl sonra ortadan kalmaktadır (77). 20 yaşından önce ve ilk gebelikten önce oral kontraseptif kullanan kadınlarda risk biraz daha fazladır (78). Oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olarak kanser tanısı alan kadınlarda klinik daha az ilerleme eğiliminde olup tedavi şansı daha fazladır (77). Oral kontraseptiflerin içeriği yıllar içinde önemli ölçüde değişmiştir (79). Yapılan çalışmaların çoğu, yüksek doz östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptif formları ile ilişkilidir. Daha düşük doz içeren yeni formlar ile meme kanseri arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir (80).

**Hormon replasman tedavisi (HRT):** HRT perimenopozal ve postmenopozal dönemde klimakterik semptomların kontrolü için verilmektedir. Sadece östrojen içeren veya östrojenle kombine progesteron içeren formulasyonlar kullanılabilmektedir (81). Tek başına östrojen replasman tedavisinin meme kanseri gelişimi üzerine etkisine bakıldığında uzun dönemli kullanımda (10 yıldan daha uzun süre) meme kanseri gelişme riskinin çok yüksek olmamakla beraber bir miktar arttığı saptanmıştır (82). HRT kullanımı kesildikten 5 yıl sonra ise risk ortadan kalkmaktadır (82, 83). Kombine östrojen ve progesteron replasman tedavisinde ise meme kanseri riskinde artış saptanmış ve tek başına östrojen kullanımından 2-4 kat fazla olduğu gösterilmiştir (84, 85). Ayrıca HRT altında meme kanseri gelişen hastalarda metastatik yayılım daha az, iyi prognostik bir belirteç olan östrojen reseptör pozitifliği ise daha fazla olarak saptanmıştır (86).

**İyonize radyasyon:** Radyasyonun meme kanseri riskine olan etkisi maruz kalınan yaşa göre değişmektedir. 40 yaşından sonra maruz kalanlarda meme kanseri riski düşük iken, yaş düştükçe risk artmaktadır. 20 yaşından önce maruz kalanlarda ise risk en fazladır (87-89).

Kadınlarda mamografi çekimi esnasında maruz kalınan radyasyon ile meme kanseri riski arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir. Mamografi çoğunlukla kadınlarda 40 yaşından sonra çekilmekte olup bu dönem radyasyona bağlı meme kanseri gelişme riskinin düşük olduğu bir dönemdir. 50 yaşın üzerindeki kadınlarda çok düşük dozda radyasyona maruz kalmanın olası risklerine karşın mamografinin yararlarının ağır bastığına inanılmaktadır (90-92).

**Gece çalışma:** Çeşitli çalışmalargece çalışan kadınlardaörneğin gece vardiyasında çalışan hemşireler gibi meme kanserine yakalanma riskinin arttığını ileri sürmüşlerdir. Bu oldukça yeni bir bulgu olup birçok araştırma bu konuyu incelemektedir. Bazı araştırmacılar ise vücudun ışığa maruz kalmasına bağlı olarak üretimi değişen melatonin hormonunun düzeyindeki değişikliklerin bu duruma neden olabileceğini düşünmektedirler ancak diğer hormonlar üzerinde de çalışmalar devam etmektedir (5).

**Meme implantları:** Çeşitli çalışmalar meme implantlarının meme kanseri riskini arttırmadığını bulmuştur. Silikon meme implantları, memede skar dokusu oluşumuna neden olabilmektedir. İmplantlar standart mamografide meme dokusunun görünmesini zorlaştırırlar.

Meme implantlarının, nadir görülen lenfoma türü anaplastik büyük hücreli lenfoma ile bağlantısı olabileceği düşünülmektedir. Bu lenfoma nadiren implant etrafındaki meme dokusunda tespit edilmiştir. Meme implantı olan kadınlarda bu lenfoma riskinin yüksek olup olmadığını bilmek için çok az vaka vardır (5).

**Meme kanserinde klinik belirti ve bulgular**

Meme kanseri genelde uzun ve sinsi bir seyre sahiptir. Tümör boyutu küçük ve tedavi edilebilir durumdayken genellikle semptom vermez (1).

Meme kanseri olan kadınlarda %70 ilk bulgu memede kitle varlığıdır. Kitle; kanserli hastaların %47-50’sinde üst dış kadran, %12-15’inde üst iç kadran, %2-5’inde alt iç, %2-5’inde alt dış kadran, %15-22’sinde ise meme başı ve areolada yerleşim gösterir (86, 87). Kitle çoğunlukla ağrısız ve serttir. Ağrı genellikle meme kanserine eşlik eden bir semptom değildir. Ancak ilerlemiş meme kanserinde ağrı hastalıkla birlikte olabilir (10).

Meme kanseri olan kadınların yaklaşık %10’unda ise ilk bulgu meme başında akıntı olmasıdır. Kanserin neden olduğu meme başı akıntısı genellikle tek taraflı ve spontandır. Akıntı seröz, seröz-kanlı ya da kanlı olabilir. Bu özelliği taşıyan akıntıların %8-10’unu kanserler oluştururken geri kalan büyük bir çoğunluğun nedeni intraduktal papillom ve duktal ektazidir (10, 93).

Meme kanseri, fibrozisle birlikte giden bir malign süreç olduğundan kanserin bu fibrotik komponenti oranında tümörün hemen üzerindeki deride ya da yakınındaki deride hasta dinlenme durumundayken görülebilen deri çekintileri olabilir. Bu çöküntüler, dinlenme durumunda görülmüyorken retraksiyon tesleri uygulandığında görülür duruma gelirler. Memenin santral kadranındaki tümörlerde meme başı tümörün bulunduğu kadrana doğru çekilerek meme başı retraksiyonu görülebilir (10).

Meme kanserinde, tümör hücrelerinin lenf damarlarını tıkaması sonucu deri ödemi görülebilmektedir. Lenf akımı yavaşlayınca deri kalınlaşır ve kıl folikülleri içeri çekilir; bu durum derinin portakal kabuğu gibi görünmesine (peau d'orange belirtisi) neden olur.

Meme kanserinde, tümöral süreç lokal olarak ilerleyip deriyi infiltre ettiğinde önce deride bir beslenme bozukluğu sonra da ülserasyon olur. Ülserasyon çoğunlukla tek olmakla birlikte bazen çevredeki satellit deri nodüllerinin de ülsere olmasıyla multipl olurlar. Satellit deri nodülleri meme kanserinin ileri döneminde görülebilen birkaç mm’den bir cm’ye kadar değişen nodüller olarak kendini gösterir. Meme kanserine bağlı ülserasyon kolaylıkla kanar, üzeri yer yer nekrotik materyalle örtülüdür, sürekli seröz, kanlı ve pis kokulu salgı yaradan sızar (10).

Meme kanserine bağlı meme derisinde eritem görülebilir ve iki şekilde olur. Birincisi ve en sık görüleni, tümörün hemen üzerindeki deriye yaklaştıkça venöz engorjmana neden olarak üzerindeki deride eritem yapmasıdır. Diğeri ise, özel bir tip olan inflamatuar meme kanserinde görülür. Meme derisinde yaygın ve geniş bir alanda eritem vardır ayrıca meme derisi gergin ve parlaktır (10).

**Meme Kanserlerinde** **Histopatolojik Sınıflandırma**

Meme malignensilerinin %95’ten fazlası epitelden kaynaklanır ve karsinom olarak sınıflandırılırlar. Genel olarak meme karsinomları iki ana kategoriye ayrılabilir:

1) Non-İnvaziv veya İn Situ Karsinomlar

2) İnvaziv Karsinomlar

Non-invaziv tümörlerde, malign epitelyal hücreler bazal membranla çevrili duktus ve asinuslar içinde sınırlı olup etraftaki stromaya invazyon göstermeden prolifere olurlar. İnvazyonun varlığı veya yokluğunu belirleyen anatomik oluşum bazal membrandır. İnvaziv karsinomda ise tümör hücreleri bazal membranı aşıp etraftaki stromayı invaze ederler. Bu nedenle invaziv karsinomlar, lenfatik ve kan damarlarını invaze ederek bölgesel lenf düğümlerine ve uzak organlara metastaz yapabilme kapasitesine sahiptir (10).

**In Situ Karsinomlar**

***Duktal karsinoma in-situ (DCIS):*** Malign epitelyal hücrelerin meme duktuslarının sınırları içinde kalacak, diğer bir deyişle bazal membranı geçmeyecek şekilde proliferasyonudur (10). Doğal davranışı tümörün derecesine ve histolojik tipine göre değişmekte olup, tedavisiz bırakıldığında düşük dereceli olanların üçte biri 30 yıl kadar sonra invaziv kansere dönüşmekte, yüksek dereceli olanlarda ise bu süre 5 yıla kadar inmektedir (94, 97). Mammografik tarama öncesi hastalar palpabl kitle, kanlı meme başı akıntısı ve Paget hastalığı şeklinde semptomlarla başvururken, mammografik taramanın yaygın olarak kullanıma girmesi ile asemptomatik olarak tanı konulan hasta oranında belirgin artış olmuştur. Duktal karsinoma in situ insidansı 1980’lerde %2’lerde iken, bugün için tüm meme tümörlerinin %15’ini, mammografik olarak saptanan tüm meme tümörlerinin ise %20-30’unu oluşturmaktadır (10, 97, 98).

Mammografide çoğunlukla mikrokalsifikasyonlar izlenmekte ve kesin tanı biyopsinin histopatolojik değerlendirmesi sonucunda konulmaktadır. Histopatolojik değerlendirmede DCIS yapısal özelliklere göre beş ana alt grupta değerlendirilmektedir: komedo, kribriform, papiller, solid ve mikropapiller tip.

Genellikle bu alt tiplerin hepsinin tek tek ifade edilmesi yerine komedo ve non-komedo tip olarak adlandırılmaktadır. Komedo tip yüksek proliferasyon ve artmış nekroz ile birliktelik göstermektedir. Yine de bu alt gruplar hastalığın prognozu hakkında yeterli fikir vermemektedir. Bu nedenle daha çok nükleer derece (düşük, orta ve yüksek) ve nekroz varlığı prognostik faktör olarak kullanılmaktadır (99, 100).

***Lobüler karsinoma in-situ (LCIS):*** Terminal duktuslar ve lobülleri genişletip şeklini bozan monomorfik hücre popülasyonlarının proliferesyonuyla karakterizedir (101). Genellikle diğer nedenler için yapılan meme biyopsilerinde insidental olarak ortaya çıkar. Lobüler karsinoma in-situ hastalarının %80-90 kadarı premenapozal kadınlardır. Olguların %70 kadarında multisentrik ve %30-40 kadarında bilateraldir. Genellikle mamografik anormallik yoktur.

Yapılan bir biyopside lobüler karsinoma in-sitü tanısının konulması o hastada meme kanseri riskinin çok yüksek olduğunun habercisidir. Risk her iki meme için de eşittir. Lezyonun kendisi kansere dönüşmez. En çok görülen kanser türü ise %50-65 oranında invaziv duktal karsinomdur (10, 102, 103).

**İnvaziv Karsinomlar**

***İnvaziv duktal karsinom (İDK):*** Epitelyal ve stromal komponentlerden oluşan duktal karsinomlar bazal membranı tahrip edip geçtiğinde invaziv karsinom olarak adlandırılır (97). İnvaziv meme karsinomlarının en sık görülen tipidir (%70-80) ve diğer alt tiplerden herhangi birine ait spesifik özellikleri taşımayan geniş bir grubu oluşturmaktadır. Tanı bütün diğer özel tiplerin ekarte edilmesine dayanır.

Bazı invaziv duktal karsinomların minimal veya hiç belirlenemeyen in sitü bileşeni varken diğerlerinde in sitü bileşeni baskın olabilir (10). Eğer tümör içinde veya çevresinde invaziv tümörün %25’inden fazlasını oluşturan in situ duktal karsinom var ise “Yaygın İn Situ Komponent İçeren İDK” olarak isimlendirilmektedir. Bu durum özellikle meme koruyucu cerrahi (MKC) uygulanmış olgularda lokal nüksler açısından önem taşımaktadır (101, 105).

***İnvaziv lobüler karsinom (İLK):*** İkinci en sık tipte invaziv karsinom olup tüm invaziv meme karsinomlarının %5-15’ini oluşturmaktadır. Bilateral ve multisentrik olma sıklığı infiltratif duktal karsinomdan iki kat fazladır, % 20 oranında bilateraldir (10, 104, 106).

İLK, mammografi ile saptanamayan en sık invaziv kanser türüdür. Okkült lobuler kanserlerde son zamanlarda Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yöntemi ile lezyon gösterilebilmektedir (10, 104, 106). Histolojik alt tipler İLK’un prognozunu belirlemektedir. Sitolojik özelliklerine göre ve infiltrasyon paterni farklı olan alt tipleri vardır. Bunlar klasik, alveolar, solid, pleomorfik ve mikst tiplerdir. Klasik tipe göre tubülolobüler tip daha iyi, pleomorfik ve solid tip ise daha kötü prognoz göstermektedir (10, 107).

***Tübüler karsinom:*** Meme kanserlerinin %2’sini olusturur. Tümör dokusunun %90’ı tubüler yapılardan olusan karsinomdur (108). En önemli özel tiplerden biridir çünkü prognozu çok iyidir (10). Çoğunlukla postmenapozal kadınlarda görülür. Uzun spikülasyonlar ve mikrokalsifikasyonlar içeren küçük tümörlerdir ve boyut ortalaması yaklaşık 1 cm bulunmuştur (109).

***İnvaziv kribriform karsinom:*** Biyolojik ve histolojik özellikler temelinde tübüler karsinomla yakından ilişkili nadir görülen bir meme karsinomu türüdür. Prognozu iyidir. Bu tümörle ilgili en önemli özellik, kribriform tipinde in-situ karsinomdan ayırdedilmesinin zorluğudur (10).

***Müsinöz (Kolloid) karsinom:*** Müsinöz neoplazmlar, extracelluler ve/veya intracelluler müsin üretimi ile karakterizedirler (104). Az görülen bir tip olan müsinöz karsinom, meme karsinomlarının %1-6’sını oluşturur. Daha çok ileri yaş kadınlarda görülür ve prognozu iyidir (10).

***Medüller karsinom:*** Bütün invaziv karsinomların %5-7 kadarını oluşturur. Genellikle 50 yaş altı kadınlarda görülür. Makroskopik olarak oldukça büyük boyutlara ulaşabilen iyi sınırlı bir kitle oluşturabilirler. Klinik olarak fibroadenom ile karıştırılabilir. Herediter meme kanserinin oldukça sık bir fenotipi olup, BRCA1 gen mutasyonu olan kadınlarda görülmektedir (10).

***İnvaziv papiller karsinom:*** İnvaziv karsinomların %1-2 kadarını oluşturur. Sıklıkla postmenapozal kadınlarda görülür. Papiller yapıların varlığı karakteristik mikroskobik özelliğidir. Prognozu genellikle iyidir (10).

***İnvaziv mikropapiller karsinom:*** İnvaziv meme karsinomlarının %1-2’sini oluşturur. Kötü prognozlu olup invaziv duktal karsinomun bir varyantı olarak belirtilmektedir. Bu tümörlerde lenf nodu metastazı ve çok odaklılık sık olarak görülmektedir (110).

***Apokrin karsinom:*** Apokrin karsinom, meme tümörlerinin oldukça nadir bir formu olup, görülme sıklığı değişik kaynaklarda % 1-4 arasında değişmektedir (111). Hem invaziv hem de in situ karsinomlarda sıklıkla fokal apokrin farklılaşma görülmektedir. Nadir olarak invaziv karsinomlar yaygın apokrin farklılaşma gösterirler ve bu tümörler apokrin karsinom olarak sınıflandırılırlar (112).

***Juvenil (Sekretuar) karsinom:*** Genellikle 30 yaş altındaki kadınlarda görülür. Makroskopik olarak iyi sınırlı kitle oluştururlar. Prognozu oldukça iyidir (113).

***Metaplastik karsinom:*** Lezyonun ana özelliği hem epitelyal hem de mezenkimal farklılaşmanın olmasıdır. Bu tümörlerin prognozu bileşenlerinin farklılaşma derecesine bağlıdır ve kötüdür. Metastazlar lenfatik değil hematojendir (113).

***Paget hastalığı:*** Memenin Paget hastalığı, meme başı-areola kompleksinin nadir görülen bir hastalığı olup genellikle altta yatan invaziv ya da in situ karsinomla ilişkilidir. Meme başı-areolada kaşıntı yanma en yaygın semptomlardır. Meme başı ve areolar cildin egzematöz ve eroziv lezyonuyla ortaya çıkar. İleri aşamada ülserasyon ve yapısal bozulma görülebilmektedir. Topikal tedavi ile inflamatuar komponent iyileşebilir ancak altta yatan durumun maskelenmesine ve tanının gecikmesine neden olur (114). Memenin Paget hastalığında %92-100 oranında altta yatan meme kanseri vardır. Bu hastaların % 50’sinde palpabl kitle ile ilişkili olarak bulunur. Palpabl kitle varlığında sıklıkla invaziv duktal karsinom, yokluğunda ise in situ karsinom bulunmaktadır. Tümör sıklıkla areolaya yakın olarak bulunur. Tedavi ve prognoz birlikte olan tümöre bağlıdır (115-117).

***İnflamatuvar karsinom:*** Meme karsinomlarının %1-5 kadarını oluşturur. Yaygın dermal lenfatik invazyon sonucunda lenfatik drenaj bozulur ve deride ödemin yanısıra eritem, endurasyon, hassasiyet ve portakal kabuğu görünümü vardır. Genellikle palpe edilen bir kitle yoktur. İnflamatuar bir durumu taklit etmesi nedeniyle bu isim verilmiştir. Mikroskopik olarak herhangi bir inflamatuar tablo yoktur. Altta yatan invaziv karsinom genellikle yüksek gradeli invaziv duktal karsinomdur. Prognozu kötüdür (10, 113).

***Fibroepitelyal (Bifazik) tümörler:*** Filloides tümörü (sistosarkoma filloides) nadir görülen fibroepitelyal meme tümörü olup tüm meme kanserlerinin %1’inden azını oluşturur. Filloides tümörü; benign, borderline ve malign olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Sıklıkla orta yaşlı kadınlarda görülmekte olup ortalama görülme yaşı 45 yaş civarıdır (118). Tümör yapısal olarak fibroadenoma benzerlik göstermektedir. Fibroadenomlardan histolojik olarak artmış sellülerite ve klinik olarak lokal nüks ve metastatik yayılımı ile ayırt edilirler. Klinik olarak genellikle 5 cm veya daha büyük boyutlara ulaşabilen, hızla büyüyen tümörlerdir (10, 118).

***Malign mezenkimal tümörler:*** Sarkomlar, epitelyal bir komponenti olmayan ve memede zaman zaman görülen tümörlerdir. En sık tip malign fibröz histiositomdur. Diğer primer sarkomlar fibrosarkom, liposarkom, leiomyosarkom, osteojenik sarkom ve kondrosarkomdur (10).

***Hematopoietik tümörler:*** Meme, yaygın ekstranodal lenfomada sık tutulur. Ancak memenin primer lenfoması bütün meme malignensilerinin % 0.5 kadarını oluşturur. Primer lenfomalar tek bir nodül veya yaygın infiltratif bir süreç şeklinde kendilerini gösterebilirler (10).

**Meme Kanserlerinde Evreleme**

Tümör evreleme sistemleri, kanserin yayılımı ve ciddiyeti hakkında belli standartlara göre bilgi edinilmesini sağlar. Günümüzde hemen her yerde American Joint Commitee on Cancer (AJCC)’in biçimlendirdiği TNM sistemi kullanılmaktadır. TNM Evreleme Sistemi’nde tümörleri sınıflamak için kullanılan kriterler; tümör boyutu (T), aksiller lenf nodlarına yayılım (N) ve uzak bölgelere yayılımdır (M). Daha önceden tanımlanmış kriterlere göre bu üç özellik belirlenip kombine edilerek, tümör için son TNM Evresi hesaplanır.

Son yıllarda tarama amaçlı mamografik tetkiklerin yaygın uygulanması, sentinel lenf nodu diseksiyon tekniklerinin gelişmesi sonucunda invaziv meme kanserleri daha erken evrede yakalanmaktadır. Meme kanserinin doğal seyrindeki bu değişiklikler sonucunda evreleme sisteminde bazı değişiklikler olmuş ve AJCC’de oluşturulan klinik konsensus sonucunda yeni evreleme sistemi oluşturulmuştur (119).

AJCC’ ye göre gözden geçirilmiş TNM sınıflaması

***Primer Tümör: T***

Tx: Değerlendirilemeyen primer tümör

T0: Primer tümöre ait bulgu yok

Tis: İn situ karsinom

Tis (DCIS): Duktal karsinoma in situ

Tis (LCIS): Lobüler karsinoma in situ

TİS (Paget): Meme başında Paget hastalığı (primer başka tümör yok)

T1: En büyük çapı ≤ 2 cm tümör

T1mic: En büyük çapı ≤ 0,1 cm (mikroinvaziv tümör)

T1a: Tümör çapı > 0,1 cm ancak ≤ 0,5 cm

T1b: Tümör çapı > 0,5 cm ancak ≤ 1 cm

T1c: Tümör çapı > 1 cm ancak ≤ 2 cm

T2: Tümör çapı > 2 cm ancak ≤ 5 cm

T3: Tümör çapı > 5 cm

T4: Boyutu ne olursa olsun, göğüs duvarı veya cilde direkt yayılan tümör

T4a: Pektoralis major kası dışında göğüs duvarına yayılım

T4b: Ödem, cilt ülserasyonu, aynı memede satellit cilt nodülleri, portakal kabuğu görünümü

T4c: T4a + T4b

T4d: Enflamatuar karsinom

***Bölgesel lenf nodları: N***

***Klinik sınıflandırma***

Nx: Değerlendirilemeyen nodal tutulum

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1: Hareketli ipsilateral bölgesel lenf nodu metastazı

N2: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial nodal metastaz

N2a: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

N2b: Aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial nodal metastaz

N3: İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı veya klinik + radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı veya supraklaviküler lenf nodu metastazı

N3a: İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metaastazı + aksiler lenf nodu metastazı

N3b: Klinik + radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mamarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı

N3c: Supraklaviküler lenf nodu metastaz

***Uzak metastaz: M***

Mx: Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

**Tablo 1.** Meme kanserinde TNM Evrelemesi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Evre** | **T** | **N** | **M** |
| **0** | Tis | N0 | M0 |
|  |  |  |  |
| **I** | Tmic | N0 | M0 |
|  | T1 | N0 | M0 |
|  |  |  |  |
| **IIA** | T0 | N1 | M0 |
|  | T1 | N1 | M0 |
|  | T2 | N0 | M0 |
|  |  |  |  |
| **IIB** | T2 | N1 | M0 |
|  | T3 | N0 | M0 |
|  |  |  |  |
| **IIIA** | T0 | N2 | M0 |
|  | T1 | N2 | M0 |
|  | T2 | N2 | M0 |
|  | T3 | N1 | M0 |
|  | T3 | N2 | M0 |
|  |  |  |  |
| **IIIB** | T4 | N0 | M0 |
|  | T4 | N1 | M0 |
|  | T4 | N2 | M0 |
|  |  |  |  |
| **IIIC** | T1-4 | N3 | M0 |
|  |  |  |  |
| **VI** | T1-4 | N0-3 | M1 |

***Meme Kanserlerinde Tanı Yöntemleri***

Meme kanserinin tanısında klinik, radyolojik ve patolojik tanı basamakları esastır.

***Anamnez ve fizik muayene***

***Anamnez***

Anamnezde, hastanın yakınması detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Hastanın meme kanseri açısından riskli grupta yer alıp almadığı değerlendirilmelidir. Hastanın yaşı, menstruasyon durumu, menapozdaki değişiklikler, gebelikleri ve doğumları ile hormon tedavisi alıp almadığı dikkatle araştırılmalıdır. Hastada geçirilmiş meme kanseri veya diğer organ kanseri öyküsü de öğrenilmelidir. Yakın akrabalarında meme kanseri olup olmadığı da büyük önem taşımaktadır (10).

***Fizik muayene***

Premenopozal kadında fizik muayene için en uygun zaman menstrüasyonu takip eden haftadır. Bu dönemde meme en az gergin düzeydedir. Fizik muayenede palpasyonla kitle benign, malign ya da kuşkulu olarak tanımlanabilir. Benign kitleler genellikle iyi sınırlı, hareketli, sert ya da yumuşak olup, üzerindeki deride değişikliğe yol açmazlar. Fibrokistik değişiklikler sıklıkla yaygın simetrik kalınlaşma tarzında bulgu verir. Malign kitleler ise sert, immobil, çevre yumuşak doku ve deriye fikse olup sınırları düzensizdir (120). Kitle üzerindeki deride çöküntü, meme başınde çekilme ve kanlı akıntı maligniteyi düşündüren bulgulardır. Eritemli, gergin ve dokunmakla ağrılı lezyonlar mastit gibi enfeksiyöz etyolojiyi düşündürür. Abse formu oluşmuş ise daha iyi sınırlandırılabilen kitle bulgusu alınır. Ancak benzer semptomların inflamatuar meme karsinomlarında da olabileceği akılda tutulmalıdır. Değişik serilere göre tek başına meme muayenesi ile doğru tanı konma oranı %44-85 arasında değişmektedir (121).

***Görüntüleme yöntemleri***

***Mamografi (MG)***

Mamografi memenin temel görüntüleme yöntemidir. Etkin bir tarama aracı olması yanında tanısal amaçla da yaygın olarak kullanılır. Tanısal mamografi, ele gelen kitle, lokalize ağrı, meme başı akıntısı, tarama mamografisinde anormallik gibi klinik durumlarda endikedir. 30 yaşın üstünde ele gelen kitle nedeniyle biyopsi yapılacak bir kadına tanısal mamografi yapılmalıdır. Biyopsiden önce mamografinin amacı klinik anomaliyi daha iyi ortaya koymak ve multifokal karsinom ya da invazif karsinomun intraduktal komponenti gibi lezyonları tespit etmektir (122).

Mamografinin tanı değeri memenin yapısına göre değişir. Yağlı bir memede mamografinin duyarlılığı %100’e yaklaşır, parankim ve stromadan zengin dens bir memede ise tanı değeri düşer. Genellikle bilateral meme parankiminin dağılımı simetriktir. Bu nedenle asimetrik dokunun değerlendirilebilmesi için hastanın şikayeti tek taraflı olsa bile bilateral mamografi çekilmelidir (10).

Kalsifikasyonlar, mamografilerde seçilebilen en küçük yapılardır. Meme kanserinde genellikle çok küçük oldukları için (150-200 mm) mikrokalsifikasyon olarak tanımlanırlar. Mikrokalsifikasyonlar erken meme kanserinin en duyarlı mamografik bulgusudur. Palpe edilemeyen meme kanserlerinin %40-50’sinin sadece mikrokalsifikasyon ile tespit edildiği bilinmektedir (10). Mikrokalsifikasyonların pleomorfik özellikte olması, segmenter dağılım veya duktal dizilim göstermesi, asimetrik özellikte tek bir memenin tek bir bölgesinde olması, mikrokalsifikasyon kümesine yapısal distorsiyon veya dansite artışının eşlik etmesi, mikrokalsifikasyon kümesinin dış konturunun düzensiz olması, boyutsal veya sayısal artış göstermesi kuvvetli malignite bulgularıdır (123).

Mamografide saptanan kenarları spiküle, belirsiz, çevre doku tarafından gizlenmiş veya mikrolobüle olan düzensiz lezyonlar malign patoloji olasılığının yüksek olduğu lezyonlardır (10).

Mamografi raporlarındaki terminolojinin standardizasyonu, lezyonların standart kriterlere göre kategorizasyonu ve tarama mamografilerinde saptanan nonpalpabl lezyonların izlem protokollerinin belirlenmesi amacıyla 1993 yılında Amerikan Radyoloji Derneği tarafından ‘Breast Imaging Reporting and Data System’ (BIRADS) geliştirilmiştir (124).

***BIRADS Sınıflaması***

**Kategori 0:** İlave görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç var

**Kategori 1:** Normal mamogram (Memeler simetrik olup, kitle, yapısal distorsiyon, şüpheli mikrokalsifikasyon içermezler).

**Kategori 2:** Benign bulgular (Bu da, negatif bir mamogramdır. Kalsifiye fibroadenomlar, yağ kisti, lipom, galaktosel, hamartom gibi lezyonlar görülebilir).

**Kategori 3:** Muhtemelen benign bulgular (Büyük olasılıkla benign özelliklere sahip, ancak çok düşük olasılıkla malign olma ihtimali olduğu için stabil olduğunu göstermek için izlem gerektiği düşünülen bulgulardır).

**Kategori 4:** Şüpheli bulgular (Meme kanseri açısından karakteristik görünüme sahip değillerdir ancak malign olmaları kuvvetle olası lezyonlardır).

**4A:** hafif derecede kuşkulu

**4B:** orta derecede kuşkulu

**4C:** ileri derecede kuşkulu

**Kategori 5:** Yüksek olasılık ile malignite düşündüren bulgular (Mamografi histolojik tanı vermese de morfolojisi tipik olup malign olma olasılığının çok yüksek olduğu bulgulardır, doku tanısı elde edilmelidir).

**Kategori 6:** Malign olduğu bilinen (biyopsi ile verifiye) ancak henüz kesin tedavi uygulanmamış olgular

***Ultrasonografi (US)***

Ultrasonografi esas olarak mamografiye yardımcı yöntemdir. Laktasyon, gebelik ve 30 yaş altı kadınlarda temel görüntüleme yöntemidir. İncelemeyi yapan kişiye bağımlı bir yöntem olması ve mikrokalsifikasyonları güvenilir bir şekilde göstermemesi meme kanseri görüntülemesi için yalnız kullanılamamasına neden olur. Ultrasonun en önemli yararlarından biri de kitlenin kistik- solid ayrımını yapmasıdır. Non-palpabl kitleleri lokalize etmek için ve palpabl ve non palpabl kitlelere iğne biyopsisi yaparken kullanılır. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre; dens memelerde ultrason ve mamografi kombine edildiğinde yakalanan kanser sayısı önemli miktarda artmıştır. Ultrasonda mamografiye üstün olarak dokular süperpoze olmamakta, böylece iç yapılar ve kitlelerin sınırları daha iyi değerlendirilmektedir (10, 125, 126).

.

***Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG)***

Meme MRG’si, seçilmiş hastalarda meme kanserinin tanı ve yönetiminde ayrılmaz bir parça haline gelmiştir. Meme MRG, MG ve US’den farklı olarak meme lezyonlarının şekil, kontur, boyut gibi morfolojik özelliklerine ilave olarak, meme parankimi ve bu zemindeki kitle lezyonların doku perfüzyon karakteristiklerini de fonksiyonel olarak gösterebilmektedir (127, 128).

***Meme MRG Endikasyonları***

***1.Primeri bilinmeyen metastatik lezyonların değerlendirilmesi***

Bazı olgularda beyin, karaciğer, akciğer, kemik ile supraklavikular ve aksiller lenf nodlarında metastatik lezyonlar izlenmektedir. Bu hastalarda primer odak aranırken meme değerlendirmesi için yapılan MG’de primer odak özellikle dens memelerde %50 oranında atlanabilmektedir. Literatürde metastatik aksiller lenf nodu varlığında meme MR’ın %75-85 olguda primer meme tümörünü saptadığı bildirilmektedir (120).

***2.Mamografi ve ultrasonografi ile kesin tanı konulamayan olgularda***

Meme MRG tüm görüntüleme modaliteleri içerisinde meme kanser saptamada en duyarlı yöntemdir (121). Özellikle MG ve US’de malign/benign ayrımı her zaman kolayca yapılamamaktadır. Bu olgularda meme MRG problem çözücü modalite olarak devreye girebilmektedir. US ve MG sonucu BIRADS kategori 3 ve 4 gibi malignite şüphesi taşıyan olgular meme MRG ile değerlendirilerek yüksek duyarlılık ile tanı konulabilmektedir. Fakat özellikle MRG’de gösterilemeyen şüpheli mikrokalsifikasyonların değerlendirilmesinde direkt olarak biyopsi önerilmektedir (122).

***3.Preoperatif Evreleme***

MG ve US, özellikle 2cm’den büyük lezyonlarda tümör boyutunu olduğundan daha küçük ölçmektedir. Memenin invaziv tümörlerinde patolojik boyut ile en uyumlu boyutu MRG vermektedir. Preop evrelemede meme MRG özellikle premenapozal dens memelerde aynı meme ve karşı memedeki kanser odağının değerlendirilmesinde önerilmektedir (119).

***4.Meme koruyucu cerrahi sonrası rekürrens ve post-op cerrahi sınır değerlendirilmesi***

***5.Meme kanserinde neoadjuvan kemoterapiye cevabın değerlendirilmesinde***

***6.Meme protez implantlarının değerlendirilmesi***

İmplantlar meme kanserinin cerrahi tedavisinden sonra veya kozmetik amaçlı olarak kullanılmaktadır. Protezde oluşan komplikasyonlar, protez şeklinde bozulma ve komşuluğunda enflamasyon şeklinde izlenmektedir. Klinik bulgular, US ve MG ile protezlerdeki rüptür ayrımı her zaman net olarak yapılamamaktadır. MRG’de protez değerlendirmesi için geliştirilmiş özel sekanslar mevcut olup implant değerlendirilmesinde tercih edilmektedir (10).

***Biyopsi***

Meme kanserinin kesin tanısı ancak biyopsi ile konulur.

Memede kitleye yaklaşıma bakıldığında;

a) Ele gelen kitlelere yaklaşım

- İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)

- Kor biyopsi (Tru-cut)

- Cerrahi biyopsi (insizyonel, eksizyonel biopsi)

b. Ele gelmeyen (nonpalpabl) kitlelere yaklaşım

- Ameliyat öncesi tel yerleştirme

- ROLL (Radionuclide guided occult lesion localization)

***İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)***

Bu yöntemde hücre örneklemesi yapılır ve sitolojik tanı elde edilir. Yöntemin avantajları ucuz, pratik, hızlı olması, hasta tarafından iyi tolere edilmesi ve çabuk sonuç elde edilebilmesidir.

Dezavantajları ise; çok az histolojik bilgi verir veya hiç vermez, hücresel materyal azdır, östrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR) ve c-erb 2 saptaması çok zordur. İn situ-invaziv kanser ayrımı yapması çok zor, yanlış pozitiflik ve yanlış negatiflik oranı yüksektir (123).

***Kor biyopsi (Tru-cut)***

Bu yöntemde doku örneklemesi yapılır ve histolojik tanı elde edilir. Avantajlarına bakıldığında; daha fazla materyal alınabilmektedir, kesin histolojik tiplendirme, insitu/invaziv kanser ayrımı, tümörün grade tayini, hormon reseptörlerinin analizi, ve onkoprotein ekspresyonunun (HER2/neu) belirlenebilmesidir. İİAB ile karşılaştırıldığında duyarlılık, özgüllük ve doğru tanı oranları yüksek, yetersiz tanı oranları düşüktür (123).

***Cerrahi biyopsi (insizyonel, eksizyonel biopsi)***

Memedeki kitlenin bir kısmı veya tümünün cerrahi eksizyonla çıkarılmasıdır. Tanı amaçlı bir bölümünün çıkarılmasına insizyonel biyopsi, kitlenin tümünün çevre sağlam doku ile çıkarılmasına eksizyonel biyopsi denir (124).

***Tel ile İşaretleme***

MG ve US ile saptanabilen ele gelmeyen lezyonlar tel ile işaretleme tekniği ile çıkarılırlar. İşaretlemede amaç, minimal doku volümü çıkartarak lezyonun tam eksizyonunu sağlamak ve iyi kozmetik sonuç elde etmektir. Şüpheli bir mikrokalsifikasyon odağının veya palpe edilemeyen bir lezyonun tanısının ortaya konması tel işaretleme biyopsisinin en sık endikasyonunu oluşturur (124).

***ROLL (Radionuclide guided occult lesion localization)***

Palpe edilemeyen lezyonlarda tel ile işaretlemeye alternatif olarak en çok kullanılan tekniktir.

Tekniğin temel prensibi lezyon içine çevre dokulara dağılmayan teknesyum 99 ile işaretlenmiş makroagregat albuminin ultrason veya mamografi altında lezyon içine verilmesi ve gama prob yardımı ile lezyonun çıkarılmasıdır (124).

***Meme Kanserlerinde Prognostik Faktörler***

Meme kanserinde tanıdan sonraki doğal seyir hastalar arasında farklılıklar göstermektedir. Aynı tümör çapına sahip olan ve takip edilen hastalardan bazılarında tümör nüksü çok kısa sürede ortaya çıkmakta iken diğerleri sağlıklı olarak yaşamaya devam etmektedir. Bundan dolayı hastalarda risk değerlendirilmesi ve tedavinin buna dayanılarak yönlendirilmesi için prognostik faktörler kullanılmaktadır (10).

***Aksiller lenf bezi tutulumu***

Meme kanserinde değeri tartışmasız kabul edilen en önemli prognostik faktördür. Aksilla negatif olgular prognozu en iyi olan gruptur. Aksilla pozitif olgularda da metastatik lenf bezlerinin sayısı ve lokalizasyonu önem kazanmaktadır. Aksiller lenf bezi tutulumunun değerlendirilmesinde cerrahi diseksiyon ve histopatolojik inceleme esastır (125).

Aksiller metastazı olmayanlarda 10 yıllık hastalıksız sağkalım %70 iken bu oran 1-3 nod metastazı olanlarda %50’ye, 4-10 nod metastazı olanlarda %35’e, 11-20 nod metastazı olanlarda %20’ye ve 20’den fazla nod metastazı olanlarda da %17’ye inmektedir (10).

***Tümör boyutu***

Aksiller nod negatif hastalarda tümör boyutu meme kanseri nüksünü öngörmede en güçlü olan faktördür. Primer tümör ne kadar büyükse prognoz o kadar kötüdür. İki santimetreden küçük tümörlerde uzun süreli sağkalım oranı en yüksektir.

Tümörün boyutu arttıkça lenf nodu tutulumuna bakılmaksızın sağkalım azalmaktadır, yine aynı şekilde lend nodu tutulum oranı attıkça tümör boyutuna bakılmaksızın sağkalım azalmaktadır (10, 126).

***Histolojik tip***

Meme kanseri olan hastalarda en sık rastlanan histolojik tip infiltratif duktal karsinomlardır. Daha az görülen tiplere karşın en kötü prognoza sahip olan histolojik tiptir. Müsinöz, tübüler ve papiller karsinomlar nadiren metastaz yaparlar. Bu nedenle en iyi prognoza sahip olan tiplerdir (10).

***Tümör differansiyasyon derecesi (Grade)***

Nükleer grade, tümörün çekirdek özelliklerini ve atipi derecesini yansıtır. Histolojik grade hücresel ve dokuyla ilişkili kriterlere dayanır. Grade I iyi, grade II orta ve grade III kötü derecede diferansiye olmuş tümörleri tanımlar (10).

***Östrojen ve progesteron reseptörleri***

Uzun yıllardan beri ileri evre meme kanserinde steroid reseptör durumu tedavi kararlarını vermede kullanılmaktadır. Büyük çalışmalarda ER pozitif hastalarda hastalıksız sağkalımın ER negatif hastalara göre daha uzun olduğu gösterilmiş olup, San Antonio ve ‘‘National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project’’ verilerine göre hastalıksız sağkalım avantajı 5 yılda %10'dur.

Evre I meme kanserinde ER eksikliği erken nüks ve sağkalımdaki azalmayı öngörmede en önemli faktör olarak görülmektedir.

Hormon reseptörlerinin varlığı prognozun yanısıra ilaç tedavisinin seçiminde de önemli olup, hormonal tedavinin başarısını belirleyen en önemli faktördür (10, 127)

***Proliferasyon ölçümleri***

Meme kanserinin gelişiminde büyüme fraksiyonu ya da yüksek proliferasyon yeteneğini gösteren mitotik indeks, timidin işaretleme indeksi ve Kİ67 yüksek oranları olumsuz prognostik faktörlerdir (10).

***Proto-onkogen Aktivasyonu***

Pek çok çalışmada meme kanserinde c-myc, c-erbB2 (HER-2 veya neu) ve int-2 onkogenlerinin amplifikasyonu gösterilmiştir. Prognostik faktör olarak üzerinde en çok durulan c-erbB2'dir. Bu onkogen, epidermal büyüme faktörü reseptörüne benzeyen bir proteinin sentez edilmesini sağlar. Meme kanseri olgularının yaklaşık %30'unda c-erbB2 amplifikasyonu saptanmıştır. C-erbB2 ekspresyonu arttıkça meme kanserinde grade artar, prognoz kötüleşir. Ayrıca c-erbB-2’ nin pozitif olması durumunda rekürrens riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (125).

***MEME KANSERİNDE TEDAVİ***

Tedavi kararı; meme kanserinin evresi ve biyolojik özellikleri, hastanın yaşı ve tercihleri, her bir tedavi protokolü ile ilişkili risk ve yararlara göre en uygun tedavi değerlendirildikten sonra hasta ve hekim tarafından verilir. Meme kanserinin primer tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi ile birlikte genellikle radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi de uygulanmaktadır (1).

***Cerrahi tedavi***

Meme kanserlerinde cerrahi tedavinin öncelikli amacı tümörün lokal kontrolünü ve evrelendirmeyi sağlamaktır. Erken evre meme kanserinin cerrahi tedavisinde, uzun yıllar sadece radikal veya modifiye radikal mastektomi (MRM) ameliyatları uygulanmıştır. Günümüzde, bazı hastalar için MRM uygun bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaya devam etse de, meme koruyucu cerrahi (MKC) hastaların önemli bir kısmında tercih edilen cerrahi tedavi yöntemi olmaktadır (128).

***Radikal mastektomi***

Halsted’in 1882 yılında ilk kez uygulayarak popularize ettiği bu teknik 1960-70 yıllarına kadar meme kanseri cerrahisinde standart yöntem olarak kullanılmıştır. Radikal mastektomi tüm meme dokusu, m. pektoralis major, minor ve aksiller dokunun çıkarılması ameliyatıdır. Pektoralis kasının çıkarılmasının nedeni kasın içine giren meme dokusunun uzantıları olmasıdır.

Günümüzde lokal olarak ileri evre tümörlerde temiz cerrahi sınır sağlamak için pektoralis majör kasının çıkarılmasını ve aksilla diseksiyonunu gerektiren durumlarda kullanılmaktadır (1, 10).

***Modifiye radikal mastektomi***

1970’lerde erken meme kanserinin tedavisinde popülarize olmuştur. Tüm meme dokusu, m.pektoralis major'un fasiası, m.pektoralis minor ve koltukaltı lenf dokusu çıkarılır. Radikal mastektomiye göre kozmetik sonuçları daha iyidir. Pektoralis majör kası çıkarılmaz. Bu teknik, meme koruyucu cerrahinin uygulanmadığı hastalarda bugün standart olarak uygulanmaktadır (10).

***Meme koruyucu cerrahi***

Günümüzde meme kanserine giderek daha erken evrelerde tanı konulduğu için meme koruyucu ameliyatlar kadınların büyük bir çoğunluğunda uygulanmaktadır. Bu teknikte, meme başı/areola kompleksi, eğer varsa biyopsi skarı ve tüm meme parankimi çıkartılır. Eğer endikasyon varsa sentinal lenf nodu biyopsisi veya aksiller diseksiyon da eklenir. Meme koruyucu cerrahi kadranektomi, segmentektomi, kısmi meme rezeksiyonu, geniş eksizyon, lumpektomi ve tilektomi olarak adlandırılabilir. Terminolojinin belirlenmesinde ne kadar normal meme dokusunun çıkarıldığı belirleyici olmaktadır (129).

Bu tekniği inflamatuvar meme kanseri olan, lokal ileri evre meme kanseri olan (evre IIB veya III) hastalarda uygulamak mümkün değildir. Bu tekniğin uygulandığı hastaların çoğunluğu Evre 0, I, II meme kanseridir (10).

***Radyoterapi (RT)***

Radyoterapi, küratif meme cerrahisinden sonra kalan kanser hücrelerini yok etmek için kullanılabilmektedir (1). Erken evre (Evre I ve II) meme kanserli olgular günümüzde genellikle meme koruyucu cerrahi nadiren ise mastektomi ile tedavi edilmektedirler. Aksiller bölgeye ise sentinel lenf bezi örneklemesi ile yaklaşılmaktadır. Sentinel lenf bezi tutulumu saptanan olgularda aksiler diseksiyon uygulanmaktadır. Bu hastalarda meme koruyucu cerrahi sonrası standart olarak tüm meme ışınlaması gerekmektedir. Uygulanan radyoterapinin meme kanseri rekürrensini yaklaşık %50, meme kanserine bağlı ölüm riskini yaklaşık %20 azalttığı görülmüştür. Mastektomi uygulan hastalarda ise eğer tümör 5 cm’den büyük ise ya da lenf nodu metastazı saptanmış ise cerrahi sonrası radyoterapi uygulanmalıdır (1, 130).

Metastatik meme kanserli olgularda semptomların giderilmesinde RT önemli bir araçtır. Hastayı rahatlatmak ya da fonksiyon kaybını düzeltmek veya önlemek amacıyla kullanılabilir. Kemik metastazı olan olgularda ağrı palyasyonu sağladığı gibi vertebral kolon ya da femur boynu gibi yük taşıyan kemiklerdeki metastazlarda patolojik fraktür riskini azaltır.

***Sistemik tedavi***

Meme kanserinde sistemik tedavi; kemoterapi, hormonal terapi ve hedefe yönelik tedavileri içerir. Bu tedaviler kan yoluyla tüm vücuda etki ederler ve farklı mekanizmalarla etki gösterirler (1).

Sistemik tedavi eğer cerrahi öncesi verilirse buna neoadjuvant tedavi adı verilmektedir. Neoadjuvant tedavi ile lokal olarak büyümüş tümör, cerrahi yapılır hale gelmekte, bazı durumlarda konservatif cerrahi imkanları sağlamada yardımcı olmaktadır (10).

Sistemik tedavi cerrahi sonrası verilirse buna adjuvant tedavi adı verilmektedir. Meme kanseri olan hastalarda teşhis esnasında mikrometastatik olarak yayılmış olan tümör hücrelerinin olabileceğinin gösterilmesi ve primer lokal cerrahi ve radyoterapiye sistemik kemoterapi ve hormonal tedavilerin eklenmesinin nüks riskini azalttığının ve sağkalımı uzattığının gösterilmesi meme kanserinde adjuvan sistemik tedavilerin temelini oluşturmuştur (1, 10).

***Kemoterapi:*** Adjuvan kemoterapi aşikar bir metastazı saptanmamıs ancak memeyi aşarak lenf nodu tutulumu yapmış ya da mikrometastatik meme kanserlerinde kullanılır. Tedavinin amacı gelecekteki rekürrens riskini azaltarak buna bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır***.***

***Hormonal tedavi:*** Östrojen overlerden üretilen bir hormon olup meme kanserinde kanser hücrelerinin çoğalmasına neden olur. Östrojen veya progesteron reseptörleri pozitif olan meme kanserli hastalarda hormonal tedavi verilerek östrojen seviyesi düşürülebilir ya da östrojenin kanser hücreleri üzerine olan olumsuz etkisi bloke edilebilmektedir (1).

Tamoksifen; selektif östrojen reseptör düzenleyicisi olup (SERM), meme hücresinde antiöstrojen gibi davranırken, uterus, kemik gibi diğer dokularda östrojen gibi davranmaktadır. Tamoksifen, adjuvan olarak veya metastatik hastalıkta meme kanserli hastaların klinik tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Yararı sadece hormon reseptörü pozitif olan tümörlerde görülmüştür. Tamoksifen kullanan hastalarda, karşı memede kanser oluşmasındaki azalma doğrulanmış ve endometrial kanser gelişme riskinin iki kat daha fazla olduğu görülmüştür. Klinik çalışmalarda tamoksifenin optimal kullanım süresi 5 yıl olarak saptanmıştır (131).

Postmenapozal kadınlarda, androjenlerden östrojen sentezini inhibe eden aromataz inhibitörleri de adjuvan tedavi olarak kullanılmaktadır. Bu grupta yer alan ilaçlar; letrozol, anastrozol, ekzemestan gibi ilaçlardır (132).

Premenapozal kadınlarda da fonksiyon gören overleri baskılayarak östrojen düzeylerini azaltmak için LHRH agonistleri (goseralin veya leuprolide) de hormonal tedaviye eklenebilir (10).

***Hedefe yönelik tedavi:*** Meme kanserlerinin yaklaşık %15 ile 20’sinde HER2 proteini aşırı ekspresyonu görülmektedir. Bu tümörler hızlı büyürler ve HER2 proteini üretmeyen tümörlere göre rekürrens oranları yüksektir.

Trastuzumab, (Herceptin) doğrudan HER2 proteinini hedef alan monoklonal antikordur. Yapılan çalışmalara göre erken evre HER2 pozitif meme kanseri olgularında standart kemoterapiye ek olarak trastuzumab verildiğinde tek başına kemoterapiye oranla nüks ve ölüm riskini sırasıyla %52 ve %33 oranında azalttığı tespit edilmiştir (133).

***Meme Kanserinden Korunma***

***Birincil korunma***

Birincil korunma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin vücutta meydana getirebileceği hasarların onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir. Kanserin ortaya çıkmasından sorumlu risk faktörleri başlıca üç grup altında incelenebilir. Bunlar; genetik faktörler, çevresel faktörler ve yaşam tarzı ile ilgili faktörlerdir (134).

Meme kanseri riskini azaltmak için kanıtlanmış üç yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar; proflaktik ooferektomi, proflaktik mastektomi ve kemoprevensiyon olarak tamoksifen ya da raloksifenin kullanımıdır. Proflaktik cerrahi, sadece bilinen ya da şüpheli genetik yatkınlığı olan kadınlarda, daha önceden geçirilmiş meme kanseri öyküsü bulunanlarda ya da çok yüksek riskli kadınlarda kanser oluşmadan uygulanabilir.

Ooferektominin, 35 yaş altındaki kadınlarda meme kanseri riskini %60 kadar azalttığı gösterilmiştir. Ancak bu yaşta cerrahi menapozun getirdiği osteoporoz, kardiyovasküler hastalık gibi riskler de artmaktadır (135).

Proflaktik mastektomi genellikle eşzamanlı meme rekonstrüksiyonu ile birlikte ve nipple-areola kompleksinin korunduğu subkütan mastektomi biçiminde uygulanır. Yüksek risk grubundaki (BRCA1 -2 taşıyısı veya çok güçlü aile öyküsü olan) kadınlardan proflaktik mastektomi yapılanlar, yapılmayan kızkardeşleri ile karşılaştırılmıştır. Ortalama 14 yıllık izlem sonucunda meme kanserine bağlı mortalitenin %94 azaldığı bulunmuştur (136).

Kemoprevensiyon, malignite oluşmadan, kimyasal ajanlarla karsinogenezisin durdurulması veya yavaşlatılmasıdır. Meme kanseri açısından yüksek riske sahip olan kadınlarda kullanılabilir.

Meme kanseri riskini önlemede, düşük yağlı ve yüksek lifli gıdalarla beslenme, günlük alkol alımının azaltılması, fiziksel aktivitede bulunulması, ilk doğumun 30 yaş altında olması, emzirmenin sürdürülmesi, uzun süreli oral kontraseptif ve hormon replasman tedavisi kullanımından kaçınılması, özellikle puberte döneminde ve 30 yaş altında radyasyondan korunulması da önemlidir. Ancak yaşam tarzı değişikliklerinin meme kanseri riskini azalttığı kanıtlanmamıştır (135).

***İkincil korunma***

İkincil korunma, bireylerin, risk faktörlerine maruz kaldıktan sonra, vücutlarında biyolojik olarak hastalığın başladığı ancak henüz klinik olarak semptomların ortaya çıkmadığı dönemde, hastalığın erken tanı ve tedavisi yaklaşımıdır.

Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en etkin yolu erken tanıdır. Erken tanı için de tarama etkinlikleri önem kazanmaktadır. Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde yaygın olarak önerilen tarama yöntemleri KKMM, KMM ve mamografidir (124).

***Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)***

KKMM, meme kanserinin mümkün olduğunca erken dönemde tanınmasını sağlamak amacıyla kadınların, meme ve çevresindeki bölgeyi, olağan dışı kitle ve şekil değişikliklerini belirlemek için düzenli aralıklarla, sistematik bir şekilde, aynı yöntemi kullanarak muayene etmesidir. Meme dokusunun daha iyi tanınması ve olası değişikliklerinin belirlenebilmesi için, KKMM’nin düzenli ve periyodik aralıklarla yapılması gerekmektedir (124).

Amerikan Kanser Birliği, semptomsuz kadınlara yönelik olarak 20 yaşından itibaren her kadına KKMM’nin yararlarının ve sınırlılıklarının anlatılmasını; normal olmayan bir değişim gözlendiğinde sağlık personeline başvurulmasını önermektedir. Bu muayene için en uygun zaman, adet kanamasından 5-7 gün sonra, memelerin gergin ve hassas olmadığı zamandır. Menopoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınlarda ve gebelerde her ayın aynı günü yapılması önerilir (5).

Yakın geçmişte Rusya’da ve Çin’de yapılan iki randomize kontrollü çalışma sonuçları, KKMM’ne ilişkin yapılan önerilerde değişikliğe ve tartışmalı görüşlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu iki randomize çalışma ve Cochrane çalışmasını da içeren çok sayıda çalışmada, KKMM’nin meme kanseri mortalite oranını azaltmadığı, selim kitle biyopsi sayısını arttırdığını, bağlı olarak, sağlık bakım kaynaklarının gereksiz harcanmasına, bireyde stres oluşumuna, memede yara izi ve şekil bozukluğuna neden olduğu bildirilmiştir (137).

Bu sonuçlar doğrultusunda, meme sağlığı otoritelerinin geliştirdiği yeni öneriler kapsamında, KKMM’nin tarama yöntemi olarak farkındalıkların arttırılmasında önemli olduğu, KKMM’nin tek başına meme kanseri mortalitesini azaltmada sınırlı bir etkiye sahip olduğu ve bu nedenle KKMM ile birlikte KMM ve mamografi çektirmenin de önemli olduğu bildirilmiştir (1).

***Kendi kendine meme muayenesi nasıl yapılır?***

KKMM’nin aşamalarına bakıldığında; memelerin bir ayna karşısında inspeksiyonu, ayakta ve sırt üstü yatarken elle muayene edilmesi şeklindedir.

KKMM’nin ilk aşamasında belden yukarısını gösteren bir ayna karşısında; kollar yanlarda iken, kollar yukarı doğru kaldırılarak, eller başın arkasına konularak sonrasında eller sıkıca kalçalara bastırılır, omuzlar ve dirsekler öne doğru alınırken inspeksiyon yapılır. Muayene esnasında; memelerde belirgin şişlik, meme ucunun içe doğru çekilmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeyel damarlarda önceden olmayan bir belirginleşme hali veya ciltte "portakal kabuğu" görünümüne benzeyen bulguların olup olmadığına bakılmaktadır. İnspeksiyondan sonra sonra elle değerlendirilme muayenesi uygulanmakta olup meme dokusunda olmaması gereken bir doku ve normal dışı kitlenin varlığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Öncelikle ayakta iken her iki memenin elle değerlendirilmesi yapılır.

**Şekil 1.** KKMM sırasında elle tarama yöntemleri



Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi için sırtüstü yatılıp, sağ omzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu konulması gerekmekte, bu işlemden sonra sağ el başın altına yerleştirilerek elle tarama yöntemleri kullanılıp, sağ meme tümü ile taranmaktadır. Sağ memenin değerlendirilmesi tamamlandıktan sonra aynı işlemler sol meme için de uygulanmaktadır (5).

***Klinik meme muayenesi (KMM)***

Klinik meme muayenesi bir doktor veya hemşire, ebe tarafından memelerin muayenesidir. Meme kanserinden ölme riskini azaltmak amacıyla, erken evrede meme kanserine tanı koyabilmek amacıyla bir tarama yöntemi olarak geliştirilmiştir (124).

Amerikan Kanser Derneği, 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınlarda, her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından muayenesini önermektedir (5). KMM’nin duyarlığı muayene edenin deneyimine ve kullandığı tekniğe bağlı olarak değişebilir. Tarama yöntemi olan KMM’nin yaklaşık olarak sensivitesi ve spesifitesi sırasıyla %54 ve %94’tür (112).

Memenin tamamının filminin çekilmesinin mümkün olmadığı durumlar ile kadınlardan yaşı genç olanlarda mamografinin etkililiğinin tartışmalı olarak nitelendirildiği durumlarda, mamografinin etkisi sınırlı olacağı için, KMM yapılmasının olumlu sonuçlar vereceğine işaret edilmektedir. Ayrıca KMM sağlık çalışanları için, kadınları meme kanseri konusunda özellikleri risk faktörleri, erken tanı ve meme kanserinin semptomlarının neler olduğunun anlatılması açısından imkan sağlar.

Yapılan bir çalışmaya göre tarama yöntemi olarak KMM ve mamografinin yalnızca mamografiye göre sensivitesinin daha yüksek olduğu ancak yanlış pozitiflik oranının yüksek olduğu saptanmıştır (124).

***Mamografi***

Mamografi taraması için yapılmış olan randomize kontrollü çalışmalar ve mamografi taramasının düzenli olarak yapıldığı ülkelerden elde edilen veriler, taramanın meme kanserine bağlı ölümleri önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Genel olarak mamografi taramasının mortaliteye katkısı %25–30 oranında bildirilmektedir (124).

Amerika’da aşağıdaki kuruluşlar yıllık mamografi taraması için başlangıç yaşını 40 yaş olarak tavsiye etmektedirler: Amerikan Kanser Derneği, Amerikan Radyoloji Koleji, Amerikan Aile Hekimliği Akademisi, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji. Çoğu Avrupa ülkesinde ise tarama 50 yaşında başlamaktadır (139). Mamografi tarama sıklığında kanserin gelişim süresi önemli rol oynamaktadır. Kanserin tek hücreden klinik olarak anlaşılabilir hale gelene kadar geçirdiği süre içinde sadece mamografi ile yakalanabildiği süre randomize çalışmalar üzerinde yapılan modellemelere göre hesaplandığında 1.9 yıl ile 4.3 yıl arasında değişmektedir (124). Mamografi ile taramaya başladıktan 5-7 yıl sonra mortalite üzerine yararı görülmeye başlar. Bu yüzden mamografi ile tarama makul bir yaşam beklentisi olduğu sürece en az 5-7 yıl gibi devam etmelidir (139).

Amerikan Kanser Derneği, belli faktörlere göre meme kanseri açısından yüksek risk altında olan kadınlara yıllık mamografi ve MRG önermektedir. Bu kadınlar:

- Yaşam boyu meme kanseri olma riski, aile öyküsünü de esas alan meme kanseri risk değerlendirme modellerine göre (claus modeli vb.) %20-25 ya da daha fazla olanlar,

- Bilinen BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonuna sahip olanlar,

- Birinci derece akrabasında BRCA1 ya da BRCA2 gen mutasyonun olup ve kendisine genetik test yapılmamış olanlar,

- 10 ile 30 yaşları arasında göğsüne radyasyon tedavisi alanlar,

- Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu ya da Bannayan-Riley-Ruvalcaba sendromu olanlar veya birinci derece akrabasında bu sendromlardan herhangi biri olanlardır (5).

Amerikan Kanser Derneği, yaşam boyu meme kanseri olma riski %15’in altında olanlara MRG ile tarama önermemektedir. Meme kanseri açısından ortalama riske sahip olan kadınlarda MRG’nin etkili bir tarama aracı olduğuna dair hiçbir kanıt yoktur. MRG, mamografiye göre daha sensitiv olmasına rağmen yanlış pozitiflik oranı yüksektir. Bu da kadınlarda gereksiz biyopsi ve testlerin yapılmasına neden olarak kadınlarda kaygı ve endişeyi arttırmaktadır (5).

Ultrason, ses dalgalarının kullanıldığı ve radyasyon içermeyen bir görüntüleme yöntemidir. Meme kanseri taraması için mamografi yerine önerilmemektedir. Ancak bazı kadınlarda mesela dens meme dokusuna sahip olanlarda mamografiye ek olarak US kullanılabilir (5).

Mamografinin de bazı alanlarda kısıtlılıkları vardır. Anormal bir alanın kesin kanser olduğunu ispat edemez bunu teyit etmek için biyopsi yapılması gerekir. Mamografinin sensivitesi meme yoğunluğu ile ters orantılıdır. Dolayısıyla dens meme dokusuna sahip kadınlarda mamografi etkili değildir (5).

Tarama mamografisinde önerilen mediolateral oblik (MLO) ve kraniokaudal (CC) görüntülerdir. Her memeden bu iki pozun alınması gereklidir (124).

Mamografide verilen radyasyonun zararını belirleyen direk bir çalışma yoktur. Ancak yeni çalışmalar tarama amaçlı meme dokusu radyasyona maruz kalan kadınlarda meme kanseri için rölatif riskin arttığını bildirmektedir (124).

***Üçüncül korunma***

Üçüncül korunma hastalığın klinik bulgu verdiği dönemde, bireylerin, uygun tedavi ve iyileştirme yaklaşımları ile hastalığın olumsuz sonuçlarından korunmasıdır. Bireylerin yaşam sürelerinin uzatılması ve/veya yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir (124).

Meme kanserinde üçüncül korunma, memenin opere edilmesinden sonra yapılan meme rekonstrüksiyonunu ve psikolojik desteği içermektedir (10).

**GEREÇ VE YÖNTEM**

**ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışmanın amacı, kadınların meme kanserinin erken tanı ve tedavisinin faydaları ve bu konuda önerilen tarama yöntemleri olan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirmektir

**ARAŞTIRMA PROJESİ**

Bu araştırmaya, Pamukkale Üniversitesi (PAU) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun, çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair, 24.06.2014 tarih ve 09 sayılı onay alınmıştır.

**ARAŞTIRMA BÖLGESİ**

Araştırma, Denizli’nin Honaz ilçesinde yer alan Organize Sanayi Bölgesindeki Pamukkale Üniversitesine bağlı Semt Polikliniğinde yapılmıştır. Semt polikliniği bünyesinde yer alan Aile Hekimliği, Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kulak Burun Boğaz ve Dermatoloji polikliniklerine başvuran 20-70 yaş aralığındaki kadınlarla yüz yüze anket görüşmesi yapılmıştır.

**ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır.

**ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Temmuz 2014 tarihinde ardışık olarak başvuran 20-70 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır.

**ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Örneklem seçilmemiş olup, Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Temmuz 2014 tarihinde ardışık olarak başvuran ve anket görüşmesini kabul eden 20-70 yaş arası kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

**ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ**

Araştırmaya; erkekler, 20 yaş altı ve 70 yaş üstü kadınlar, Türkçe bilmeyen kadınlar (20-70 yaş arası) ve çalışmaya katılmak istemeyenler dahil edilmemiştir.

**ARAŞTIRMAYA KATILMA ORANI**

Araştırma için planlanan süre içinde toplam 350 kadın çalışmaya davet edilmiştir. Toplam 308 kadın (%88) anket sorularına cevap vermeyi kabul etmiş olup araştırmaya dahil edilmişlerdir. 42 kadın (%12) görüşmeyi kabul etmemiştir.

**ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeyi, tutum ve davranış.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Yaş, beden kitle indeksi, eğitim durumu, meslek, medeni durum, yaşadığı yer, ekonomik durum, ilk adet görme yaşı, adetten kesilme yaşı, ilk doğum yapma yaşı, kaç tane çocuğunun olduğu, aile meme kanseri tanısı alan akrabasının olup olmadığı, meme kanseri tanısı alan akrabası varsa kim olduğu, sigara kullanıp kullanmadığı, meme kanserinin erken dönemde tanınmasının mümkün olup olmadığı, meme kanserine nasıl erken tanı koyulabileceği, erken tanı konulursa meme kanserinin tedavi edilip edilmeyeceği, kendi kendine meme muayenesi yapmasını bilip bilmediği, biliyorsa bunu nereden ya da nerelerden öğrendiği, kendi kendine meme muayenesi yapıp yapmadığı, KKMM yapmıyorsa neden yapmadığı, KKMM yapıyorsa ya da yapsaydı memede kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiğinde ilk kime başvuracağı, doktora meme muayenesi yaptırıp yaptırmadığı, KMM yaptırdıysa kime yaptırdığı, KMM yaptırmadıysa neden yaptırmadığı, mamografi çektirip çektirmediği, KKMM yaparken kitle tespit edip etmediği, kitle tespit edip doktora başvurduysa sonucun ne geldiği.

**ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI**

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için literatür taraması sonucunda oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik özellikleri, meme kanseri açısından risk faktörleri, meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranış sorularını içeren 43 soruluk anket formu kullanılmıştır.

İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri sorgulayan yedi soru bulunmaktadır.

İkinci bölümde ise araştırmaya katılan kadınların meme kanseri açısından risk düzeylerini hesaplamak için, meme kanseri risk faktörlerinin kadınlarda olup olmadığını sorgulayan yedi soru bulunmaktadır.

Anket formunun üçüncü bölümü 29 sorudan oluşmakta olup meme kanseri ve tarama yöntemleri olan KKMM, KMM ve mamografi hakkında bilgi tutum ve davranış sorularını içermektedir. Araştırmamızda katılımcıların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini tespit etmek amaçlı 15 soru sorulmuş olup doğru yanıtı verenlere 1 puan diğer yanıtlara 0 puan vererek hesaplama yapılmıştır. Katılımcıların bilgi düzeyleri yetersiz, yeterli ve çok iyi olacak şekilde üç grupta incelenmiştir.

**ARAŞTIRMAYI UYGULAYANLAR VE UYGULAMA ŞEKLİ**

Araştırma, Honaz Organize Sanayi Bölgesinde yer alan PAU Semt polikliniğinde mesai saatleri içerisinde araştırma görevlisi tarafından yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce semt polikliniğinde iki kez pilot çalışma yapılmış olup sorular katılımcıların anlayacağı şekilde biçimlendirilmiş olup bazı sorular ise anket formundan çıkarılmıştır. Araştırma için veriler semt polikliniğine Temmuz 2014 tarihinde başvuran kadınların muayene öncesi sıra beklerken ya da muayene sonrasında izinleri alınarak toplanmıştır. Öncelikle araştırma görevlisi kendini tanıtıp araştırmanın konusunu, amacını ve kadınlar açısından önemini, hastaya ait herhangi özel bir bilginin sorgulanmadığını (isim, adres, telefon numarası vb.), anlatarak katılımcıları bilgilendirmiştir. Bu bilgilendirme neticesinde araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yaklaşık on dakika kadar süren bir anket görüşmesi yapılmıştır. Sorular ve şıklar tek tek araştırma görevlisi tarafından hastaya yöneltilmiş olup anlaşılmayan yerler olduğunda hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmıştır. Anket görüşmesi tamamlandıktan sonra araştırma görevlisi tarafından katılımcılara meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında kısa bir bilgilendirme yapılmıştır.

**ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ**

Veriler SPSS 21.0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Yapılan karşılaştırmalarda Ki-kare analizi kullanılmıştır ve p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**ARAŞTIRMANIN SÜRESİ**

Araştırmanın zaman çizelgesi tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2.** Araştırmanın zaman çizelgesi

|  |  |
| --- | --- |
| **Tarih** | **Araştırmanın aşamaları** |
|  |  |
| Mayıs 2014 | Araştırma konusunun belirlenmesi |
| Mayıs-Aralık 2014 | Literatür tarama |
| Mayıs-Haziran 2014 | Anket formunun hazırlanması |
| Haziran 2014 | Etik kurul başvuru ve onayı |
| Temmuz 2014 | Verilerin toplanması |
| Ağustos 2014 | Verilerin bilgisayara aktarılması |
| Eylül 2014 | Verilerin analizi ve tabloların oluşturulması |
| Ekim-Aralık 2014 | Verilerin yorumlanması |
| Ağustos-Aralık 2014 | Tez raporunun hazırlanması |
| Aralık 2014 | Tez raporunun sunulması |
|  |  |

**BULGULAR**

Denizli Honaz Organize Sanayi Bölgesi’ndeki PAU Semt Polikliniğine Temmuz 2014 tarihinde başvuran 20-70 yaş aralığındaki 308 kadın ile anket görüşmesi yapılmış olup, araştırmamıza dahil olan kadınların sosyodemografik özellikleri tablo 3’de gösterilmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sosyodemografik Parametreler** | **Sayı** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| **Yaş** |  |  |
| 29 ve altı | 110 | 35,7 |
| 30-40 | 137 | 44,5 |
| 41-50 | 38 | 12,3 |
| 51-60 | 18 | 5,8 |
| 61 ve üzeri | 5 | 1,6 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** |
|  |  |  |
| **Vücut Kitle İndeksi** |  |  |
| <18.5 | 13 | 4,2 |
| 18.5-24.99 | 155 | 50,3 |
| 25-29.99 | 100 | 32,5 |
| 30-34.99 | 30 | 9,7 |
| 35-39.99 | 9 | 2,9 |
| ≥40 | 1 | 0,3 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** |
|  |  |  |
| **Eğitim Durumu** |  |  |
| Okur yazar değil | 5 | 1,6 |
| Okur yazar | 11 | 3,6 |
| İlkokul | 108 | 35,1 |
| Ortaokul | 52 | 16,9 |
| Lise | 73 | 23,7 |
| Üniversite | 59 | 19,2 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** |
|  |  |  |

**Tablo 3.** Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

**Tablo 3.** Devam Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sosyodemografik Parametreler** | **Sayı** | | **Yüzde** | |
|  |  | |  | |
| **Meslek** | |  | |  |
| Yüksek nitelikli | | 12 | | 3,9 |
| Beyaz yakalı | | 66 | | 21,4 |
| Niteliksiz hizmet işçisi | | 32 | | 10,4 |
| Mavi yakalı işçi | | 127 | | 41,2 |
| İşsizler | | 56 | | 18,2 |
| Emekli | | 4 | | 1,3 |
| Esnaf | | 2 | | 0,6 |
| Çiftçi | | 2 | | 0,6 |
| Öğrenci | | 7 | | 2,3 |
| **Toplam** | | 308 | | 100,0 |
|  | |  | |  |
| **Medeni Durum** | |  | |  |
| Evli | | 224 | | 72,7 |
| Bekar | | 63 | | 20,5 |
| Dul | | 9 | | 2,9 |
| Boşanmış | | 12 | | 3,9 |
| **Toplam** | | **308** | | **100,0** |
|  | |  | |  |
| **Yaşadığı Yer** | |  | |  |
| Denizli (Merkez) | | 213 | | 69,2 |
| İlçe | | 44 | | 14,3 |
| Köy | | 51 | | 16,6 |
| **Toplam** | | **308** | | **100,0** |
|  | |  | |  |
| **Ekonomik Durum** | |  | |  |
| İyi değil | | 23 | | 7,5 |
| İyi | | 78 | | 25,3 |
| Orta | | 201 | | 65,3 |
| Çok iyi | | 6 | | 1,9 |
| **Toplam** | | **308** | | **100,0** |
|  | |  | |  |

Araştırmamıza katılan kadınların yaşları 20 ile 70 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 33,9±9,7 olarak bulundu. Kadınların çoğunlukla 30-40 yaş grubunda (%44,5) yer aldıkları belirlendi. Vücut kitle indeksi açısından kadınlar değerlendirildiğinde; %50,3’ünün (n=155) normal, %32,5’inin (n=100) kilolu olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumlarına göre bakıldığında; %35,1’i (n=108) ilkokul mezunu, %23,7’si (n=73) lise mezunu, %19,2’si ise (n=59) üniversite mezunu olarak belirlendi. Çalışmaya dahil olan kadınların meslekleri incelendiğinde; %18,3’ünün (n=56) çalışmadığı, çalışanların ise %41.2’sinin (n=127) çoğunluğu oluşturan mavi yakalı işçi grubunda yer aldığı tespit edildi. Katılımcıların %72,7’sinin (n=224) evli olduğu, %69,2’sinin (n=213) Denizli’de oturduğu, %65,3’ünün de (n=201) ekonomik durumunun orta olduğu belirlendi.

Araştırmamıza katılan kadınların meme kanserine yakalanma riskleri Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen meme kanseri risk değerlendirme formuna göre hesaplanmıştır (139). Tablo 4’de kadınların risk gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Risk faktörlerine göre katılımcıların tek tek dağılımlarına bakıldığında; ilk adet görme yaşı kadınların büyük bir çoğunluğunda yani %74,0’ında (n=228) 12-14 yaş arasında, %5,2’sinde (n=16) 11 yaş ve altında, %20,8’inde ise (n=64) 15 yaş ve üstü olarak saptandı. Menapoza girme yaşlarına bakıldığında; %91,2’sinin (n=281) henüz menapoza girmediği, %7,5’inin (n=23) 50 yaş ve öncesinde, %1,3’ünün ise (n=4) 50 yaşından sonra menapoza girdiği belirlendi. İlk doğum yapma yaşlarına göre ise; kadınların %69,2’sinin (n=213) 30 yaş öncesinde, %2,3’ünün (n=7) 30 yaş sonrasında, %28,6’sının ise henüz çocuğu olmadığı saptandı. Katılımcıların %93,2’sinin (n=287) ailesinde meme kanseri olan akrabası yok iken %6,8’inin (n=21) ailesinde olduğu tespit edildi. Ailesinde meme kanseri olan kadınların (n=21); %14,3’ünün (n=3) 1. derece akrabasında, %38,1’inin (n=8) 2. derece akrabasında, %47,6’sının ise (n=10) 3. derece akrabasında olduğu belirlendi. Tüm bu risk faktörleri göz önünde bulundurularak kadınların %98,7’si (n=304) meme kanseri açısından düşük riske sahip iken %1,3’ü (n=4) orta dereceli riske sahip olarak bulundu. Yüksek riske sahip katılımcı tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.** Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri açısından risk düzeylerinin dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Risk puanları** | **Sayı** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Düşük risk (200 altı) | 304 | 98,7 |
| Orta risk (201-300) | 4 | 1,3 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** |
|  |  |  |

Araştırmaya katılan kadınlara meme kanserinin erken dönemde tanınmasının mümkün olup olmadığı sorulduğunda; %1,3’ünün (n=4) erken dönemde tanınamaz, %87,0’ının (n=268) erken dönemde tanınabilir, %11,7’sinin (n=36) bilmiyorum şeklinde cevap verdiği belirlendi.

Meme kanserinin erken dönemde tanınmasının mümkün olduğunu düşünen 268 kadına nasıl erken tanı koyulabileceği sorulduğunda; %67,2’si (n=180) kendi kendine meme muayenesi ile, %36,9’u (n=99) hekimin meme muayenesi yapması ile, %35,8’i (n=96) mamografi çekilmesiyle, %23,1’i (n=62) meme ultrasonu yapılmasıyla koyulabileceğini söylerken %7,8’inin (n=21) ise bu konuda herhangi bir fikrinin olmadığı saptandı. Tablo 5’de meme kanserinin erken dönemde tanınmasının mümkün olduğunu düşünen kadınların, erken tanı için tercih ettikleri yöntemlerin dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Meme kanserine erken tanı koyulabileceğini düşünen kadınların nasıl erken tanı koyulacağı konusundaki bilgilerinin dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nasıl erken tanı koyulur** | **Sayı\*** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Kendi kendine meme muayenesi | 180 | 67,2 |
| Hekimin meme muayenesi yapması | 99 | 36,9 |
| Mamografi | 96 | 35,8 |
| Meme ultrasonu  Bilmiyorum | 62  21 | 23,1  7,8 |

**\***  Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Meme kanserinin erken dönemde tanınmasının mümkün olduğunu düşünen 268 kadının %98,1’i (n=263) erken tanı koyulursa meme kanserinin tedavi edilebiliceğini düşünmekteydi, %1,9’unun (n=5) ise bu konuda herhangi bir fikri yoktu.

Araştırmaya dahil olan kadınların %43,2’si (n=133) kendi kendine meme muayenesi yapmasını bilmediğini, %56,8’i (n=175) ise bildiğini belirtti. Araştırmaya dahil olan kadınların KKMM bilme durumlarının dağılımı tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Araştırmaya katılan kadınların KKMM bilme durumlarının dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KKMM bilme** | **Sayı** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Hayır | 133 | 43,2 |
| Evet | 175 | 56,8 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** | |
|  |  |  | |

Kendi kendine meme muayenesi yapmasını bilen kadınların çoğunluğu (%48,5) bu bilgiyi sağlık personelinden öğrendiğini, ikinci sıklıkla ise (%27,5) televizyon ve radyodan, en az sıklıkla da (%7,3) internetten öğrendiklerini belirttiler. Katılımcıların KKMM’yi öğrendikleri bilgi kaynakları tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Araştırmaya Katılan Kadınlardan KKMM Hakkında Bilgi Sahibi Olanların Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bilgi kaynağı** | **Sayı\*** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Kitap-dergi-broşür | 18 | 7,7 |
| Televizyon-radyo | 64 | 27,5 |
| Sağlık personeli | 113 | 48,5 |
| Aile-akraba-arkadaş | 21 | 9,0 |
| İnternet | 17 | 7,3 | |
|  |  |  | |

**\***  Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Katılımcıların %49,0’ının (n=151) KKMM yapmadığı, %51,0’ının (n=157) ise yaptığı saptandı. KKMM yapmasını bildiğini belirten kadınların ise %10,3’ünün (n=18) bu muayeneyi bildiği halde yapmadığı belirlendi. Tablo 8’de araştırmaya dahil olan kadınların KKMM uygulama durumlarının dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Araştırmaya katılan kadınların KKMM uygulama durumları

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KKMM yapma** | **Sayı** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Hayır | 151 | 49,0 |
| Evet | 157 | 51,0 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** |
|  |  |  |

KKMM yapmayan kadınların çoğunluğunun (%37,9) nasıl yapıldığını bilmediği için, ikinci sıklıkla ise (%37,4) şikayeti olmadığı için, en az sıklıkla (%0,6) ise muayene sırasında bir şey bulurum diye korktuğu için, vakit ayıramadığı için ve doktora muayene yaptırdığı için yapmadıkları saptandı. Tablo 9’da araştırmaya katılan KKMM yapmayan kadınların bu muayeneyi uygulamama nedenlerinin dağılımı verilmiştir. KKMM’yi bildiği halde bu muayeneyi yapmayanların uygulamama nedenlerinin dağılımı ise tablo 10’da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** KKMM yapmayan kadınların bu muayeneyi uygulamama nedenleri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KKMM yapmama nedenleri** | **Sayı\*** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Kimse yapmam gerektiğini söylemedi | 17 | 9,8 |
| Nasıl yapıldığını bilmiyorum | 66 | 37,9 |
| Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum | 65 | 37,4 |
| Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum | 21 | 12,1 |
| Gençlerin kanser olacağını düşünmediğim için yapmıyorum | 2 | 1,1 |
| Bir şey bulurum diye korktuğum için yapmıyorum | 1 | 0,6 |
| İhmal ettim, vakit ayıramadım | 1 | 0,6 |
| Doktora muayene yaptırdığım için yapmıyorum | 1 | 0,6 |
| **\*** Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir. |  |  |

**Tablo 10.** KKMM’yi bildiği halde meme muayenesini yapmayanların (n=18) uygulamama nedenlerinin dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KKMM yapmama nedenleri** | **Sayı\*** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Kimse yapmam gerektiğini söylemedi | 3 | 13,0 |
| Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum | 14 | 60,9 |
| Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum | 5 | 21,7 |
| İhmal ettim, vakit ayıramadım | 1 | 4,3 |

**\*** Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınlara kimler KKMM yapmalı diye sorulduğunda %59,1’inin (n=182) bu soruya doğru yanıt verdiği saptandı. Katılımcıların %33,1’inin (n=102) KKMM’nin ayda bir kez yapılması gerektiğini bildiği, çoğunluğu oluşturan %66,9’unun (n=206) ise KKMM’nin ne sıklıkla yapılması gerektiğini bilmedikleri belirlendi. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunu oluşturan %76,3’ünün (n=235) KKMM’nin hangi dönemde yapılması gerektiğini bilmedikleri saptandı. Araştırmamıza katılan kadınların KKMM’yi; kimlerin, ne sıklıkla ve hangi dönemde yapması gerektiği konusundaki bilgi düzeylerinin dağılımı tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Araştırmaya katılan kadınların KKMM ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kimler KKMM yapmalı** | **Sayı** | **Yüzde** | |
| Doğru bilen | 182 | 59,1 | |
| Yanlış bilen | 126 | 40,9 | |
| **KKMM ne sıklıkla yapılmalı** |  |  | |
| Doğru bilen | 102 | 33,1 | |
| Yanlış bilen | 206 | 66,9 | |
| **KKMM hangi dönemde yapılmalı** |  |  | |
| Doğru bilen | 73 | 23,7 | |
| Yanlış bilen | 235 | 76,3 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** | |

Araştırmamıza katılan kadınların meme kanseri ile ilişkili semptomlar ve fizik muayene bulguları hakkında bilgi düzeyleri değerlendirilmiş olup tablo 12’de gösterilmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun yani %74,4’ünün (n=229) memede ele gelen şişlik ya da kitlenin meme kanseri belirtisi olabileceğini bildikleri saptandı. Araştırmaya dahil olan kadınların %60,7’si (n=187) koltuk altında ele gelen şişliğin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünmektedir.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Belirtiler ve semptomlar** | **Sayı** |  | **Yüzde** |  |
|  | **Doğru** | **Yanlış** | **Doğru** | **Yanlış** |
| Memede ele gelen şişlik ya da kitle | 229 | 79 | 74,4 | 25,6 |
| Meme başından gelen kanlı akıntı | 145 | 163 | 47,1 | 52,9 |
| Meme başının içe çekilmesi | 100 | 208 | 32,5 | 67,5 |
| Memede meydana gelen renk değişikliği | 117 | 191 | 38,0 | 62,0 |
| Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün olması | 102 | 206 | 33,1 | 66,9 |
| Koltuk altında ele gelen şişlik | 187 | 121 | 60,7 | 39,3 |
| Memede oluşan yara | 92 | 216 | 29,9 | 70,1 |
| Memede ağrı olması | 126 | 182 | 40,9 | 59,1 |
| Çocukluk çağından itibaren bir memenin diğerinden büyük olması | 121 | 187 | 39,3 | 60,7 |

**Tablo 12.** Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilişkili semptomlar ve fizik muayene bulguları hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı

Araştırmaya katılan kadınların %57,1’i (n=180) KKMM yaparken kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiklerinde ilk genel cerrahi uzmanına başvuracaklarını belirtmişlerdir. Tablo 13’de kadınların KKMM yaparken kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiklerinde ne yapacaklarının dağılımı gösterilmiştir. Çalışmamızda kadınların %26,3’ünün (n=81) hekim ve/veya hemşireye meme muayenesi yaptırdığı, %73,7’sinin (n=227) ise meme muayenesi yaptırmadığı saptandı. Meme muayenesi yaptıran kadınların %69,6’sının (n=64) muayeneyi genel cerrahi uzmanına yaptırdıkları saptandı. Tablo 14’de KMM yaptıran kadınların bu muayeneyi kime yaptırdıklarının dağılımı verilmiştir. KMM yaptırmayan katılımcıların %22,0’ı (n=57) herhangi bir şikayeti olmadığı için, %20,5’i (n=53) ise KKMM yaparken herhangi bir anormallik saptamadığı için yaptırmadığını belirtti.

**Tablo 13**. Araştırmaya katılan kadınların KKMM yaparken kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiklerinde ne yapacaklarının dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KKMM sırasında anormallik saptadıklarında** | **Sayı** | **Yüzde** |
| Aile hekimime başvururum | 110 | 31,5 |
| Genel cerrahi uzmanına başvururum | 180 | 57,1 |
| Geçmesini beklerim | 4 | 1,3 |
| Aileme ya da arkadaşlarıma danışırım | 11 | 3,5 |
| İnternetten bilgi edinirim | 7 | 2,2 |
| Kadın doğum uzmanına başvururum | 2 | 0,6 |
| KETEM’e başvururum | 1 | 0,3 |

**Tablo 14.** Araştırmamıza katılan kadınlardan KMM yaptıranların bu muayeneyi kime yaptırdıklarının dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KMM kime yaptırdıkları** | **Sayı** | **Yüzde** |
| Aile hekimi | 6 | 6,5 |
| Genel cerrahi uzmanı | 64 | 69,6 |
| Kadın doğum uzmanı | 19 | 20,7 |
| Hemşire/ebe | 3 | 3,3 |

**Tablo 15.** Araştırmaya katılan kadınlardan klinik meme muayenesi yaptırmayanların bu muayeneyi yaptırmama nedenleri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KMM yaptırmama nedenleri** | **Sayı\*** | **Yüzde** |
|  |  |  |
| Meme muayenesi yaptırmam gerektiğini bilmediğim için | 28 | 10,8 |
| Gerekli olduğunu düşünmedim | 33 | 12,7 |
| İhmal ettiğim için, zaman ayıramadım | 45 | 17,4 |
| Kitle çıkar diye korktuğum için | 8 | 3,1 |
| Hekim önermediği için | 24 | 9,3 |
| Utandığım için | 7 | 2,7 |
| KKMM’de herhangi bir anormallik saptamadığım için | 53 | 20,5 |
| Şikayetim olmadığı için | 57 | 22,0 |
| Yaşım genç olduğu için | 2 | 0,8 |
| Ailemde meme kanseri olmadığı için | 2 | 0,8 |

**\*** Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Araştırmaya dahil olan kadınların %88,0’ının (n=271) daha önce mamografi çektirmediği, %12,0’ının (n=37) ise çektirdiği saptandı.

Katılımcılara ne sıklıkla KMM yaptırılmalı diye sorulduğunda; %52,3’ünün (n=161) bu konuda doğru bilgiye sahip olduğu yılda bir kez yapılması gerektiğini belirttikleri saptandı. Mamografinin kaç yaşından sonra ve ne sıklıkla çekilmesi gerektiğini ise kadınların %94,5’inin (n=291) yanlış bilmekte olduğu ya da bu konuda herhangi bir fikirlerinin olmadığı belirlendi. Sadece %5,5’i (n=17) mamografinin 40 yaşından sonra iki yılda bir çekilmesi gerektiğini belirtti. Araştırmaya katılanlara, yaşı mamografi çektirmeye uygun olmayan genç kadınların mamografiye alternatif ne çektirebilecekleri sorulduğunda %53,6’sının (n=165) meme ultrasonu yanıtını verdikleri belirlendi. Tablo 16’da katılımcıların KMM yaptırma sıklığı, mamografi çektirme yaşı ve sıklığı, genç kadınlarda mamografiye alternatif tercih edilen yöntem hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Araştırmaya katılan kadınların KMM ve mamografi hakkındaki bilgilerinin dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KMM sıklığı** | **Sayı** | **Yüzde** |
| Doğru bilen | 161 | 52,3 |
| Yanlış bilen | 147 | 47,7 |
| **Mamografi çekilme yaşı ve sıklığı** |  |  |
| Doğru bilen | 17 | 5,5 |
| Yanlış bilen | 291 | 94,5 |
| **Mamografiye alternatif** |  |  |
| Doğru bilen | 165 | 53,6 |
| Yanlış bilen | 143 | 46,4 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** |

Çalışmamıza katılan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında puanları en düşük sıfır en yüksek 15 olup puan ortalaması 6,2±3,5 olarak belirlendi. Kadınların büyük bir kısmının yani %44.8’inin (n=138) yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu, %13,6’sının (n=42) ise çok iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu saptandı. Tablo 17’de araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puan** | **Sayı** | **Yüzde** |
| 0-5 = yetersiz | 138 | 44,8 |
| 6-10 = yeterli | 128 | 41,6 |
| 11-15 = çok iyi | 42 | 13,6 |
| **Toplam** | **308** | **100,0** |

Araştırmamıza katılan kadınlardan KKMM yapanların %22,8’i (n=36) herhangi bir zamanda muayene sırasında ele gelen kitle tespit ettiklerini belirttiler. KKMM esnasında kitle tespit edenlerin %55,6’sının (n=20) doktora başvurduğu ancak sonucun normal olarak değerlendirildiği belirlendi. Kitle tespit eden kadınların %30,6’sının (n=11) ise doktora başvurduğu ve sonucun iyi huylu kitle olarak belirtildiği saptandı. KKMM yapan kadınların muayene esnasında kitle fark edip etmedikleri ve kitle tespit edenlerin sonuçlarının dağılımı tablo 18’de gösterilmiştir.

**Tablo 18.** Araştırmaya katılan kadınlardan KKMM yapanların muayene esnasında kitle fark edip etmedikleri ve kitle tespit edenlerin sonuçlarının dağılımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KKMM’de kitle tespit edenler (n=158)** **\*** | **Sayı** | **Yüzde** |
| Hayır | 122 | 77,2 |
| Evet | 36 | 22,8 |
| **Kitlenin sonucu (n=36)** **\*** |  |  |
| Kötü huylu kitle | 0 | 0,0 |
| İyi huylu kitle | 11 | 30,6 |
| Normal olarak değerlendirildi | 20 | 55,6 |
| Henüz doktora başvurmadım | 5 | 13,9 |

**\*** Yüzdeler ‘n’ üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 19’da araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerine göre kendi kendine meme muayenesini bilme durumlarının dağılımı verilmiştir. Katılımcıların bilgi düzeylerine göre KKMM bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 19.** Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KKMM bilme durumlarının dağılımı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilgi düzeyi** | | | | | |
| **Yetersiz (0-5 puan)** | | | **Yeterli (6-15 puan)** | | |
| **KKMM bilme** | **Sayı** | **Yüzde** | **Sayı** | **Yüzde** | **Toplam p** |
|  |  |  |  |  |  |
| Hayır | 87 | 65,4 | 46 | 34,6 | 133 (%100,0) 0,0001 |
| Evet | 51 | 29,1 | 124 | 70,9 | 175 (%100,0) |
| **Toplam** | **138** | **44,8** | **170** | **55,2** | **308 (%100,0)** |

Tablo 20’de araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerine göre kendi kendine meme muayenesini yapma durumlarının dağılımı verilmiştir. Katılımcıların bilgi düzeylerine göre KKMM yapma durumları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 20.** Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilgi düzeyi** | | | | | |
| **Yetersiz (0-5 puan)** | | | **Yeterli (6-15 puan)** | | |
| **KKMM yapma** | **Sayı** | **Yüzde** | **Sayı** | **Yüzde** | **Toplam p** |
| Hayır | 96 | 63,6 | 55 | 36,4 | 151 (%100,0) 0,0001 |
| Evet | 42 | 26,8 | 115 | 73,2 | 157 (%100,0) |
| **Toplam** | **138** | **44,8** | **170** | **55,2** | **308 (%100,0)** |

Tablo 21’de araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerine göre kendi kendine meme muayenesi yaparken ya da yaptıkları varsayıldığında kitle veya herhangi bir değişiklik fark ettiklerinde ilk ne yapacaklarının ya da kime başvuracaklarının dağılımı verilmiştir.

**Tablo 21.** Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KKMM’de kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiklerindeki davranışlarının dağılımı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilgi düzeyi** | | | | | |
|  | **Yetersiz**  **(0-5 puan)** | | **Yeterli**  **(6-15 puan)** | |  |
| **KKMM’de kitle fark ettiğinde** | **Sayı** | **Yüzde** | **Sayı** | **Yüzde** | **Toplam** |
| Aile hekimime başvururum | 52 | 47,3 | 58 | 52,7 | 110 |
| Genel cerrahi uzmanına başvururum | 76 | 42,2 | 104 | 57,8 | 180 |
| Geçmesini beklerim | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 4 |
| Arkadaş veya aileme danışırım | 8 | 72,2 | 3 | 27,3 | 11 |
| İnternet | 4 | 57,1 | 3 | 42,9 | 7 |
| Kadın Doğum | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 |
| Ketem | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 |

Tablo 22’de araştırmaya dahil olan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerine göre hekim ve/veya hemşireye meme muayenesi yaptırma durumlarının dağılımı verilmiştir. Katılımcıların bilgi düzeylerine göre KMM yaptırma durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

**Tablo 22.** Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilgi düzeyi** | | | | | |
|  | **Yetersiz**  **(0-5 puan)** | | **Yeterli**  **(6-15 puan)** | |  |
| **KMM yaptırma** | **Sayı** | **Yüzde** | **Sayı** | **Yüzde** | **Toplam p** |
| Hayır | 117 | 51,5 | 110 | 48,5 | 227 (%100,0) 0,0001 |
| Evet | 21 | 25,9 | 60 | 74,1 | 81 (%100,0) |
| **Toplam** | **138** | **44,8** | **170** | **55,2** | **308 (%100,0)** |

Tablo 23’de klinik meme muayenesi yaptıran katılımcıların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerine göre klinik meme muayenesini kime yaptırdıklarının dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 23.** KMM yaptıran katılımcıların bilgi düzeylerine göre muayeneyi kime yaptırdıklarının dağılımı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilgi düzeyi** | | | | | |
|  | **Yetersiz**  **(0-5 puan)** | | **Yeterli**  **(6-15 puan)** | |  |
| **KMM’yi kim yaptı** | **Sayı** | **Yüzde** | **Sayı** | **Yüzde** | **Toplam** |
| Aile Hekimi | 1 | 16,7 | 5 | 83,3 | 6 |
| Genel Cerrahi uzmanı | 14 | 21,9 | 50 | 78,1 | 64 |
| Kadın Doğum uzmanı | 7 | 36,8 | 12 | 63,2 | 19 |
| Ebe/Hemşire | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 | 3 |

Tablo 24’de araştırmaya dahil olan kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerine göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı verilmiştir. Katılımcıların bilgi düzeylerine göre mamografi çektirme durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p<0,05)

**Tablo 24.** Araştırmaya Katılan Kadınların bilgi düzeylerine göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilgi düzeyi** | | | | | |
|  | **Yetersiz**  **(0-5 puan)** | | **Yeterli**  **(6-15 puan)** | |  |
| **Mamografi çektirme durumu** | **Sayı** | **Yüzde** | **Sayı** | **Yüzde** | **Toplam p** |
| Hayır | 128 | 47,2 | 143 | 52,8 | 271 (%100,0) 0,02 |
| Evet | 10 | 27,0 | 27 | 73,0 | 37 (%100,0) |
| **Toplam** | **138** | **44,8** | **170** | **55,2** | **308 (%100,0)** |

**TARTIŞMA**

Araştırmamızda, Amerikan Kanser Derneği tarafından geliştirilen ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla önerdiği “Meme kanseri riskinin değerlendirilmesi formu” katılımcılara uygulanmış olup, %98,7’sinin meme kanseri açısından düşük riske sahip iken %1,3’ünün orta dereceli riske sahip olduğu bulunmuştur. Yüksek riske sahip katılımcı ise tespit edilmemiştir. 2010 yılında yayınlanan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde bulunan Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)’ne meme kanseri taraması için başvuran kadınlara Eroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların %94,4’ünün düşük riske, %4,9’unun ise orta dereceli riske, %0,4’ünün yüksek, %0,3’ünün ise çok yüksek riske sahip olduğu saptanmıştır (140). Yine Türkiye’de Aslan ve Gürkan tarafından 2002 yılında İstanbul’da yapılan çalışmada araştırmaya katılanların %98,5’inin meme kanseri yönünden düşük, %0,7’sinin orta, %0,8’inin yüksek riske sahip olduğu (141), Tümer ve Baybek tarafından Muğla Üniversitesinde çalışan kadınlara yapılan çalışmada ise kadınların %96,3’ünün düşük, %3,1’inin orta, %0,3’ünün yüksek, %0,3’ünün ise çok yüksek derecede riske sahip olduğu saptanmıştır (142). Yapılan risk değerlendirme çalışmalarının sonuçları ile bizim sonuçlarımız uyumludur. Çalışmamızda meme kanseri açısından yüksek ve çok yüksek riske sahip katılımcı tespit edilmemesi sevindiricidir. Ancak meme kanseri risk değerlendirmesi, risk düzeyi hakkında fikir vermekle beraber meme kanseri olma olasılığı için kesin bilgi vermemektedir. Dolayısıyla risk düzeyi ne olursa olsun bütün kadınların yaşına uygun tarama yöntemlerini bilmesi ve uygulaması gereklidir.

Kadınların meme kanseri ile ilgili farkındalıkları, tarama programlarına katılımları açısından önemlidir. Araştırmamıza katılan kadınların meme kanseri açısından farkındalıklarını değerlendirmek için meme kanserinde erken tanı ve tedavinin mümkün olup olmadığı sorgulanmıştır. Araştırmamızda kadınların %87,0’ı meme kanserine erken tanı koyulabileceğini, bunların %98,1’i ise erken tanı koyulursa tedavi edilebileceğini düşünmekteydi. Katılımcıların %67,2’si KKMM ile erken tanı koyulabileceğini belirtmiştir. Yıldırım ve Özaydın’ın İstanbul Moda’da yaptıkları çalışmada; kadınların hemen tamamının (%98,5’i) meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu, (%99,4’ü) meme kanserine erken tanı koyulabileceğini ve %88,8’inin mamografi ile erken tanı koyulabileceğini belirttikleri saptanmıştır (143). Özaydın ve ark. 2009 yılında yayınlanan çalışmalarında; kadınların %98,4’ünün meme kanserine erken tanı koyulabileceğini, %63,7’sinin bunun KKMM ile olabileceğini, %97,9’unun ise meme kanserinin tedavi edilebileceğini söyledikleri bildirilmiştir (144). Altınay ve ark. 2013 yılında yayınlanan, toplum bazlı meme kanseri taraması yapılan ve yapılmayan iki ayrı bölgede yaptıkları çalışmalarında; kadınların sırasıyla %54,7’si ve %45,3’ü erken tanı koyulursa meme kanserinin önlenebileceğini belirttikleri saptanmıştır (145). Banegas ve ark. 2012 yılında yayınlanan çalışmalarında; Latin Amerikalı kadınların %95,2’sinin, Meksikalı kadınların %100,0’ının meme kanserine erken tanı koyulursa tedavi edilebileceğini belirttikleri saptanmıştır (146). Alkhasawneh ve ark. (147) çalışmasında Ürdünlü hemşirelerin %62,0’ı, Sim ve ark. (148) çalışmasında kadınların %91,0’ı, meme kanserine erken evrede tanı koyulursa tedavi ile kür sağlanabileceğini belirtmişlerdir. Oluwatosin ve Oladepo’nun (149) 2006 yılında yayınlanan Nijerya’da yaptıkları çalışmada; kadınların %55,2’si meme kanserinde erken tedavi ile ölümün engellenebileceğini, %41,0’ı bu konuda fikri olmadığını, %3,7’si ise tedavi ile ölümün engellenemeyeceğini düşündükleri saptanmıştır. Yine bu çalışmada kadınların %6,4’ü KKMM, %1,2’si KMM ile meme kanserine erken tanı koyulabileceğini bilirken mamografi cevabını veren katılımcı olmadığı saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları bizim verilerimiz ile uyumlu olup, kadınların genel olarak çoğunluğunun meme kanserinde erken tanı ve tedavinin mümkün olduğuna inandıkları ancak erken tanı yöntemleri konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmektedir.

Günümüzde meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem mevcut değildir. Fakat düzenli yapılan muayene ve taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir (1). Önerilen tarama yöntemlerinden birisi de KKMM’dir. Uzun yıllardır meme kanserinin erken tanısı için önerilen bu yöntem, günümüzde batılı ülkelerde meme kanseri tarama önerileri arasında yer almamaktadır. Yakın dönemde yapılan bazı çalışma sonuçlarının, bu önerilerde etkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmalarda KKMM’nin meme kanseri mortalitesini azaltmadığı raporlandırılmıştır. Bununla birlikte, KKMM gereksiz anksiyete ve biyopsiye de neden olması nedeniyle de çeşitli kurumların meme kanseri tarama önerileri arasından çıkarılmıştır. Amerikan Kanser Birliği, semptomsuz kadınlara yönelik olarak 20 yaşından itibaren her kadına KKMM’nin yararlarının ve sınırlılıklarının anlatılmasını; normal olmayan bir değişim gözlendiğinde sağlık personeline başvurulmasını önermektedir. KKMM yapmanın meme kanseri farkındalığını artırması nedeniyle, sağlık profesyonellerinin KKMM yapmayı isteyen kadınların muayene tekniklerini gözden geçirmesi ve doğru yapıp yapmadıklarını kontrol etmesi önerilmektedir. Ülkemizde de kadınlara KKMM’nin öğretilmesi meme sağlığı farkındalığının arttırılmasında hala önemini koruyan bir uygulama olup, 20 yaşından itibaren her ay kadınların düzenli olarak KKMM yapması önerilmektedir.

Çalışmamızda kadınların KKMM yapmasını bilip bilmedikleri sorgulanmış olup, %56,8’inin KKMM’yi bildiği, %43,2’sinin ise bilmediği saptanmıştır. Alpteker ve Avcı (150), Bolu ili merkez köylerinden Karaköy’de yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınların %62,0’ının KKMM’yi daha önce duyduğunu %28,7’sinin yapmasını bildiğini %28,0’ının ise KKMM yaptığını bildirmişlerdir. Kabataş ve ark. (151) Ödemiş ilçe merkezinde bulunan okullardaki bayan öğretmenlerin %62,5’nin KKMM’yi bildiklerini saptamışlardır. Özen ve ark. (152) yaptığı çalışmada ise kadınların %86,4’ünün KKMM’nin ne olduğunu bildiği ancak %13,3’ünün bu muayeneyi uyguladığı saptanmıştır. Atanga Bi Suh ve ark. (153) tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada ise kadınların %59,2’sinin KKMM’yi bildiği belirtilmiştir. Bu çalışmadaki katılımcıların eğitim düzeyi bizim çalışmamızdakilere göre daha yüksek olup yaş ortalaması düşüktür. Radi tarafından (154) Cidde’de Suidi kadınlarla yapılan çalışmada ise katılımcıların %79,0’ının daha önce KKMM’yi duyduğunu, %47,5’inin ise nasıl yapıldığını bildiğini belirttikleri saptanmıştır. Lee ve ark. (155) 2006 yılında yayınlanan Amerika’da yaşayan Koreli kadınlarla yaptıkları çalışmada; kadınların %87,7’sinin daha önce KKMM duyduğu, %42,9’unun öğrendiği, %58,1’inin ise daha önce en az bir kez olsun bu muayeneyi yaptığı bildirilmiştir. Chen ve Wang’in (156) 2013 yılında yayınlanan New York’da yaşayan Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada; kadınların %54,0’ının KKMM’yi duyduğu, duyanların ise %46,0’ının daha önce bu muayeneyi yaptığı belirlenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların İngilizce konuşma düzeyleri ile tarama yöntemlerini bilme ve yapma oranları arasında doğru orantı saptanmıştır. Gerek ülkemizde gerek yurt dışında yapılan çalışmalarda kadınların çoğunluğunun KKMM’yi duyduğu görülmektedir ancak bu muayeneyi bilenlerin oranı düşüktür. Eğitim düzeyi yüksek, il merkezinde yaşayan ve çalışan kadınların KKMM’yi bilme oranları daha yüksektir.

Araştırmamızda KKMM yapmasını bilen kadınların %48,5’inin sağlık personelinden, %27,5’inin ise televizyon/radyodan bu bilgiyi öğrendikleri saptanmıştır. Alpteker ve Avcı’nın (150) yaptığı araştırmada ise kadınların %46,2’sinin, Göçgeldi ve ark. (157) çalışmasında ise %37,3’ünün KKMM’yi sağlık personelinden öğrendikleri bildirilmiş olup çalışmamızın sonuçları ile paraleldir. Güvenç ve ark. (158) Ankara’da bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada; meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgiyi, kadınların %46,2’sinin doktorlardan, %34,5’inin televizyon/radyodan, %4,0’ının ise hemşirelerden edindikleri bildirilmiştir. Sönmez ve ark. (159) çalışmasında; kadınların %77,2’sinin sağlık personelinden, %14,6’sının televizyon/gazeteden, Koçyiğit ve ark. (160) 2011 yılında yayınlanan çalışmalarında kadınların %19,8’inin sağlık personelinden, %18,8’inin televizyon/radyodan meme kanseri hakkında bilgi edindikleri bildirilmiştir. 1000 Asyalı kadınla yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %66,0’ının televizyondan, %50,0’ının afişlerden, %34,0’ının akrabalarından, %14,0’ının aile hekiminden meme kanseri hakkında bilgi edindiği bildirilmiştir (148). Klug ve ark. (161) Almanya’da yaptıkları çalışmada; kadınların %82,4’ünün jinekologlardan, %9,4’ünün aile hekimlerinden, %39,1’inin gazete/dergi/broşür, %24,1’inin televizyon/radyodan meme kanserinde erken tanı hakkında bilgi edindikleri, Oluwatosin ve Oladepo’nun (149) Nijerya’da yaptıkları çalışmada; kadınların çoğunluğunun meme kanseri hakkındaki bilgiyi komşu akraba ve arkadaşlarından edindikleri, KKMM ile ilgili bilgilerini ise sağlık çalışanlarından edindikleri saptanmıştır. Gerek bizim çalışmamızda gerek diğer çalışmalarda sağlık çalışanlarının önemli bir bilgi kaynağı olduğu görülmektedir. Ancak kadınların önemli bir kesiminin de meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgilerini televizyon/radyo gibi iletişim araçlarından edindikleri de göz ardı edilemez. KKMM’nin nasıl yapılması gerektiğini, amacını, sınırlılıklarını anlatmak ve gerekli durumlarda geri bildirim vermek için özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Ancak sosyal medyanın da bu konuda etkisinin yadsınamaz olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kadınların KKMM’yi yapma durumları incelenmiş olup %51,0’ının bu muayeneyi yaptığı %49,0’ının ise yapmadığı belirlenmiştir. İstanbul Bahçeşehir’de eğitim düzeyi yüksek kadınlar ile yapılan ve 2009 yılında yayınlanan bir çalışmada kadınların %84,2’sinin, Bolu’da kırsal alanda yapılan bir çalışmada ise kadınların %28,0’ının KKMM yaptığı bildirilmiştir (144, 150). Altınay ve ark. (145) tarafından 2013 yılında yayınlanan çalışmada; Giresun KETEM tarafından toplum bazlı meme kanseri taraması yapılan 50-69 yaş kadınlar ile tarama yapılmayan bölgedeki kadınların sırasıyla %55,0 ile %40,0’ının KKMM yaptığı saptanmıştır. Ranasinghe ve ark. (162), Sri Lanka Kolombo’da adölasan kız öğrenciler ile yaptıkları çalışmada; sadece %17,1’inin KKMM’nin nasıl yapıldığını bildiğini ve %6,2’sinin daha önce bu muayeneyi bir kez olsun yaptığı saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması düşük olduğu için sağlık çalışanlarının bu grubu hedef kitle olarak görmemesi dolayısıyla meme kanseri hakkında en önemli bilgi kaynaklarının televizyon olması ancak bunun da etkili olmaması nedeniyle oranların düşük olduğu bildirilmiştir. Amerika’da yapılan 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada kadınların %75,0’ının KKMM yaptığı belirlenmiştir (163). Janda ve ark. (164) çalışmalarında Avusturyalı kadınların %92,0’ının KKMM’yi bildiğini ancak %31,0’ının düzenli uyguladığını, Wong-Kim ve Wang (165), San Francisco’da yaşayan Çinlilerle yaptıkları çalışmada %80,9’unun KKMM’yi duyduğunu sadece %53,9’unun geçen sene uyguladığını, Montazeri ve ark. (166) İran’da yaptıkları çalışmada kadınların %37,0’ının KKMM yaptığını bildirmişlerdir. Klug ve ark. (161) 2000 yılında Alman kadınlarla yaptıkları çalışmada katılımcıların çoğunluğunun (%86,4’ünün) KKMM’yi 1 ay ile 1 yıl arasında değişen sıklıkta yapmakta olduğunu, %43,1’inin ayda bir kez yaptığını saptamışlardır. Kloskowski ve Ebeling tarafından (167) Almanya’da yapılan ve 1990 yılında yayınlanan çalışmada da kadınların %44,0’ının aylık KKMM yaptığı saptanmış olup 10 yıl içinde Alman kadınların aylık KKMM uygulama oranlarının değişmediği gözlemlenmiştir. Yapılan tüm araştırmalar dikkate alındığında kadınların KKMM’ni bilme ve yapma oranları geniş bir aralıkta değişmektedir. Bu konuda kadınların uygulamalarına etki eden en önemli değişkenlerin yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, çalışma durumu ve KKMM hakkında bilgi kaynağı olduğunu düşünmekteyiz. Bizim araştırmamızda kadınlara sadece KKMM yapmasını bilip bilmedikleri ve uygulayıp uygulamadıkları sorgulanmış olup nasıl, ne sıklıkla, hangi zamanda yaptıkları gibi ayrıntılar değerlendirilmemiştir. Bu faktörler çalışmamızda dikkate alınsaydı elde edilecek oranların daha düşük olacağını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda KKMM yapmayan kadınların %37,9’unun nasıl yapıldığını bilmediği için, %37,4’ünün şikayeti olmadığı için, %12,1’inin ise ailesinde meme kanseri olmadığı için yapmadıkları belirlenmiştir. Özen ve ark. (152) çalışmasında; katılımcıların %53,5’inin muayenenin nasıl yapılacağını tam olarak bilmedikleri için, %51,7’sinin gereksinim duymadığı ve şikayeti olmadığı için, Koç ve ark. (168) hemşirelerle yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %87,2’sinin ihmal ve tembellik, %81,8’inin kitle bulma olasılığı ile ilgili anksiyete yaşama, %61,8’inin unutma, %52,7’sinin zaman bulamama ve %43,6’sının meme ile ilgili problem ve şikayetinin olmaması nedeniyle KKMM yapmadıkları belirlenmiştir. Montazeri ve ark. (166) İran’da yaptıkları çalışmada ise kadınların %64,0’ının KKMM ve önemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için yapmadıkları bildirilmiştir. Donnelly ve ark. (169) 2013 yılında yayınlanan Katarlı kadınlarla yaptıkları çalışmada, kanserin Allahın bir cezalandırması ya da kötü şans olduğunu düşünen kadınların KKMM’yi daha az uyguladıklarını belirlenmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları, bizim çalışmamızla da paralel olup, kadınların KKMM yapmamalarında en önemli nedenin bilgi eksikliği olduğu belirgindir. Onun dışında bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda da olduğu gibi sadece şikayeti olanların, ailesinde meme kanseri olanların bu muayeneyi yapması gerektiğini ve gençlerde kanserin olacağına inanmama gibi yanlış düşüncelerin de bilgi eksikliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Amerikan Kanser Birliği, tüm asemptomatik kadınların 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak KKMM yapmasını önermektedir. Bu muayene için en uygun zaman, adet kanamasından 5-7 gün sonra, memelerin gergin ve hassas olmadığı zamandır. Menopoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınlarda ve gebelerde her ayın aynı günü yapılması önerilir (5). Çalışmamıza katılan kadınların %59,1’inin kimlerin KKMM yapması gerektiğini bildiğini, %33,1’inin KKMM sıklığı ile ilgili doğru bilgiye sahip olduğu, %23,7’sinin ise KKMM’nin hangi dönemde yapılacağını doğru bilmekte olduğu saptanmıştır. Somuncuoğlu tarafından Hacettepe Üniversitesinde 2003 yılında yapılan çalışmada ise kadınların %39,7’si 20 yaşından sonra, %45,7’si ayda bir, %43,3’ü ise adet döneminden sonra KKMM yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (170). Parlar ve ark. (171) 2002 yılında yaptıkları çalışmada ise kadınların sadece %17,0’ının KKMM’nin sıklığını, %9,4’ünün ise hangi dönemde yapılacağını doğru bildiklerini bildirmiştir. Radi Cidde’de yaptığı çalışmasında kadınların %17,5’inin KKMM’nin ne sıklıkla yapılması gerektiğini, %29,0’ının da hangi dönemde yapılması gerektiğini bildiğini bildirmiştir (154). Saeed ve ark. (172) 2014 yılında yayınlanan çalışmalarında Kuveytli kadınların %49,1’inin ayda bir KKMM yapılması gerektiğini, %25,6’sının ise 20 yaşından sonra bu muayeneyi yapmak gerektiğini bildiklerini saptamışlardır. Alkhasawneh (147); 2007 yılında yayınlanan Ürdünlü hemşirelerle yaptığı çalışmada, katılımcıların %72,0’ının kadınların 20 yaşından sonra her ay KKMM yapması gerektiğini bildiklerini saptamıştır. Bu çalışmada saptanan oran bizim çalışmamızdan yüksektir ancak sağlık çalışanı oldukları ve kadınları bu konuda bilgilendirdikleri düşünüldüğünde bu oranın yeterli olmadığını düşünmekteyiz. Bizim araştırmamızda da kadınların KKMM ile ilgili bilgi sorularını doğru bilme oranları diğer çalışmalara göre yüksek olmakla birlikte yeterli değildir. Kadınların bilgi düzeylerinin özellikle eğitim, yaş, çalışma durumu ve yaşadığı yerle bağlantı olarak değiştiğini düşünmekteyiz.

Meme kanserinde en yaygın görülen semptom ele gelen kitledir. Kitlenin ağrısız, sert ve düzensiz kenarlarının olması kanser lehine yorumlanabilirken meme kanserinde hassas, yumuşak ve yuvarlak kitle de görülebilmektedir. Kitle dışında; meme başı akıntısı, meme başı retraksiyonu, portakal kabuğu görünümü, eritem, ülserasyon gibi semptomlar da görülebilir (1, 5). Bu nedenle araştırmamıza katılan kadınların meme kanseri ile ilişkili semptomlar ve fizik muayene bulguları hakkında bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların %74,4’ü memede ele gelen şişlik ya da kitlenin meme kanseri belirtisi olabileceğini bilmekteydi. Sönmez ve ark. (159) Üsküdar Kadın ve Aile Sağlığı Merkezinde yaptıkları çalışmada kadınların %89,5’inin, Saeed ve ark. (172) çalışmasında Kuveytli kadınların %63,8’inin, Alharbi ve ark. (173) 2011 yılında yayınlanan çalışmalarında Kuveytli öğretmenlerin %88,8’inin memede ele gelen kitlenin kanser belirtisi olabileceğini bildikleri belirlenmiştir. Grunfeld ve ark. (174) çalışmasında kadınların %85,0’ının memede ele kitle ya da şişliği, Montazeri ve ark. (166) tarafından İran’da yapılan çalışmada ise kadınların %44,0’ının ağrısız kitleyi, %13,0’ının ağrılı kitleyi meme kanseri belirtisi olarak bildikleri saptanmıştır. Linsell ve ark. (175) 67-73 yaş aralığındaki yaşlı kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunu oluşturan %93,3’ünün memede ele gelen kitlenin meme kanseri belirtisi olabileceğini bildiği saptanmıştır. Memede ele gelen şişlik veya kitle çalışmamızda katılımcılar tarafından en yüksek oranda bilinen semptomdur ancak bu oran yine de düşüktür.

Meme kanseri olan kadınların yaklaşık %10’unda ise ilk bulgu meme başında akıntı olmasıdır (10, 93). Çalışmamızda kadınların %47,1’i, meme başından gelen kanlı akıntının meme kanseri belirtisi olabileceğini bilmekteydi. Sönmez ve ark. (159) çalışmasında kadınların %55,5’inin, İran’da yapılan bir çalışmada (166) kadınların %8,0’ının meme başından gelen akıntının meme kanseri belirtisi olabileceğini bildikleri belirlenmiştir. Grunfeld ve ark. (174) 2002 yılında yayınlanan çalışmalarında kadınların %70,0’ının meme başından gelen akıntı ya da kanlı akıntının, Linsell ve ark. (175) 67-73 yaş aralığındaki yaşlı kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %71,9’unun meme başı akıntısın kanser belirtisi olabileceğini bildikleri saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların %32,5’i meme başının içe çekilmesinin meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmiştir. Özen ve ark. (152) yaptığı çalışmada kadınların %38,7’si, Cidde’de yapılan bir çalışmada (154) kadınların %36,0’ı, Montazeri ve ark. (166) çalışmasında kadınların %5,0’ı, Alharbi ve ark. çalışmalarında Kuveytli öğretmenlerin %47,0’ı, Grunfeld ve ark. (174) çalışmalarında ise kadınların %38,0’ı meme başının içe çekilmesinin meme kanseri belirtisi olabileceğini bildikleri saptanmıştır.

Çalışmamıza dahil olan kadınların %38,0’ının memede meydana gelen renk değişikliğinin meme kanseri belirtisi olabileceğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Radi tarafından (154) yapılan çalışmada kadınların %16,0’ının meme derisinde kızarıklığın, Alharbi ve ark. (173) çalışmalarında Kuveytli öğretmenlerin %61,5’inin memede renk değişikliği olmasını, Parlar ve ark. (171) 2004 yılında yayınlanan çalışmalarında ise kadınların %7,5’inin meme ucunda renk değişikliğini, Grunfeld ve ark. (174) çalışmalarında ise kadınların %17,0’ının memede morarma olmasını meme kanseri belirtisi olabileceğini bildikleri saptanmıştır.

Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün olması araştırmamıza katılan kadınların %33,1’i tarafından meme kanseri belirtisi olabileceği yönünde ifade edilmiştir. Özen ve ark. (152) çalışmasında kadınların %41,1’i, Radi tarafından (154) 2014 yılında yayınlanan çalışmada Suidi kadınların %38,5’i, Hadi ve ark. (176) çalışmalarında ise kadınların %60,3’ü, Grunfeld ve ark. (174) çalışmalarında ise kadınların %39,0’ı meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün olmasını meme kanseri belirtisi olabileceği şeklinde belirttikleri saptanmıştır. 67-73 yaş aralığındaki yaşlı kadınlarla yapılan bir çalışmada (175) ise kadınların %56,6’sının meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün meme kanseri semptomu olduğunu bildikleri belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan kadınların %60,7’si koltuk altında ele gelen şişliğin meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmiştir. Sri Lanka’da yapılan çalışmada (162) kız öğrencilerin %19,0’ı boyun ya da koltuk altında ele gelen şişliğin, Cidde’de yapılan çalışmada (154) Suidi kadınların %34,5’i, Saeed ve ark. (172) çalışmasında Kuveytli kadınların %66,9’u, Hadi ve ark. (176) çalışmalarında ise kadınların %73,5’i, Grunfeld ve ark. (174) çalışmalarında ise kadınların %80,0’ı, Parlar ve ark. (171) çalışmasında kadınların %5,7’si koltuk altında ele gelen şişliğin meme kanseri belirtisi olabileceğini belirttikleri saptanmıştır. Linsell ve ark. (175) 67-73 yaş aralığındaki yaşlı kadınlarla yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %86,1’inin koltuk altında ele gelen şişliğin meme kanseri semptomu olabileceğini bildikleri belirlenmiştir. Koltuk altında ele gelen şişlik, araştırmamıza katılan kadınların memede ele gelen kitleden sonra ikinci sırada yüksek oranda bildikleri semptomdur. Her iki semptomu da kadınların yarıdan fazlası bilmektedir. Sağlık çalışanları ve medyanın; bu iki semptomun üzerinde daha çok durduğunu, diğer semptomların ise yeterince anlatılmadığını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza dahil olan kadınların %29,9’u memede oluşan yaranın, %40,9’u ise memede ağrı olmasını meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmişlerdir. Sri Lanka’da yapılan çalışmada (162) kız öğrencilerin %52,3’ü tek taraflı memede ağrı olmasını, Montazeri ve ark. (166) yaptığı çalışmada İranlı kadınların %16’sı, Alharbi ve ark. (173) çalışmalarında Kuveytli öğretmenlerin % 66,3’ü, Hadi ve ark. (176) Penang’da yaptıkları çalışmada kadınların %78,5’i memede ağrı olmasının, Linsell ve ark. (175) 67-73 yaş aralığındaki yaşlı kadınlarla yaptıkları çalışmada katılımcıların %53,4’ü memede veya koltukaltında ağrı olmasının meme kanseri belirtisi olabileceğini belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılan kadınların %39,3’ü çocukluk çağından itibaren bir memenin diğer memeden büyük olmasının fizyolojik olduğunu meme kanseri belirtisi olmadığını belirtmiştir. Ranasinghe ve ark. (162) yaptığı çalışmada kız öğrencilerin %57,3’ü, Saeed ve ark. (172) çalışmasında kadınların % 44,9’u çocukluk çağından itibaren her iki memenin simetrik olmamasının normal olabileceğini meme kanseri belirtisi olmadığını belirttikleri saptanmıştır. Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun bu konuda doğru bilgiye sahip olmadığı, dolayısıyla fizyolojik bir durum olmasına rağmen bilgi eksikliği nedeniyle anksiyeteye ve gereksiz sağlık kuruluşuna başvuruya yol açabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza dahil olan kadınlara KKMM yaparken ya da yapmıyorlarsa yaptıkları varsayıldığında ele gelen kitle veya herhangi bir değişiklik fark ettiklerinde ilk ne yapacakları sorulduğunda kadınların %57,1’i genel cerrahi uzmanına %31,5’i ise aile hekimine başvuracaklarını belirtmişlerdir. Ranasinghe ve ark. (162) yaptığı çalışmada kız öğrencilerin çoğunluğunu oluşturan %57,8’inin aileden birisine danışmayı, %23,6’sının ise doktora başvurmayı tercih ettiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların çoğunluğunun genel cerrahi uzmanına gitmeyi tercih etmesi birinci basamakla ilgili bazı eksikliklerin olduğunu düşündürmektedir. Aile hekimlerinin meme kanserinin belirti ve bulgularını saptamada, risk gruplarını belirlemede ve erken tanı yöntemlerinin önemi hakkında toplumun eğitiminde vazgeçilmez rolü vardır. Dolayısıyla tüm kadınları; meme kanserinin önemi, risk faktörleri, alarm bulguları, tarama yöntemleri hakkında bilgilendirmelidirler. Kadınlar düzenli olarak aile hekimlerine meme muayenesi yaptırmalı, anormal bir durum ile karşılaştıklarında ise ilk aile hekimlerine başvurmalıdırlar. Böylelikle muayene sırasında küçük bir değişim hekim tarafından kolaylıkla fark edilecek ve hastanın hekime olan güveni artacaktır. Aynı zamanda bu gereksiz görüntüleme, biyopsi gibi işlemlerin azalmasına, kadınların gereksiz anksiyete yaşamalarını da engelleyeceğini düşünmekteyiz.

Amerikan Kanser Birliği, tüm asemptomatik kadınların 20–39 yaşları arasında her 3 yılda bir KMM’nden geçmesini, 40 yaş ve üstünde ise yıllık KMM yaptırmalarını önermektedir (5). Bizim çalışmamızda ise kadınların sadece %26,3’ünün daha önce sağlık personeline meme muayenesi yaptırdığı saptanmıştır. Klug ve ark. (161) 2005 yılında yayınlanan çalışmalarında Alman kadınların tamamına yakınının (%97,2’sinin) KMM yaptırmış olduğu saptanmıştır. New York’da yaşayan Çinlilerle yapılan bir çalışmada (156) kadınların %63,0’ının KMM’ni bildiği ancak %54,0’ının daha önce KMM yaptırdığı, Elobaid ve ark. (177) 2013 yılında yaptıkları çalışmada Arap kadınların %49,4’ünün KMM yaptırmış olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalara baktığımızda; Dönmez ve ark. (178) çalışmasında kadınların %12,4’ünün son 12 ay içinde, Uncu ve Bilgin’in (179) çalışmasında ebe ve hemşirelerin %40,3’ünün, Güçük ve ark. (180) Bolu’da yaptıkları çalışmada kadınların %28,5’inin son 1 yıl içinde KMM yaptırdıkları bildirilmiştir. Çalışmamızda kadınların KMM yaptırma oranları düşük bulunmuş olup, bu durum hastalık belirtisi ortaya çıkmadığı sürece kadınların KMM yaptırma isteğinden uzak olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınlardan KMM yaptıranların %69,6’sı meme muayenesini genel cerrahi uzmanına yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Kum ve ark. (181) 2004 yılında yayınlanan çalışmalarında ise KMM yaptıran kadınların %37,6’sının genel cerrahi uzmanına, %29,5’inin kadın doğum uzmanına, %22,5’inin dahiliye uzmanına, %1,2’sinin pratisyen hekimlere yaptırdıkları bildirilmiştir. Temel sağlık hizmeti veren pratisyen hekimlerin % 1,2 gibi çok düşük düzeyde kalması dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir. Klug ve ark. (161) çalışmasında; Alman kadınların %94,0’ının jinekologlara %6,0’ının ise aile hekimi ya da radyologlara KMM’ni yaptırdıkları saptanmıştır. Almanya’da 1971 yılından bu yana sağlık sigortası kapsamında bütün kadınların yıllık jinekolojik kanser erken teşhis muayene hakkı vardır. Bu muayene kapsamına 30 yaşından sonra meme muayenesi de girmektedir. Dolayısıyla Almanya’da kadınların çoğunluğu bu muayene dahilinde jinekologlara meme muayenesi yaptırmayı tercih etmektedir. Türkiye’de ise meme kanseri taraması, erken tanı ve tedavi aşamalarında genel cerrahi uzmanları daha etkin rol almaktadırlar. Oysa ki meme kanserinden birincil ve ikincil korunma kapsamında aile hekimlerine de önemli görevler düşmektedir. Aile hekimleri hastalarına sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir yere sahiptirler. Kişiler ve aileleri hakkında sahip oldukları kişisel bilgi sayesinde sağlığın sürdürülmesi veya yeniden kazanılması için hastanın sahip olduğu iç ve dış kaynakların farkındadırlar. Aile hekimleri ikincil korumada, tetkikler sonucunda hastalığı tespit ettikten soruna yaklaşıma kadar olan tüm sürecin sorumluluğunu alabilirler. Aile hekimi, hastasıyla her temasını sağlığın geliştirilmesi ve hastalıktan korunma için bir fırsat olarak görmelidir. Meme kanseri açısından baktığımızda, bu konuda derin bilgiye sahip uzmanlar ile genel yaklaşım gösteren aile hekimleri arasında belli bir denge ve iş birliğinin olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Araştırmamıza katılan kadınlardan KMM yaptırmayan katılımcıların %22,0’ı herhangi bir şikayeti olmadığı için, %20,5’i KKMM’si yaparken herhangi bir anormallik saptamadığı için, %17,4’ü ihmal edip zaman ayıramadığı için, %10,3’ü meme muayenesi yaptırması gerektiğini bilmediği için, %9,3’ü hekim önermediği için yaptırmadığını belirtmiştir. Koç ve ark. (168) 2014 yılında yayınlanan hemşirelerle yaptıkları çalışmada; katılımcıların KMM için doktora gitmeme nedenlerini %90,2’sinin KMM’sini gerekli görmeme, %76,6’sının meme ile ilgili problem ve şikayeti olmama ve %54,8’inin ihmal olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Güçük ve ark. (180) yaptığı çalışmada; KMM yaptırmayan kadınların %48,1’inin ihtiyaç duymadığı için, %27,9’unun ihmal nedeniyle, %20,2’sinin doktor önermediği için, %2,7’sinin kötü sonuç alma korkusu nedeniyle, %1,1’i utandığı için KMM yaptırmadıkları bildirilmiştir. Elshamy ve Shoma’nın Mısırlı hemşirelerle yaptıkları çalışmada ise; katılımcıların %61,1’inin herhangi bir şikayeti olmadığı için, %58,9’unun meme kanseri hakkında konuşurken veya düşünürken kendini iyi hissetmediği için, %55,6’sının ise yabancı tarafından meme muayenesi yaptırmak istemediği için KMM yaptırmadıkları belirlenmiştir (182). Donnelly ve ark. (169) 2013 yılında yayınlanan Katar’da yaptıkları çalışmada Arap kadınların %50,6’sı doktor tavsiye etmediği için, %24,3’ü utandığı için, %24,0’ı muayene için nereye gideceğini bilmediği için, %20,1’i çalışmak zorunda olduğu için, %19,6’si muayenenin ağrılı olabileceğini düşündüğü için, %16,6’sı kanser olabileceğini öğrenme korkusu nedeniyle, %12,1’i KKMM yaptığı için, %7,8’i erkek tarafından meme muayenesi yaptırmak istemediği için, %3,9’u mamografi çektirdiği için, %1,7’si kocası ya da erkek akrabalarının meme muayenesi yaptırmasını istemediği için KMM yaptırmayı planlamadıkları bildirilmiştir. Katar’da yapılan çalışmada kadınların KMM yaptırmama nedenleri arasında kültürel farklılıkların önemli olduğunu düşünmekteyiz. Bunun dışında Katarlı kadınların sadece kendisi ya da aileden birisi hasta olduğunda hekime gitmeleri göz önüne alındığında büyük çoğunluğun hekim önermediği için KMM yaptırmadığını ifade etmesi olağandır. Ülkemizde yapılan çalışmalarla bizim araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermekte olup kadınlar tarafından KMM’nin amacının yeterince anlaşılmadığı hekimlerin de bu konuda kadınları bilgilendirme açısından yetersiz kaldıklarını düşünmekteyiz.

Meme kanseri tarama yöntemlerinden birisi de mamografidir (124). Amerikan Kanser Birliği 40 yaş ve üstünde kadınların yıllık mamografi çektirmesini önermektedir. Ülkemizde ise farklı olarak mamografi taraması Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafınca yürütülen toplum tabanlı meme kanseri tarama programı çerçevesinde asemptomatik kadınlara 40 yaşından 70 yaşına kadar 2 yılda bir önerilmektedir (7).

Araştırmamıza dahil olan kadınların %88,0’ının daha önce mamografi çektirmediği, %12,0’ının ise çektirdiği saptanmıştır. Özaydın ve ark. (144) 2009 yılında yayınlanan çalışmalarında kadınların %49,1’inin son 2 yıl içinde mamografi çektirdiği, en fazla 50-59 yaş grubunda, en az ise 60-69 yaş grubunda mamografi tetkiki yaptırıldığını, daha eğitimliler daha fazla mamografi çektirirken, en az eğitimli dört kadından üçünün mamografi çektirmemiş olduğu saptanmıştır. Chen ve Wang 2013 yılında yayınlanan New York’da yaşayan Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların %60,0’ının mamografiyi daha önce duyduklarını, 40 yaş üzerindeki kadınların %23,0’ının sadece bazal mamografisinin olduğunu bildirmişlerdir (156). Antınay ve ark. (145) 2013 yılında yayınlanan çalışmalarında kadınların %68,6’sının daha önce mamografi çektirdiği belirlenmiştir. Özdemir ve ark. (183) 2010 yılında yayınlanan çalışmalarında ise hemşirelerin %7,3’ünün düzenli mamografi çektirdiği saptanmıştır. İslam ve ark. (184) New York’da yaşayan Güney Asyalı kadınlarla yaptıkları çalışmada, çalışmaya dahil olan 40 yaş üzerindeki kadınların %70,0’ının mamografi çektirdiği, %56,0’ının son 2 yıl içinde çektirdiğini bildirmiştir. Elobaid ve ark. (177) 2013 yılında yaptıkları çalışmada Arap kadınların %44,9’unun mamografi çektirdiği bildirilmiştir. Klug ve ark. (161) çalışmasında ise Alman kadınların %55.5’inin daha önce mamografi çektirdiği, kadınların %18,0’ının 30 yaş altında %32,2’sinin 30-39 yaş aralığında ilk mamografisini çektirdiği bildirilmiştir. Kadınların ilk mamografi çektirme yaşına etki eden önemli faktörün sosyal sınıf olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmada kadınların %5,8’inin her yıl, %37,0’ının 2-3 yılda bir mamografi çektirdiği belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda kadınların mamografi çektirme oranı diğer çalışmalara göre düşük saptanmıştır. Bunun en önemli nedenlerinden birisinin çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunu yani %80,2’sinin 40 yaş altında olması diye düşünmekteyiz. Çalışmamızda 40 yaş üstü kadınların ise %32,8’inin mamografi çektirdiği saptanmış olup bu oran da düşüktür.

Çalışmamıza katılan kadınlara mamografinin kaç yaşından sonra ve ne sıklıkla çekilmesi gerektiğini sorduğumuzda büyük bir çoğunluğun bu konuda doğru bilgiye sahip olmadığı sadece %5,5’inin 40 yaşından sonra iki yılda bir mamografi çektirilmeli diye yanıt verdiği saptanmıştır. Özdemir ve ark. (183) 2010 yılında yayınlanan çalışmalarında, hemşirelerin %67,8’i mamografinin rutin olarak hangi yaş grubuna, %45,2’si ne sıklıkla yapılmalı sorularına doğru yanıt verdikleri saptanmıştır. Koç ve ark. (168) 2009 yılında yayınlanan çalışmalarında ise kadınların %16,0’ının mamografinin hangi yaşta yapılacağını, %14,0’ının mamografinin hangi sıklıkla yapılacağını bildiği belirlenmiştir. Mısırlı hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin %33,8’inin 40 yaşından sonra her kadının yıllık mamografi çektirmesi gerektiğini belirttikleri saptanmıştır (182). Alkhasawneh çalışmasında; Ürdünlü hemşirelerin %77,0’ının tüm kadınların 40 yaşından sonra yıllık mamografi çektirmesi gerektiğini bildikleri saptamıştır (147). Saeed ve ark. (172) çalışmasında kadınlara mamografi ile taramanın kaç yaşından sonra önerildiği sorulmuş olup kadınların %31,2’si 20-30 yaş arasında, %41,6’sı 30-40 yaş arasında, %22,9’u 40 yaş üzerinde olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılanlara, yaşı mamografi çektirmeye uygun olmayan genç kadınların mamografiye alternatif ne çektirebilecekleri sorulduğunda %53,6’sının meme ultrasonu diyerek doğru yanıtını verdikleri saptanmıştır. Koçyiğit ve ark. (160) 2006 yılında yaptıkları çalışmada kadınların %45,8’inin yaşı uygun olmayanlarda mamografiye alternatif meme ultrasonu çekilebileceğini bildikleri saptanmıştır. Çalışmamızda mamografi çektiren kadınların %45,9’unun 40 yaş altında olduğu saptanmıştır. Ayrıca 30 yaş altında çalışmamıza katılan bir kadının kendi isteği ile gidip mamografi çektirdiği de göz önünde bulundurulduğunda kadınların meme ultrasonu hakkında da bilgi sahibi olmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

Düzenli KKMM yapan kadınlarda kitlelerin, daha az KKMM yapanlara göre daha küçük ve daha lokalize olduğunu bildiren ve memedeki kitlelerin %80,0 oranında kadınların kendileri tarafından KKMM sırasında ya da rastlantısal olarak ortaya çıktığını belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da, KKMM yapan kadınların %22,8’i kendi muayeneleri sırasında ele gelen kitle tespit ettiklerini belirtmişlerdir. KKMM esnasında kitle tespit edenlerin %55,6’sının doktora başvurduğu ve sonucun normal olarak değerlendirildiği, %30,6’sında ise iyi huylu kitle tespit edildiği belirlenmiştir. Çalışmamızda meme muayenesi yaparken kitle tespit eden kadınların, yarıdan fazlasının sonucunun normal olarak gelmesi kadınların KKMM konusunda ne kadar yeterli oldukları sorusunu akla getirmektedir. Meme dokusunun nodüllü yapıya sahip olması kadınların meme muayenesi sırasında normal dokuyu kitle gibi algılamalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle kadınların düzenli meme muayenesi yapması normal meme dokusunu tanımalarına ve küçük bir değişikliği kolay fark edebilmelerini sağlamaktadır. Kadınlar özellikle meme muayenesi yaparken ne aradıklarını, ne gibi değişikliklerin alarm bulgusu olduğunu bilmeleri gerekir.

Araştırmamıza katılan kadınlara, meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi soruları sorulmuş olup verdikleri yanıtlara göre puanlama yapılmıştır. Kadınların %44,8’inin yetersiz, %41,6’sının yeterli, %13,6’sının ise iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların puan ortalaması 6,23±3,45 olarak bulunmuştur. Yaşa göre bilgi düzeylerine bakıldığında; 40 yaş altındakilerin %52,2’si, 41-50 yaş arasındakilerin %67,8’inin, 50 yaş ve üstündekilerin %69,6’sının yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Yaşla birlikte kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Saeed ve ark. (172) 2014 yılında yayınlanan Kuveytli kadınlarla yaptıkları çalışmada katılımcıların %43,1’inin meme kanseri risk faktörleri, semptomları, meme muayenesi ve mamografi konularında iyi düzeyde bilgiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi 50 yaş ve üstündekilerin daha bilgili oldukları saptanmıştır. Dündar ve ark. (185) Manisa’da yaptıkları çalışmada, kadınların %56,1’inin meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir. Sim ve ark. (148) 2009 yılında yayınlanan 1000 Asyalı kadınla yaptıkları çalışmada, meme kanseri ile ilgili 19 bilgi sorusuna yanıt veren kadınların puan ortalaması 11,4±4,5 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %57,3’ünün bilgi düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Elobaid ve ark. (177) 2014 yılında yayınlanan Arap kadınlarla yaptıkları çalışmada; meme kanseri hakkında katılımcıların %5,0’ının iyi, %14,6’sının çok kötü, geriye kalanların orta ve kötü düzeyde bilgiye sahip oldukları bildirilmiştir. Bu çalışmada genç kadınların (40-49) yaşlılara oranla (>49) daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu da belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun yetersiz bilgi düzeyine sahip olması; meme kanserinin öneminin yeterince anlaşılmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeyi arttıkça KKMM’ni bilme ve yapma oranlarının arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda katılımcıların bilgi düzeyi ile paralel olarak KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranların da arttığı saptanmıştır. Parlar ve ark. (171) yaptığı çalışmada ise kadınlara meme kanseri ve KKMM hakkında eğitim verilmiş olup eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında sadece bilgide değil KKMM uygulayan ve doğru uygulayan kadın sayısında da önemli artışlar olduğu bildirilmiştir. Eğitim öncesi kadınların % 37,5’i KKMM yaparken, eğitim sonrası %90,6’sının yaptığı saptanmıştır. Güvenç ve ark. (158) 2012 yılında yayınlanan Ankara’da yaptıkları çalışmalarında düzenli KKMM yapanların meme kanseri risk faktörleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu bildirilmiştir. Yine bu çalışmada kadınların meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi arttıkça mamografi çektirme oranının da arttığı bildirilmiştir. Mhamdi ve ark. (186) yaptıkları çalışmada; meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi yüksek olan kadınların, tarama yöntemlerine daha çok başvurdukları saptanmıştır. Banegas ve ark. (146) çalışmasında bilgi düzeyi yüksek olan Latin Amerikalıların meme kanseri için erken tanı yöntemlerini daha fazla kullandıkları, Meksikalı kadınların ise sadece KKMM’ni daha fazla uyguladıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada Meksikalı kadınların meme kanseri hakkında bilgi düzeyi yüksek olmasına rağmen erken tanı yöntemlerini uygulama oranları düşük saptanmıştır. Bunun en önemli nedeni olarak da tarama hizmetlerine ulaşım eksikliği olduğu bildirilmiştir.

Sonuç olarak; çalışmamıza katılan kadınların büyük bir kısmının, meme kanserinde erken tanı ve tedaviden haberdar oldukları ancak erken tanı yöntemleri ve meme kanseri alarm bulguları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görüldü. Ayrıca erken tanı yöntemlerini uygulayanların da yeterli sayıda olmadığı saptandı.

**SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun meme kanserine yakalanma risk düzeyinin düşük olduğunu saptadık. Yüksek riske sahip katılımcı tespit etmedik.

Araştırmamıza katılan kadınların büyük bir kısmı (%87,0) meme kanserinde erken tanının mümkün olduğunu ifade etti. Meme kanserinin erken dönemde tanınmasının mümkün olduğunu düşünen kadınlar sırasıyla KKMM, KMM, mamografi ve meme ultrasonu ile meme kanserinin saptanabileceğini belirtti. Yine bu kadınların tamamına yakını (%98,1) erken tanı koyulursa meme kanserinin tedavi edilebileceğini düşünmekteydi.

Araştırma grubunun yarıdan fazlası KKMM’ni bildiğini belirtti. Bu bilgiyi çoğunluğu (%48,5) sağlık personelinden öğrendiğini, ikinci sıklıkla ise (%27,5) televizyon ve radyodan öğrendiğini ifade etti. Çalışmaya katılan kadınların yarıdan fazlası KKMM yaptığını belirti. KKMM yapmayan kadınların çoğunluğunun (%37,9) nasıl yapıldığını bilmediği için, ikinci sıklıkla ise (%37,4) şikayeti olmadığı için, en az sıklıkla (%0,6) ise muayene sırasında bir şey bulurum diye korktuğu için, vakit ayıramadığı için ve doktora muayene yaptırdığı için yapmadıkları belirlendi. KKMM’ni bildiği halde yapmayan kadınların yarıdan fazlası (60,9) şikayeti olmadığı için yapmadığını belirtti.

Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğu (%59,1), KKMM’ni 20 yaşından sonra tüm kadınların yapması gerektiğini belirtti. Katılımcıların üçte biri KKMM’nin ayda bir kez yapılması gerektiğini, üçte birinden azı ise (%23,7) KKMM’nin adet döneminden sonra yapılmasının doğru olduğunu, menapoz sonrasındaki dönemde ise her ayın belli bir günü yapılması gerektiğini söyledi.

Araştırmaya katılan kadınların yarıdan fazlası memede ele gelen şişlik veya kitlenin (%74,4) ve koltuk altında ele gelen şişliğin (%60,7) meme kanseri belirtisi olabileceği belirtti. Sırasıyla meme başından gelen kanlı akıntı (%47,1), memede ağrı (%40,9), memede meydana gelen renk değişikliği (%38,0), meme derisinde portakal kabuğu görüntüsü olması (%33,1), meme başının içe çekilmesi (%32,5) ve memede oluşan yara (%29,9) belirtileri kadınlar tarafından meme kanseri belirtisi olarak bilenmektedir. Çocukluk çağından itibaren bir memenin diğerinden büyük olması kadınların yarısından azı tarafından fizyolojik bir bulgu olarak ifade edildi.

Araştırmaya katılan kadınların yarıdan fazlası KKMM yaparken kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiğinde ilk genel cerrahi uzmanına başvuracaklarını belirttiler. Katılımcıların üçte birinden azı KMM yaptırdığını söyledi. KMM yaptıranların üçte ikisi genel cerrahi uzmanına yaptırdığını belirtti. KMM yaptırmayanların çoğunluğu sırasıyla şikayeti olmadığı için ve KKMM yaparken herhangi bir anormallik saptamadığı için yaptırmadıklarını belirttiler. Kadınların yarıdan fazlası KMM’nin ne sıklıkla yaptırılması gerektiğini biliyordu.

Çalışmaya dahil olan kadınların çok az bir kısmı daha önce mamografi çektirdiğini belirtti. Mamografinin kaç yaşından sonra ve ne sıklıkla çekilmesi gerektiğini ise kadınların çoğunluğu (%94,5) yanlış bilmekteydi. Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmayan genç kadınların mamografiye alternatif ne çektirebilecekleri katılımcılara sorulduğunda yarıdan fazlası ultrason yanıtını verdi.

Araştırmamıza katılan kadınlardan KKMM yapanların, üçte birinden azı muayene sırasında ele gelen kitle tespit ettiklerini belirttiler. Kitle tespit edenlerin yarısı doktora başvurduğunu ancak sonucun normal olarak değerlendirildiğini belirtti. Üçte biri ise doktora başvurduğunu ve sonucun iyi huylu kitle olarak değerlendirildiğini, üçte birinden azı da henüz doktora başvurmadığını belirtti.

Araştırmamızda katılımcıların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini tespit etmek amaçlı 15 soru sorulmuş olup doğru yanıtı verenlere bir puan diğer yanıtlara sıfır puan verilerek hesaplama yapılmıştır. Katılımcıların puan ortalaması 6,23±3,45 olarak belirlendi. Kadınların yarıya yakınının yetersiz bilgi düzeyine, üçte birinden azının ise çok iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu belirlendi. KKMM’ni bilenlerin ve yapanların çoğunluğunun (sırasıyla %70,9 ve %73,2) bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptandı. KMM yaptıranların ve mamografi çektirenlerin de çoğunluğunun (sırasıyla %74,1 ve %73,0) bilgi düzeyinin yeterli olduğu belirlendi.

Sonuç olarak; çalışmamıza katılan kadınların büyük bir kısmının, meme kanserinde erken tanı ve tedaviden haberdar oldukları ancak erken tanı yöntemleri ve meme kanseri alarm bulguları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görüldü. Ayrıca erken tanı yöntemlerini uygulayanların da yeterli sayıda olmadığı saptandı.

Çalışmamızın sonuçlarına göre öneriler şunlar olabilir; kadınlara öncelikle meme kanserinin neden önemli olduğu, görülme sıklığı, erken tanı ve tedavisin mümkün olduğu anlatılmalıdır. Aile hekimleri tarafından kadınların meme kanserine yakalanma risk düzeyi hesaplanıp yüksek riskli olanlara gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Tarama yöntemlerinin yarar ve zararları anlatılmalı sadece şikayeti olan kadınların değil 20 yaşından sonra tüm kadınların kendi yaşına uygun zaman ve sıklıkta bu yöntemlere başvurması gerektiği, meme kanseri konusunda sadece hekimlerin değil kadınların da sorumluluk almaları gerektiği anlatılmalıdır. En önemli konulardan birisi de meme kanseri alarm bulgularıdır. Kadınların KKMM yaparken ne araması gerektiğini, neyin önemli olduğunu bilmesi gerekli olup bu konuda da eğitim verilmelidir. Aile hekimleri; iyi bir iletişimle kadınların güvenini kazanarak ikinci basamağa başvuru oranını azaltmalı ve eğitimler düzenleyerek farkındalığın artmasını sağlamalıdırlar.

**KAYNAKLAR**

1. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014, American Cancer Society, Inc, Atlanta.

2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. Int J Cancer 2010; 127(12):2893-917.

3. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55:74-108. (PMID: 15761078)

4. Gültekin M, Boztaş G, eds. Türkiye kanser istatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ocak 2014. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\_istatistik/2009kanseraporu.pdf.

5. American Cancer Society. Breast Cancer Early Detection. http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer

6. Leitch AM, Dodd GD, Costanza M, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of breast cancer: Update 1997. CA Cancer J Clin 1997; 47:150-153.

7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/424-meme-kaner-tarama-standartlari.html

8. Onat D. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi 1996;39:77.

9. Kalaycı G. “Genel Cerrahi Cilt-1” 2002; 41:533-630.

10. Sayek İ. Temel Cerrahi 2004; 75:895-897.

11. Moore KL, Dalley AF. Clinically Oriented Anatomy. In: Thorax: Breast. Moore KL. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1999:72-79.

12. Spratt JS, Tabin GR. Gross anatomy of the breast. In: Donegan WL, Spratt JS, eds. Cancer of the breast. 4th edition. Philedelphia. London: W.B.Saunders 1995:22-42.

13. Kalaycı G, Acarlı K, Demirkol K, Ertekin C. Meme anatomisi ve gelişmesi. Genel cerrahi cilt 1, Türkiye, İstanbul: Nobel 2002: 537-542.

14. Cooper sir AP. The anatomy and disease of the breast. Philedelphia: Lea and Blanchard 1845.

15. Haagensen CD. Physicians role in detection and diagnosis of breast disease. In: Haagensen CD, ed. Disease of the breast. 3rd edition. Philedelphia, London: W.B. Saunders 1986: 516-576.

16. Kopans DB. Breast Imaging. 3rd Edition. Philedelphia: Lipincott Williams & Wilkins 2007.

17. Rosen PP. Breast pathology. 4th Edition. Philadelphia: Lipincott Williams Wilkins 2002.

18. Moore KL, Dalley AF. Clinically Oriented Anatomy. In: Thorax: Breast. Moore KL. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 1999;72–79.

19. April EW. Clinically Anatomy. In: Introduction to Clinically Anatomy: Breast. 3rd edition. Williams & Wilkins A Waverly Company, 1996:12–14.

20. Ünal M. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 1995:279-296.

21. Romrell LJ, Blend KI. Anatomy of the breast, axilla, chest wall and related metastatic sites. In: Blend KI, Copeland EM, eds. The breast comprehensive management of benign and malignant disease. 2nd edition. Philedelphia, London: W.B.Saunders 1995: 16-21.

22. Miller MR, Kasahara M. Cutaneous innervation of the human breasts. Anat Rec 1959;135: 153-167.

23. Haagensen CD. Physicians role in detection and diagnosis of breast disease. In: Haagensen CD, ed. Disease of the breast. 3rd edition. Philedelphia, London: W.B. Saunders 1986:516-576.

24. Kirby İ. Bland, copeland, Edward M. Breast. Principles of Surgery, Volume i Ed. Seymouri Schwartz 1995:531-593.

25. Farra WB, Wa1ker MJ, Minton LP. Physiology of the Breast. Cancer of the Breast Ed.Williams 4.Baskl,W.B Saunders, USA: 1995:43-51.

26. Bland Kİ, Edward M, Copeland M. Breast: Physiologic considerations in Normal, Benign and neoplastic States. Physiologic Basis of Modem surgical carte. Mosby, USA:1998:1019-1056.

27. Rosenbloom AL. Breast Physiology. The Breast. 2.baskı. 1998:38-50.

28. Cole P, Rodu B. Analytic epidemiology: Cancer causes. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). Cancer, Principles and Practice of Oncology. 6th ed. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven, 2001: 241-52.

29. Hoveer R. Breast cancer: geographic, migrant, and time-trend patterns In: Fortner JSP, Eds. Accomplishments in cancer research. New York: Lippincott-Raven, 1996; 11:154-6

30. Özmen V. Breast Cancer Screening: Current Controversies, The Journal of Breast Health 2011;7(1):1-4.

31. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55(2):74-108.

32.Engin K, Çetintaş SK. Meme Kanserlerinin Toplumsal Önemi. Meme Kanserleri. 1. Baskı. Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri 2005:1–5.

33. Topuz E, Aydıner A, Dinçer M. Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi 2003.

34. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye’de Kanser Kontrolü, 2007.

35. National Cancer Institute of Canada (NCIC) (2006) Canadian cancer statistics 2006. NCIC, [www.ncic.cancer.ca](http://www.ncic.cancer.ca)

36. American Cancer Society (ACS) (2006) Cancer facts and figures. www.acs.org X American Joint Committee on Cancer (2002) Chapter on breast. In AJCC Cancer Staging Manual, Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz AG, Balch CM, Haller DG, Morrow M (eds) AJCC 6th edn, pp 221–240. Lippincott-Raven: Philadelphia

37. Vorobiof DA, Sitas F, Vorobiof G. Breast cancer incidence in South Africa. J Clin Oncol 2001; 19(18):125–127.

38.Özgültekin R. Meme kanserinde etyoloji ve risk faktörleri. Meme hastalıkları. Ünal G, Ünal H (ed) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2001:233-246.

39.Campbell JB. Breast Cancer-Race, Ethnicity and Survival: A literature Review. Breast Cancer Research and Treatment 2002;74:187-192.

40.Driedger SM, Eyles J. Organochlorines and Breast Cancer: The Uses of Scientific Evidence in Claimsmanking. Social Science and Medicine 2001; 52:1589-1605.

41. Bottorff JL, Johnson JL, Bhagat R, Grewal S, Balneaves LG, Clarke H, Hilton BA. Beliefs Related to Breast Health Practices: The Perceptions of South Asian Women Living in Canada. Social Science and Medicine 1998;47(12):2075-2085.

42. Smith RA, Cokkinides V, Von Eschenbach AC, Levin B, Cohen C, Runow CD, Sener S, Saslow D, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. CA Cancer Journal for Clinicians 2002;52(1):8-22.

43. Bentley JR, Delfino RJ, Taylor TH, Howe S, Anton-Culver H. Differences in Breast Cancer Stage at Diagnosis Between Non-Hispanic White and Hispanic Populations, San Diego County 1988-1993. Breast Cancer Research and Treatment 1998;50:1-9.

44. Manjer J, Berglund BL, Garne JP, Janzon L, Malina J. Breast Cancer Incidence in Relation to Smoking Cessation. Breast Cancer Research and Treatment 2000;61:121-129.

45. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61:69.

46. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2012; 62:10.

47. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. Epidemiol Rev 1993:15.

48. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of Breast Diseases Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. BMJ 2000; 321(7270):1198.

49. Wohlfahrt J, Melby M. Age at any birth is associated with breast cancer risk. Epidemiology 2004; 12:68-73

50. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. Lancet 2005; 365: 1727–41.

51. Sherman ME, Figueroa JD, Henry JE, et al. The Susan G. Komen for the Cure Tissue Bank at the IU Simon Cancer Center: a unique resource for defining the “molecular histology” of the breast. Cancer Prev Res (Phila) 2012;5(4):528–535.

52. Faupel Badger JM, Arcaro KF, Balkam JJ, et al. Postpartum remodeling, lactation, and breast cancer risk: summary of a National Cancer Institute-sponsored workshop. J Natl Cancer Inst 2013;105(3):166-74.

53. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. N Engl J Med 2005;353(3):229-37.

54. London SJ, Connolly JL, Schnitt SJ, Colditz GA. A prospective study of benign breast disease and the risk of breast cancer. JAMA 1992; 267(7):941-4.

55. Wang J, Costantino JP, Tan-Chiu E, Wickerham DL, Paik S, Wolmark N. Lower-category benign breast disease and the risk of invasive breast cancer. J Natl Cancer Inst 2004;96(8):616-20.

56. Kabat GC, Jones JG, Olson N, et al. A multi-center prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer. Cancer Causes Control 2010;21(6):821-8.

57. Palmer JR, Rosenberg L. Cigarette smoking and the risk of breast cancer. Epidemiol Rev. 1993; 15:145–156.

58. Manjer J, Berglund BL, Garne JP, et al. Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. Breast Cancer Research and Treatment 2000; 61:121-29.

59. Hiatt RA, Bawol RD. Alcoholic beverage consumption and breast cancer incidence. Am J Epidemiol 1984;120:676–683.

60. Longnecker MP. Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review. Cancer Causes Control 1994; 5:73–82.

61. Reichman ME, Judd JT, Longcope C, et al. Effects of alcohol consumption on plasma and urinary hormone concentrations in premenopausal women. J Natl Cancer Inst 1993;85:722–727.

62. Suzuki R, Orsini N, Mignone L, Saji S, Wolk A. Alcohol intake and risk of breast cancer defined by estrogen and progesterone receptor status–a meta-analysis of epidemiological studies. Int J Cancer 2008;122(8):1832-41.

63. Zhang S, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. A prospective study of folate intake and the risk of breast cancer. JAMA 1999;281:1632–1637.

64. Pathak DR, Whittemore AS. Combined effects of body size, parity, and menstrual events on breast cancer incidence in seven countries. Am J Epidemiol 1992;135:153–168.: 1536132

65. Willett WC, Browne ML, Bain C, et al. Relative weight and risk of breast cancer among premenopausal women. Am J Epidemiol 1985;122:731–740.

66. Friedenreich CM. Review of anthropometric factors and breast cancer risk. Eur J Cancer Prev 2001;10:15-32.

67. Rinaldi S, Key TJ, Peeters PH, et al. Anthropometric measures, endogenous sex steroids and breast cancer risk in postmenopausal women: a study within the EPIC cohort. Int J Cancer 2006; 118:2832-9.

68. Berkarde B. Meme Kanseri. İstanbul: İ.Ü Basımevi ve Film Merkezi, 2000.

69. Schwartz GF, Hughes KS, Lynch HT, et al. Proceedings of the international consensus conference on breast cancer risk, genetics, & risk management, April, 2007. Cancer 2008;113(10):2627-37.

70. Breast cancer risk factors: a review of the evidence July 2009 National Breast and Ovarian Cancer Centre.

71. Struewing JP, Hartge P, Wacholder S, et al. The risk of cancer associated with specific mutations of *BRCA1* and *BRCA2* among Ashkenazi Jews. N Engl J Med 1997;336:1401–1408.

72. Couch FJ, Farid LM, Deshano ML, et al. *BRCA2* germline mutations in male breast cancer cases and breast cancer families. Nat Genet 1996;13:123–125.

73. Wooster R, Neuhausen SL, Mangion J, et al. Localization of a breast cancer susceptibility gene, *BRCA2*, to chromosome 13q12–13. Science 1994;265:2088–2090.

74. Malone KE, Daling JR, Thompson JD. et al. *BRCA1* mutations and breast cancer in the general population: analyses in women before age 35 years and in women before age 45 years with first-degree family history. JAMA 1998;279:922–929.

75. Lakhani SR, Jacquemier J, Sloane JP, et al. Multifactorial analysis of differences between sporadic breast cancers and cancers involving *BRCA1* and *BRCA2* mutations. J Natl Cancer Inst 1998;90:1138–1145.

76. Marcus JN, Watson P, Page DL, et al. Hereditary breast cancer: pathobiology, prognosis, and *BRCA1* and *BRCA2* gene linkage. 1996;77:697–709.

77. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with Breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet 1996;347(9017):1713-27.

78. Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. Mayo Clin Proc 2006;81(10):1290-1302.

79. Margolese RG, Fisher B, Hortobagyi GN, Bloomer WD. Neoplasms of The Breast. In Holland FJ, Frei E (eds): Cancer Medicine, 5th edition. Ontario: B.C.Decker Inc 2000: 1735-1822.

80. Casey PM, Cerhan JR, Pruthı S. Oral Contraceptive Use and the Risk of Breast Cancer. Mayo Clin Proc 2008;83(1):86-91.

81. Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. J Am Med Assoc 2002;288:321-33.

82. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Lancet 1997; 350:1047-59.

83. Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. JAMA 2000;283:485-91.

84. Ross RK, Paganini Hill A, Wan PC, Pike MC. Effect of hormone replacement therapy on breast cancer risk: estrogen versus estrogen plus progestin. J Natl Cancer Inst 2000; 92:328-32.

85. Porch JV, Lee IM, Cook NR, Rexrode KM, Burin JE. Estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk: the Women’s Health Study (United States). Cancer Causes Control 2002;13:847-54.

86. Salman MC, Gültekin M, Taşkıran Ç, Ayhan A. Hormon ve meme. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2005;8:37-53.

: 861676287. Tokunaga M, Land CE, Yamamoto T, et al. Incidence of female breast cancer among atomic bomb survivors, Hiroshima and Nagasaki, 1950-1980. Radiat Res 1987; 112:243-72.

88. Hrubec Z, Boice JD, Monson RR, et al. Breast cancer after multiple chest fluoroscopies: second follow-up of Massachusetts women with tuberculosis. Cancer Res 1989;49:229-34.

89. Boice JD, Preston D, Davis FG, et al. Frequent chest x-ray fluoroscopy and breast cancer incidence among tuberculosis patients in Massachusetts. Radiat Res 1991;125:214-22.

90. Morrison AS. Screening for cancer of the breast. Epidemiol Rev 1993;15:244-55.

91. Hurley SF, Kaldor JM. The benefits and risks of mammographic screening for breast cancer. Epidemiol Rev 1992;14:101-30.

92. Mammography-a user's guide: recommendations of the National Council on Radiation Protection and Measurements. Bethesda, MD: National Council on Radiation Protection and Measurements, 1986. (NCRP report no. 85).

93. Ünal A. Meme Kanserleri, Ünal A. ed. Ankara: Klinik Cerrahi Onkoloji 1997: 389-404.

94. Spratt JS, Spratt SW. Medical and legal implications of screening and follow-up procedures for breast cancer. Cancer 1990; 66:1351-62.

95. Collins LC, Tamimi RM, Baer HJ, et al. Outcome of patients with ductal carcinoma in situ untreated after diagnostic biopsy. Cancer 2005;103: 1778-1784.

96. Sanders ME, Schuyler PA, Dupont WD, Page DL. The natural history of low-grade ductal carcinoma in situ of the breast in women treated by biopsy only revealed over 30 years of long-term follow-up. Cancer 2005;103: 2481-2484.

97. Ceilley E, Jagsi R, Goldberg S, et al. The management of ductal carcinoma in situ in North America and Europe. Cancer 2004;101:1958-1967.

98. Leonard GD, Swain SM. Ductal carcinoma in situ, complexities and challenges. J Natl Cancer Inst 2004;96: 906-920.

99. Brinton LA, Sherman ME, Carreon JD, Anderson WF. Recent trends in breast cancer among younger women in the United States. J Natl Cancer Inst 2008;100(22):1643–1648.

100. Consensus conference on the classification of ductal carcinoma in situ. The Consensus Conference Committee. Cancer 1997; 80:1798-1802.

101. Tavassoli FA, Devillee P, editors. World Health Organisation Classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. Lyon: IARC Press 2003.

102. Schwartz GF. Treatment of In Situ Breast Cancer. In Breast Cancer. 2. Ed. Roses D, ed. Elsevier Inc 2005: 383-399.

103. Anderson BO, Li CI, Rinn KJ et al. Clinical management of lobular carcinoma InSitu. In advanced theraphy of Breast Diseases. 2.ed. Singletary SE, Robb Gl, Hortabagyi GN. BC Decker Inc 2004:269-280.

104. Kuzey GM. Temel Patoloji. 1.Baskı. Ankara: Günes Kitabevi 2007.

105. Ellis IO, Pinder SE, Lee AHS et al. Tumors of the breast. In: Diagnostic Histopathology of Tumors. Fletcher CDM, ed. Second edition. London: Churchill Livingstone 2000:865-930.

106. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, Elledge RM. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome. Breast Cancer Res 2004;6:149-156.

107. Gonzales MA, Pinder SE. Invasive carcinoma: other histologic prognostic factors size, vascular invasion and prognostic index. In: Breast Pathology. O’Malley FP, Pinder SE (eds). Philadelphia: Churchill Livingstone 2006: 235-240.

108. Yerushalmi R, Hayes MM, Gelmon KA. Breast carcinoma-rare types: review of the literatüre. Annals of Oncology 2009;20:1763–1770.

109. Cartens PHB, Greenberg RA, Francis D, et al. Tubuler carsinoma of the breast: along term follow-up. Histopathology 1995;9:221-280.

102. Luna More S, Gonzalez B, Acedo C, et al. Invasive micropapillary carcinoma of the breast: A new special type of invasive mammary carcinoma. Pathol Res Pract 1994;190:668 674.

103. Eusebi V, Millis RR, Cattani MG, Bussolati G, Azzopardi JG. Apocrine carcinoma of the breast. A morphologic and immunocytochemical study. Am J Pathol 1986;123:532-541. (PMID: 3717305)

104. Apocrine carcinoma. In: Rosen PP, ed. The Breast Pathology. 1st ed. Philadelphia: Lipincott-Raven 1997:176-185.

105. Lester SC. The Breast. In: Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. Kumar V, Abbas AK, Fausto N (eds). Sixth edition. Philadelphia: Elsevier Saunders 2005:1119-1154.

106. Sakorafas GH, Blanchard K, Sarr MG, Farley DR. Paget's disease of the breast. Cancer Treat Rev. 2001;27:9–18.

106. Kothari AS, Beechey-Newman N, Hamed H, Fentiman IS, D’Arrigo C, Hanby AM, et al. Paget disease of the nipple: A multifocal manifestation of higher-risk disease. Cancer 2002;95:1–7.

107. Kollmorgen DR, Varanasi JS, Edge SB, Carson WE. 3rd Paget's disease of the breast: a 33-year experience. J Am Coll Surg 1998;187:171–7.

108. Yim JH, Wick MR, Philpott GW, Norton JA, Doherty GM. Underlying pathology in mammary Paget's disease. Ann Surg Oncol 1997;4:287–92.

109. Parker SJ, Harries SA. Phyllodes tumours. Postgrad Med J 2001;77: 428-435.

110. Singletary E, Allred C, Ashley P, et al. Revision of the American Joint Committe on Cancer Staging System for breast cancer. J Clin Onkol 2002; 20:362-7.

111. Donegan WL. Evaluation of a palpable breast mass. N Engl J Med 1992; 327(13):937-42.

112. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? JAMA 1999 Oct 6;282 (13):1270-80.

113. American College of Radiology: Standarts for the performance of diagnostic mammography and problem solving breast evaluation (Adopted by the ACR Council 1994). In: ACR Digest of Official Actions. Reston, VA, American College of Radiology 1994.

114. Bassett LW. Mammographic analysis of calcifications. Radiol Clin North Am 1992; 30:93-05.

115. College of Radiology. Breast imaging reporting and data system (BI-RADS). 4th edition. Reston (VA): American College of Radiology 2003.

116. Zonderland HM, Coerkamp EG, Van de Vijver M, van Voorthuisen AE. Diagnosis of breast cancer: Contribution of US as an adjunct to mammography. Radiology 1999; 213:413-422.

117. Jackson VP, Bassett LW. Breast sonography. In: Pisano ED ed. Breast imaging. Amsterdam: IOS Press 1998:55-66.

118. Shah R, Rosso K, Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. World J Clin Oncol 2014; 5(3): 283-298.

119. Kuhl C. The current status of breast MR imaging. Part I. Choice of technique, image interpretation, diagnostic accuracy, and transfer to clinical practice. Radiology 2007;244:356-78.

120. Schorn C, Fischer U, Luftner-Nagel S, Westerhof JP, Grabbe E. MRI of the breast in patients with metastatic disease of unknown primary. Eur Radiol 1999; 9:470–473.

121. 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; 233:830–849.

122. Van Goethem M, Tjalma W, Schelfout K, Verslegers I, Biltjes I, Parizel P. Magnetic resonance imaging in breast cancer. Eur J Surg Oncol 2006; 32:901–910.

123. Ernst MF, Roukema JA: Diagnosis of non-palpable breast cancer: a review. The Breast 2002; 11: 13-22.

124. Başkan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme kanserinde tarama ve tanı. The Journal of Breast Health 2012;8(3).

125. Dinçol D. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler. T Klin Tıp Bilimleri 1992:12.

126. Carter CL, Allen C, Henson DE. Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases. Cancer 1989;63:181–187.

127. Clark GM, McGuire WL. Steroid receptors and other prognostic factors in primary Breast cancer. Semin Oncol 1988;15:20-5.

128. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, et al. Conservative treatment of early breast cancer. Long term results of 1,232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy. Ann Surg 1990;211:250-259.

129. Bulak H. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi. T Klin Tıp Bilimleri 1999;19:352-357.

130. Early Breast Cancer Trialists’ Collaborative Group, Darby S, McGale P, et al. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. Lancet 2011; 378(9804):1707-16.

131. Early Breast Cancer Trialists’ Collaborative Group, Davies C, Godwin J, et al. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. Lancet 2011; 378(9793):771-84.

132. Smith IE, Dowsett M: Aromatase inhibitors in breast cancer. N Engl J Med 2003; 348:2431-2442.

133. Romond EH, Perez EA, Bryant J, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. N Engl J Med 2005; 353(16):1673-84.

134. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde Birincil Korunma. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi 2006;13(2): 57-71.

135. Therese B. Bevers Primary Prevention of Breast Cancer, Screening for Early Detection of Breast Cancer, and Diagnostic Evaluatıon of Clinical and Mammographıc Breast Abnormalıtıes.

136. Hartmann LC, Schaid DJ, Woods JE, Crotty TP, Myers JL, Arnold PG, et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. N Eng J Med 1999;340:77-84.

137. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2003:(2).

138. Wendie A. Berg Tailored Supplemental Screening for Breast Cancer: What Now and What Next? AJR 2009:192.

139. Ulusal Aile Planlaması, Rehber , 3.Baskı Damla Matbaası, Volume 1, Ankara 2000, 97.

140. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvcık S, Gürbüz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2010;1(20).

141. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3:2.

142. Tümer A, Baybek H. Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2010; 6:1.

143. Yıldırım AD, Özaydın AN. İstanbul / Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. J Breast Health 2014;10:47-56.

144. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalan PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir’de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı ile İlgili Uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5:4.

145. Altınay S, Başar RP, Bal N, Özden F. Giresun İlinde Toplum Bazlı Meme Kanseri Taraması Yapılan ve Yapılmayan Bölgedeki 50-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri ile İlgili Farkındalıkları. J Breast Health 2013; 9:144-50.

146. Banegas MP, Bird Y, Moraros J, King S, Prapsiri S, Thompson B. Breast Cancer Knowledge, Attitudes, and Early Detection Practices in United States-Mexico Border Latinas. Journal of Women’s Health 2012; 21:1.

147. Alkhasawneh IM. Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Among Jordanian Nurses. Oncology Nursing Forum 2007; 34;6.

148. Sim HL, Seah M, Tan SM. Breast cancer knowledge and screening practices: a survey of 1,000 Asian women. Singapore Med J 2009; 50 (2):132.

149. Oluwatosin OA, Oladepo O. Knowledge of breast cancer and its early detection measures among rural women in Akinyele Local Government Area, Ibadan, Nigeria. BMC Cancer 2006, 6:271.

150. Alpteker H, Avcı A. Kırsal Alandaki Kadınların Meme Kanseri Bilgisi ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2010; 6:2.

151. Kabataş MS, Kızıl H, Duman D. Bayan Öğretmenlerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2010;6:4.

152. Özen B, Zincir H, Erten ZK, Özkan F, Elmalı F. Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. J Breast Health 2013; 9: 200-4.

153. Suh MA, Atashili J, Fuh EA, Eta VA. Breast Self-Examination and breast cancer awareness in women in developing countries: a survey of women in Buea, Cameroon. BMC Research Notes 2012; 5:627.

154. Radi SM. Breast Cancer Awareness among Saudi Females in Jeddah. Asian Pac J Cancer Prev 2013;14(7):4307-4312.

155. Lee EE, Fogg L, Sadler GA. Factors of Breast Cancer Screening Among Korean Immigrants in the United States. J Immigr Minor Health. 2006; 8(3): 223–233.

156. Chen WT, Wang J. Chinese Female Immigrants English-Speaking Ability and Breast and Cervical Cancer Early Detection Practices in the New York Metropolitan Area. Asian Pacific J Cancer Prev 2013;14(2):733-738.

157. Göçgeldi E, Açıkel CH, Hasde M, Aygut M, Çelik S, Gündüz İ, Karadeniz Y, Ayas R, Şahin E ed. Ankara-Gölbası İlçesinde Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2008;13(4): 261-265.

158. Güvenç İ, Güvenç G, Taştan S, Akyüz A. Identifying Women’s Knowledge about Risk Factors of Breast Cancer and Reasons for Having Mammography. Asian Pacific J Cancer Prev 2012;13:4191-4197.

159. Sönmez Y, Keskin Y, Lüleci E. Kadın ve Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Meme Kanseri ve Erken Tanısı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Maltepe Tıp Dergisi 2012;4:2.

160. Koçyiğit O, Erel S, Kısmet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu MZ, Akkuş MA. Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. Nobel Med 2011;7(2):19-25.

161. Klug SJ, Hetzer M, Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. European Journal of Public Health 2005;15(1):70–77.

162. Ranasingle HM, Ranasingle N, Rodrigo C, Seneviratne RD, Rajapakse S. Awareness of breast cancer among adolescent girls in Colombo, Sri Lanka: a school based study. BMC Public Health 2013; 13:1209.

163. Tu SP, Reisch LM, Taplin SH, Kreuter W, Elmore JG: Breast selfexamination:

self-reported frequency, quality and associated outcomes. J Cancer Educ 2006, 21:175-181.

164. Janda M, Obermair A, Haidinger G, Waldhoer T, Vutuc C. Austrian women's attitudes toward and knowledge of breast self-examination. J Cancer Educ. 2000;15(2):91-4.

165. Wong-Kim E, Wang CC. Breast self-examination among Chinese immigrant women. Health Educ Behav 2006;33(5):580-90.

166. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Harirchi AM, Sajadian A, Khaleghi F ed. Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. Asia Pacific Family Medicine 2008, 7:6.

167. Kloskowski S, Ebeling K. The usefulness of monthly breast self-examination for the early detection of breast cancer. Arch Geschwulstforsch 1990;60(5):373-8.

168. Koç Z, Çelebi P, Memiş A, Sağlam Z, Beyhan F. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. J Breast Health 2014; 10: 166-173.

169. Donnelly TT, Khater AH, Al-Bader SM, Kuwari MG, Al-Meer N, Malik M et al. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study. BMC Women's Health 2013;13:49.

170 somuncuoğlu

171. Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Eğitimin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004, 8 (2).

172. Saeed RS, Bakir YY, Layla MA. Are Women in Kuwait Aware of Breast Cancer and Its

Diagnostic Procedures? Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15(15):6307-6313.

173. Alharbi NA, Alshammari MS, Almutairi BM, Makboul G, El-Shazly MK. Knowledge, awareness, and practices concerning breast cancer among Kuwaiti female school teachers. Alexandria Journal of Medicine 2012; 48:75–82.

174. Grunfeld EA, Ramirez AJ, Hunter MS, Richards MA. Women’s knowledge and beliefs regarding breast cancer. British Journal of Cancer 2002; 86:1373–1378.

175. Linsell L, Burgess CC, Ramirez AJ. Breast cancer awareness among older women. British Journal of Cancer 2008; 99:1221–1225.

176. Hadi MA, Hassali MA, Shafie AA, Awaisu A. Knowledge and Perception of Breast Cancer among Women of Various Ethnic Groups in the State of Penang: A Cross-Sectional Survey. Med Princ Pract 2010;19:61–67.

177. Elobaid YE, Aw TC, Grivna M, Nagelkerke N. Breast Cancer Screening Awareness, Knowledge, and Practice among Arab Women in the United Arab Emirates: A Cross-Sectional Survey. Plos One 2014;9:9.

178. Dönmez YC, Dolgun E, Yavuz M. Breast Self-examination Practices and the Effect of a Planned Training Program in Western Turkey. Asian Pacific J Cancer Prev 2012;13(12):6159-6161.

179. Uncu F, Bilgin N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Meme Sağlığı Dergisi 2011:7.

180. Güçük S, Üyetürk Ü. Effect of Direct Education on Breast Self Examination Awareness and Practice among Women in Bolu, Turkey. Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14 (12):7707-7711.

181. Kum S, Göksu AU, Kelkitli E, Yücel İ.Orta Karadeniz Bölgesinde Kendi Kendine Meme Muayene Sıklığı ve Etki Eden Faktörler. Türk Onkoloji Dergisi 2004:19.

182. Elshamy KF, Shoma AM. Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Among Egyptian Nurses. Afr J Haematol Oncol 2010;1(4):122-128.

183. Özdemir Ö, Bilgili N. Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. TAF Prev Med Bull 2010; 9(6):605-612.

184. Islam N, Kwon SC, Senie R, Kathuria N. Breast and cervical cancer screening among South Asian women in New York City. J Immigr Minor Health 2006;8(3):211-21.

185. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S ed. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006, 6:43.

186. Mhamdi SE, Bouanene I, Mhirsi A, Sriha A, Salem KB, Soltani MS. Women’s knowledge, attitudes and practice about breast cancer screening in the region of Monastir (Tunisia) Australian Journal of Primary Health 2013; 19, 68–73.

***Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Başvuran 20-70 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri ve Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Anket Formu***

1.Yaş:

2.Boy: Kilo: BMI:

3.Eğitim durumunuz nedir?

a) okur yazar değil b) okur yazar c)ilkokul d) ortaokul e)lise f)üniversite

4.Mesleğiniz nedir? .................

5.Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b)Bekar c)Dul d) Boşanmış

6.Yaşadığınız yer: a)Denizli (Merkez) b)İlçe c)Köy

7.Ekonomik durumunuz nasıldır?

a)İyi değil b)İyi c)Orta d)Çok iyi

8.İlk adet görme yaşınız: ………

9.Adetten kesilme yaşınız: ……..

10.İlk doğum yapma yaşınız: ……..

11.Kaç tane çocuğunuz var? ……

12.Ailede meme kanseri tanısı alan akrabanız var mı? a)Yok b)Var

13.Varsa akrabanız kim? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Annem b)Ablam/Kardeşim c)Teyzem d)Halam e)Diğer (Belirtiniz) …..

14.Sigara kullanıyor musunuz? a)Hayır b)Evet c)Bıraktım

15.Sizce meme kanserinin erken dönemde tanınması mümkün müdür?

a)Hayır b)Evet c)Bilmiyorum

16.Meme kanserine nasıl erken tanı konulabilir?  *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Kendi kendine meme muayenesi b)Hekimin meme muayenesi yapması

c)Mamografi d)Meme ultrasonu

e)Bilmiyorum f)Diğer (Belirtiniz) …………………

17.Erken tanı konulursa meme kanseri tedavi edilebilir mi?

a)Hayır b)Evet c)Bilmiyorum

18.Kendi kendinize meme muayenesi yapmasını biliyor musunuz?

a)Hayır b)Evet

19.Biliyorsanız bunu nereden öğrendiniz?  *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Kitap-dergi-broşür b)Televizyon-radyo c)Sağlık personeli

d)Aile-akraba-arkadaş e)İnternet

20.Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

a)Hayır b)Evet

21.Cevabınız hayır ise neden yapmıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a)Kimse yapmam gerektiğini söylemedi b) Nasıl yapıldığını bilmiyorum.

c)Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum

d)Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum

e)Gençlerin kanser olacağını düşünmediğim için yapmıyorum

f)Diğer (Belirtiniz) ……….

22.Sizce kimler kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır?

a)40 yaşından sonra tüm kadınlar b)20 yaşından sonra tüm kadınlar

c)Ailesinde meme kanseri olanlar d)Şikayeti olan kadınlar

e)Diğer (Belirtiniz) …………….

23.Sizce kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkla yapılmalıdır?

a)Yılda bir kez yapılmalı b)Altı ayda bir yapılmalı

c)Ayda bir yapılmalı d)Haftada bir yapılmalı

e)Diğer (Belirtiniz) ……………..

24.Sizce hangi dönemde kendi kendine meme muayenesi yapılmalıdır?

a)Zaman fark etmez b)Adet döneminden önce

c)Adet dönemi esnasında d)Adet döneminden sonra / Her ayın belli bir günü

e)Şikayet olursa yapılmalı f)Diğer (Belirtiniz) ……………..

Sizce aşağıdaki belirtilerden hangisi ya da hangileri meme kanseri belirtisi olabilir?

25.Memede ele gelen şişlik ya da kitle meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

26.Meme başından gelen kanlı akıntı meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

27.Meme başının içe çekilmesi meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

28.Memede meydana gelen renk değişikliği meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

29.Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün olması meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

30.Koltuk altında ele gelen şişlik meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

31.Memede oluşan yara meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

32.Memede ağrı olması meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

33.Çocukluğundan bu yana bir memenin diğer memeden büyük olması meme kanseri belirtisi olabilir.

a)Doğru b)Yanlış c)Bilmiyorum

34.Kendi kendinize meme muayenesi yapsaydınız ya da eğer yapıyorsanız kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiğinizde ilk kime başvurursunuz?

a)Aile hekimime başvururum b)Genel cerrahi uzmanına başvururum

c)Geçmesini beklerim d)Arkadaşlarıma ya da aileme danışırım

e)İnternetten bilgi edinirim f)Diğer (Belirtiniz) ………………

35.Daha önce hiç doktora meme muayenesi yaptırdınız mı?

a)Hayır b)Evet

36.Cevabınız evet ise meme muayenenizi kim yaptı? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Aile hekimim yaptı b)Genel cerrahi uzmanı yaptı

c)Kadın doğum uzmanı yaptı d)Diğer (Belirtiniz) ………………

37.Doktora meme muayenesi yaptırmadıysanız nedeni nedir?  *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*

a)Meme muayenesi yaptırmam gerektiğini bilmediğim için

b)Gerekli olduğunu düşünmedim

c)İhmal ettiğim için, zaman ayıramadım d)Kitle çıkar diye korktuğum için

e)Hekim önermediği için f)Utandığım için

g)Kendi kendine meme muayenesinde herhangi bir anormallik saptamadığım için

h)Diğer (Belirtiniz) ………………….

38.Sizce doktora ne sıklıkla meme muayenesi yaptırılmalıdır?

a)Yaptırmaya gerek yok b)Ayda bir kez yapılmalı b)Yılda bir kez

c)1 kez yaptırmak yeterli e)Şikayetim olduğu zaman yaptırılmalı

f)Diğer (Belirtiniz) ………………

39.Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi? a)Hayır b)Evet

40.Sizce mamografi ne sıklıkla ve kaç yaşından sonra çektirilmeli?

a)30 yaşında sonra yılda bir d)30 yaşından sonra iki yılda bir

b)40 yaşından sonra yılda bir e)40 yaşından sonra iki yılda bir

c)50 yaşından sonra yılda bir f)50 yaşından sonra iki yılda bir

g)Diğer (Belirtiniz) ……………….

41.Yaşı mamografi çektirmeye uygun olmayan genç kadınlar mamografiye alternatif olarak sizce ne çektirmelidirler?

a)Meme ultrasonu b)Meme tomografisi c)Meme MR d)Diğer (Belirtiniz) …

42.Kendi kendinize meme muayenesi yaparken hiç kitle tespit ettiniz mi?

a)Hayır b) Evet

43.Eğer tespit edip doktora başvurduysanız sonuç ne geldi?

a)Kötü huylu kitle b)İyi huylu kitle c)Normal olarak değerlendirildi